

BEAUTIFUL MIND VIETNAM
& EZ PSYCHOLOGY



4

TÂM LÝ HỌC TRONG NHẢY MẮT

TÂM LÝ HỌC DỊ THƯỜNG

Psychology Express 4



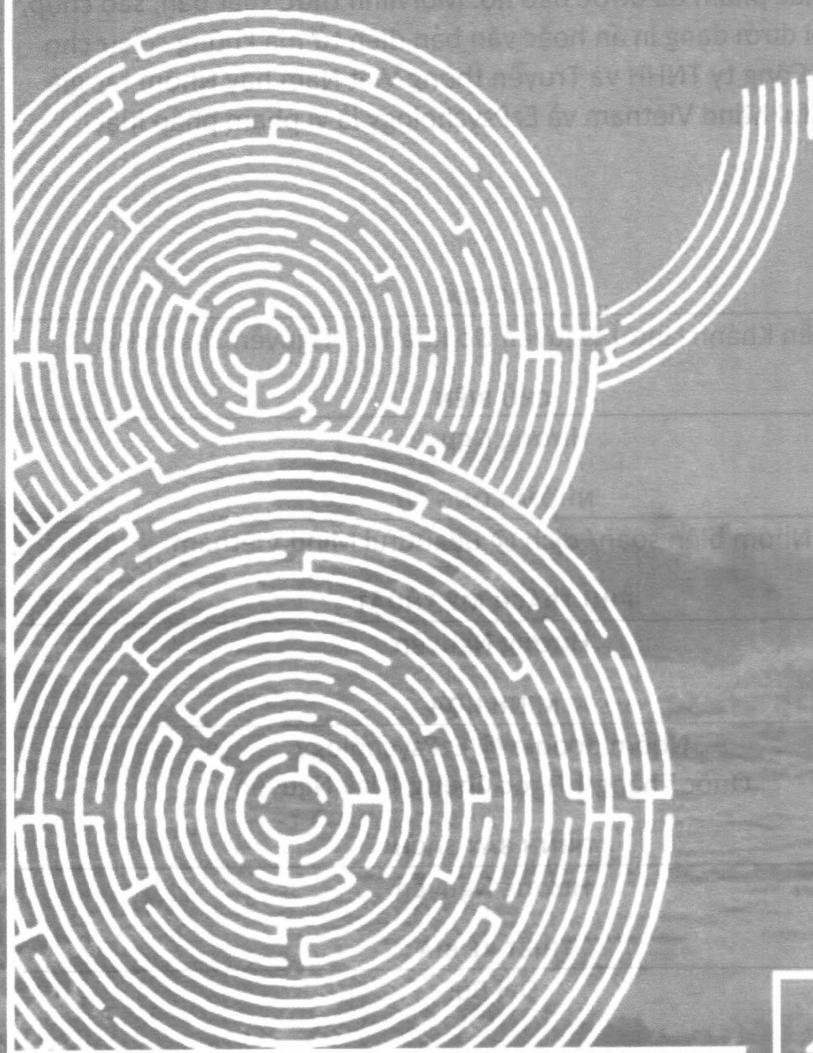
NHÀ XUẤT BẢN DÂN TRÍ



TÂM LÝ HỌC TRONG NHẢY MẮT

TÂM LÝ HỌC DỊ THƯỜNG

BEAUTIFUL MIND VIETNAM
& EZ PSYCHOLOGY



4

TÂM LÝ HỌC TRONG NHÁY MẮT

TÂM LÝ HỌC DỊ THƯỜNG

Psychology Express 4

NHÀ XUẤT BẢN DÂN TRÍ

Bản quyền tác phẩm đã được bảo hộ. Mọi hình thức xuất bản, sao chụp, phân phối dưới dạng in ấn hoặc văn bản điện tử mà không có sự cho phép của Công ty TNHH và Truyền thông Việt Nam hay Nhóm tác giả Beautiful Mind Vietnam và EzPsychology là vi phạm pháp luật.

TÁC GIẢ

Nguyễn Khánh Linh | Nguyễn Đỗ Khả Tú | Nguyễn Thanh Hà

CHỦ BIÊN

Hương Nguyễn

NHÓM CỘNG SỰ

Nhóm biên soạn/ dịch @ Beautiful Mind Vietnam

PHỤ TRÁCH MỸ THUẬT

Hương Nguyễn

MINH HỌA

Nhóm doodle @ EzPsychology
Quốc Thắng | Ngọc Chung | Jay Nguyễn

TRÌNH BÀY SÁCH

Hương Nguyễn

THIẾT KẾ BÌA

Đại Bùi

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU.....	11
TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU	12
TỔNG QUAN.....	13
Lịch sử.....	13
Mô hình sinh học-tâm lý-xã hội	15
Văn hoá, Truyền thông và rối loạn tâm lý	19
Sức khoẻ tâm lý ở Việt Nam	22
RỐI LOẠN CẢM XÚC	24
Rối loạn trầm cảm chủ yếu	24
Rối loạn lưỡng cực	30
Tự sát.....	36
RỐI LOẠN LO ÂU.....	39
Rối loạn lo âu toàn thể	40
Rối loạn hoảng sợ.....	44
Chứng sợ xã hội	48
Các ám ảnh sợ cụ thể	51
RỐI LOẠN ÁM ẢNH CƯỜNG CHẾ.....	53
Rối loạn ám ảnh cưỡng chế	53
Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế	59
TÂM THẦN PHÂN LIỆT	63
Triệu chứng.....	63
Nguyên nhân gây bệnh.....	65
Khác biệt về giới.....	69
Điều trị và can thiệp	69
RỐI LOẠN BIẾNG ĂN	72
Chứng biếng ăn tâm lý.....	72
Bệnh ăn-ói.....	73
Bệnh háu ăn	74
Nguyên nhân gây bệnh.....	75
Điều trị.....	79
Phòng ngừa.....	80
RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT	82
Rối loạn sử dụng cồn	83
Rối loạn sử dụng chất không hợp pháp	85
Rối loạn sử dụng thuốc lá	88
Nguyên nhân	89
Điều trị rối loạn sử dụng chất	92
RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG/ GIẢM CHÚ Ý.....	94
Hậu quả.....	94
Tiêu chuẩn chẩn đoán	95
Các yếu tố nguy cơ và mối tương quan	97
Điều trị.....	98

RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ100

 Tự kỷ ở Việt Nam100

 Đặc điểm lâm sàng101

 Chẩn đoán.....104

 Nguyên nhân105

 Điều trị.....108

RỐI LOẠN NHÂN CÁCH112

 Nhóm A: RLNC paranoid112

 Nhóm B: Rối loạn nhân cách ranh giới116

 Nhóm C: Rối Loạn Nhân Cách Tránh Né120

TỰ HẠI125

 Đối tượng nào sẽ có hành vi tự hại?125

 Phân loại tự hại, triệu chứng, và ví dụ126

 Nguyên nhân nội tại129

 Nguyên nhân ngoại tại.....132

 Xác định và điều trị133

 Phòng ngừa136

RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN SANG CHẤN.....138

 Rối loạn căng thẳng sau sang chấn139

 Rối loạn xác định phân ly (Rối loạn đa nhân cách)144

THÍ NGHIỆM ROSENHAN149

 Về David Rosenhan150

 Giới thiệu150

 Thí nghiệm đầu tiên150

 Thí nghiệm thứ hai151

NHÓM TÁC GIẢ152

LỜI CẢM ƠN.....155



TRUNG BÌNH CỨ 5 NGƯỜI LẠI
CÓ MỘT NGƯỜI BỊ KHIẾT LOẠN TÂM LÝ
TẠI MỘT THỜI ĐIỂM TRUNG ĐOÀN

VÍ DỤ NHƯ...



ĂN CẮP VẬT
(KLEPTOMANIA)



TOURETTE

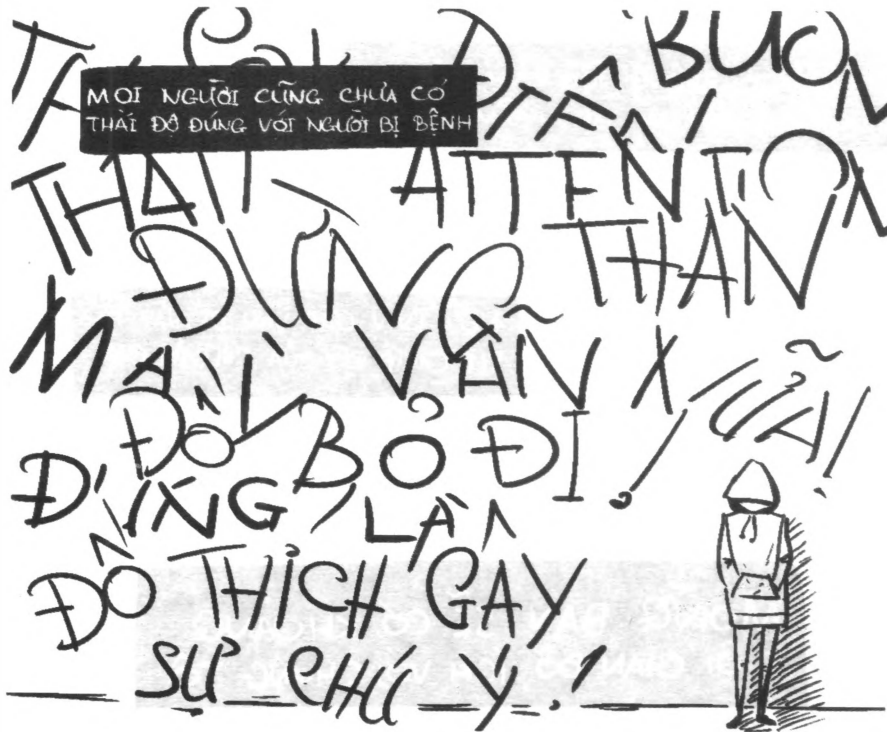


CHỨNG CUỒNG ĂN
(BULIMIA NERVOSA)





CÓ XU HƯỚNG TƯ SÁT



BỆNH TÂM LÝ CẦN SỰ QUAN TÂM
NHƯ MỌI LOẠI BỆNH KHÁC

HỌ MẮC BỆNH DO NHIỀU
YẾU TỐ TÁC ĐỘNG

NHỊC GENE



CHẤN THƯƠNG
TÌNH THẦN



MÔI TRƯỜNG
XÃ HỘI



CHÚNG TÔI KHÔNG TÔN VINH, BIỆN MINH
HAY CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH TÂM LÝ

NẾU BẠN GẶP VẤN ĐỀ, HÃY TÌM
SỰ GIÚP ĐỖ CỦA CHUYÊN GIA

MONG BẠN SẼ CÓ KHOẢNG
THỜI GIAN ĐỔ ÍCH VỚI CHÚNG TÔI

LỜI NÓI ĐẦU

Cuốn sách này là một thành quả đẹp của sự hợp tác giữa Beautiful Mind Vietnam và EzPsychology. Có thể bạn đã biết, Beautiful Mind Vietnam được thành lập vào đầu năm 2015 nhằm mục đích phổ biến tới cộng đồng kiến thức về tâm lý học lâm sàng, sức khỏe tâm lý, rối loạn tâm lý cũng như những phương pháp điều trị hiện có. Nội dung được trình bày một cách dễ hiểu và dễ tiếp cận nhất. Ngoài ra, Beautiful Mind Vietnam cung cấp tham vấn miễn phí và tổ chức các buổi workshops với kiến thức về những vấn đề thường gặp liên quan tới sức khỏe tâm lý hàng ngày.

Sau 2 năm đi vào hoạt động, với tư cách là người sáng lập ra tổ chức, tôi luôn mong muốn được viết một cuốn sách chuyên sâu để phổ cập và tập trung kiến thức về những căn bệnh tâm lý và tâm lý học dị thường. Vì sao lại vậy? Bởi vì hầu hết những cuốn sách về lĩnh vực này đều phức tạp, khó hiểu và được viết dành riêng cho các sinh viên khoa tâm lý/ tâm thần; chưa kể đến việc tiếp cận những nguồn sách thế này là khá khó khăn. Thứ hai, đam mê lớn của tôi là đưa kiến thức cơ bản về sức khỏe tâm lý và tâm lý học lâm sàng tới mọi người, để mọi người có thể xóa bỏ những hiểu lầm, những nỗi sợ và ít nhất, biết rằng đó là gì để đối đầu. Dĩ nhiên, bạn phải đi gặp chuyên gia hoặc bác sỹ nếu cảm thấy mình mắc bệnh tâm lý hoặc biết ai đó mắc phải, nhưng cuốn sách này có thể là khởi đầu để khuyến khích bạn tìm hiểu về nó. Chúng ta thường sợ những điều chúng ta không hiểu rõ; vì thế, cuốn sách này sẽ tiết lộ cho người đọc một vài vấn đề từ trước đến nay vẫn bị hiểu lầm và những “bí ẩn” liên quan tới bệnh tâm lý.

Ở Việt Nam, sức khỏe tâm lý không được nhìn nhận một cách đúng đắn, không chỉ thế sự thiếu hụt về kỹ năng và đào tạo cho nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm lý vẫn còn tồn tại. Một vài trường hợp ở độ tuổi 18-24 khi gọi tới đường dây nóng để chia sẻ về tự sát do bệnh trầm cảm hay dự định tự sát đã bị đáp lại rằng họ thật vô trách nhiệm và ích kỷ, làm cho tình trạng của họ trở nên tồi tệ hơn. Mặt khác, những yếu tố như thiếu nhận thức cộng đồng và kỳ thị xã hội đối với các rối loạn tâm lý đã tạo thêm rất nhiều áp lực cho người bệnh. Trên thực tế, rối loạn tâm lý không khác biệt với những căn bệnh y khoa khác, và có chung một số đặc điểm không ai mong muốn và không thể điều khiển được. Vẫn có nhiều người bệnh và gia đình cho rằng rối loạn tâm lý bắt nguồn từ những nguyên nhân mê tín, dẫn đến sự chậm trễ trong việc điều trị. Mặt khác, người bệnh không hiểu hết tình trạng của mình cũng như những phương pháp điều trị hiện có, do đó nhiều người đã phải chịu đựng trong một thời gian dài, làm cho chất lượng cuộc sống của họ trở nên tồi tệ hơn. Họ còn cảm thấy quá xấu hổ và sợ hãi khi phải để tâm sự được với người khác do sợ những định kiến và kỳ thị. Trong khi đó, thực tế là, bất cứ ai cũng có thể bình phục hoàn toàn nếu nhận được sự cảm thông và chăm sóc đúng đắn. Vì thế, nỗ lực viết ra cuốn sách này của chúng tôi bắt nguồn từ những mối bận tâm này, mặc dù đây chỉ là một bước nhỏ để hướng tới một tương lai rộng mở, tươi sáng hơn - khi mà các dịch vụ về sức khỏe tâm lý sẽ ngày càng phổ biến với chất lượng tốt hơn, và mọi người sẵn sàng nói về nó, cũng như cùng giúp đỡ nhau trở nên khá hơn.

Cuốn sách này là nỗ lực đầu tiên của chúng tôi trong một lĩnh vực chuyên sâu và phức tạp, nên có thể gây nên thất vọng với các bạn - những người đọc và cũng có thể sẽ thất bại ở một số phần. Chẳng có điều gì là hoàn hảo cả, và cuốn sách này không phải là ngoại lệ. Nhưng ước muốn khiêm nhường của chúng tôi đó là cuốn sách sẽ trở thành định hướng cho bạn và bạn bè trong một hành trình mới mà các bạn đang sắp sửa khởi hành.

Khánh Linh

Sáng lập, điều hành chính Beautiful Mind VN

TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU

Trong thời đại công nghệ thông tin khi mọi thứ đều có thể dễ dàng được “google”, ta càng nhanh tự đưa ra kết luận về bệnh mình mắc phải. Nói cách khác, tự chẩn đoán bệnh khá tràn lan, tuy nhiên nó rất nguy hiểm. Ví dụ một người hay “mưa nắng thất thường” có thể tự chẩn đoán mình bị “hung cảm” hay “rối loạn tâm thần lưỡng cực”. Đọc nhiều là hữu ích, tuy nhiên bạn nên tìm sự giúp đỡ của các chuyên gia trong ngành như bác sĩ hay nhà tâm lý học nếu có phát hiện các dấu hiệu khác thường ở bản thân hay người thân quanh bạn.

Dù vậy, vai trò của bạn bè và người thân trong việc nhận định, chữa trị và phòng ngừa các rối loạn tâm lý là rất quan trọng. Khi ai đó bị rối loạn tâm lý, không chỉ riêng người bệnh, mà đồng thời mỗi người xung quanh người bệnh đều sẽ bị ảnh hưởng. Là người thân hay bạn của một người bị rối loạn tâm lý, bạn có thể cảm thấy phiền muộn vì căn bệnh này và không biết làm gì hay làm sao để giúp đỡ.

Nhận thức được căn bệnh có thể là bước đầu tiên hướng tới cảm giác ít bị cô lập hơn và tham gia chăm sóc cho cả người thân và bản thân. Trong giai đoạn bệnh cấp tính, bạn nên cố gắng hỗ trợ và thấu hiểu hết sức có thể. Bạn nên nói chuyện một cách bình tĩnh, rõ ràng, và dễ hiểu.

Người bị rối loạn tâm lý có thể nói điều gì đó hoàn toàn vô nghĩa đối với những người khác. Nếu không thể hiểu được họ, bạn nên thử truyền tải sự quan tâm và lo lắng của mình theo những cách khác. Bạn có thể nghe nhạc, vẽ, xem TV, hay ngồi lặng lẽ bên nhau. Bạn sẽ sớm tìm ra điều gì có hiệu quả nhất bằng cách để ý phản ứng của người bệnh với những gì bạn làm cùng họ. Người bị rối loạn tâm lý thường nhận thức được những gì đang diễn ra xung quanh họ, vì thế đừng nói chuyện như thể người bệnh không có mặt ở đó.

Bị cuốn vào việc quan tâm và chăm sóc cho người bệnh, các thành viên trong gia đình có thể không chăm sóc bản thân mình đúng cách. Họ có thể từ bỏ các hoạt động của mình và trở nên cô lập với bạn bè và đồng nghiệp. Điều này có thể dẫn đến các vấn đề về giấc ngủ, kiệt quệ và đau buồn. Để ngăn ngừa những điều này, bạn nên:

- Giữ mạng lưới hỗ trợ của riêng mình.
- Dành một khoảng thời gian mỗi ngày cho riêng mình.
- Nhận thức những dấu hiệu của căng thẳng trong chính mình.
- Giữ những sở thích của mình bên ngoài gia đình.
- Xem xét việc có sự hỗ trợ chuyên nghiệp cho riêng mình.

Các bệnh rối loạn tâm lý có khả năng tái phát. Người thân trong gia đình cần chú ý những yếu tố gây căng thẳng có thể kích thích bệnh tái phát để có thể giảm thiểu và phòng tránh. Khuyến khích người bệnh chữa trị ngay khi các triệu chứng quay trở lại. Cố gắng tìm hiểu càng nhiều càng tốt thông tin về bệnh, làm thế nào để đối phó và giao tiếp với người bệnh. Khi người thân hay bạn đời của bạn khỏe lại, hãy lên kế hoạch nên làm gì khi bệnh của họ tái phát.

*** Tuyên bố miễn trách:** Các ví dụ, trường hợp điển hình trong sách được tập hợp từ sách giáo khoa chuyên ngành Tâm lý học, sách tham khảo. Tên nhân vật đã được thay đổi để phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

Tâm lý học lâm sàng là phân nhánh tâm lý học quan tâm đến việc đánh giá và điều trị các bệnh và rối loạn tâm lý, những hành vi bất thường, và các vấn đề về tâm thần. Lĩnh vực này áp dụng khoa học tâm lý học vào điều trị những vấn đề rắc rối của con người. Đây là một chuyên ngành sâu rộng – bao gồm nhiều tâm bệnh trầm trọng – đòi hỏi tính toàn diện và sự kết hợp của kiến thức và kỹ năng từ một hệ thống đa dạng các nguyên tắc thuộc cả trong và ngoài lĩnh vực tâm lý học. Phạm vi của tâm lý học lâm sàng bao gồm mọi lứa tuổi, đa sắc tộc, và nhiều hệ thống khác nhau. Nhà tâm lý học người Mỹ, Lightner Witmer, lần đầu giới thiệu thuật ngữ này trong một bài báo năm 1907. Witmer, cựu học sinh trường Wilhelm Wundt, định nghĩa tâm lý học lâm sàng là “ngành nghiên cứu các cá thể, qua quan sát hay thí nghiệm, với mục đích thúc đẩy sự thay đổi.” Ngày nay, tâm lý học lâm sàng là một trong những phân nhánh phổ biến nhất của tâm lý học (Clinical Psychology).

Tâm lý học dị thường là phân nhánh tâm lý học giải quyết tâm bệnh học và những hành vi bất thường. Nhưng, đầu tiên, thế nào là tâm bệnh học?

Tâm bệnh học là ngành nghiên cứu khoa học về các rối loạn tâm lý và xã hội. Nó quan tâm đến bản chất, sự phát triển, và cách điều trị các rối loạn tâm lý (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012). Và thế nào là rối loạn tâm lý? Hãy tưởng tượng theo cách đơn giản nhất. Giả sử bạn là một người bình thường, thức dậy hằng ngày để đi học hoặc đi làm, và có thể trò chuyện với bạn bè và/hoặc đồng nghiệp. Mặc dù bạn có thể có những khó khăn trong cuộc sống, một ngày của bạn vẫn trôi qua và bạn vẫn có những sinh hoạt bình thường. Tuy nhiên, một số người khác, ngay cả khi họ có một sức khỏe thể chất tuyệt vời, vẫn không có khả năng làm những việc như vậy, những việc bạn coi là “bình thường.” Những người này có một điểm chung và đó gọi là “rối loạn tâm lý” (hoặc bệnh tâm lý).

LỊCH SỬ

Từ “tâm bệnh học” (psychopathology) có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp: “psyche” nghĩa là “tâm hồn”, “pathos” nghĩa là “sự chịu đựng,” và “logos” là “nghiên cứu về.”

Trong hàng trăm năm, con người đã không ngừng cố gắng giải thích, chữa trị, và điều khiển những hành vi bất thường và phiền toái. Trước thời hiện đại của y học và khoa học tiên tiến như chúng ta đang sống là những ngày tháng dài đen tối gây ra bởi nỗi sợ, sự thiếu hiểu biết và

những hiểu lầm. Người mắc rối loạn tâm lý hay bị ngược đãi, và thường theo chiều hướng vô nhân đạo.

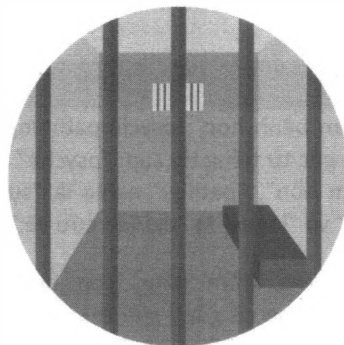
Rất nhiều nhà triết học, nhà thần học, và nhà vật lý xa xưa khi nghiên cứu về tâm trí bị phiền nhiễu đã tin rằng những hành vi rối nhiễu phản ánh sự không hài lòng của thánh thần hoặc sự khống chế của quỷ dữ. Giáo lý về việc ma quỷ hoặc một linh hồn có thể sống trong một người và điều khiển trí óc và cơ thể người đó được gọi là ma

quỷ học. Ví dụ về những ý nghĩ ma quỷ được tìm thấy trong ghi chép xa xưa của người Trung Quốc, Ai Cập, Babylon và Hy Lạp cổ. Với người Do Thái cổ, những hành vi bất thường bị quy là do những linh hồn xấu xa khổng lồ, sau khi Chúa trong lúc phần nộ đã rút bỏ sự bảo vệ. Kinh Tân ước bao gồm những câu chuyện về Chúa Giêsu chữa trị cho một người đàn ông khỏi một linh hồn không sạch sẽ bằng cách niệm thần chú cho những con quỷ ra khỏi người anh ta và lừa chúng vào bầy heo (Mark 5:8–13). Niềm tin rằng những hành vi khác thường bị gây ra bởi sự khổng lồ dẫn tới việc chữa trị chúng bằng sự phù phép với những nghi lễ đuổi linh hồn quỷ dữ. Sự phù phép thường được thực hiện dưới dạng những nghi lễ cầu nguyện phức tạp, tạo tiếng ồn, bắt những người đau đớn phải uống những thức uống ủ men có vị kinh khủng, và đôi khi là những phương pháp cực đoan hơn như đòn roi, bỏ đói để khiến cho cơ thể không còn là môi trường cho quỷ dữ có thể sống (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012).

Vào thế kỷ 5 TCN, Hippocrates (460?-377? TCN), thường được coi là cha đẻ của y học hiện đại, đã tách biệt y học khỏi tôn giáo, ma thuật, và mê tín. Ông có một cái nhìn sinh học về bệnh tâm lý, và coi những rối loạn tâm lý là những bệnh của não. Ý tưởng của Hippocrates, dĩ nhiên, không còn nhiều giá trị với nghiên cứu khoa học sau này. Tuy nhiên, giả thuyết cơ bản của ông – rằng hành vi của con người rõ ràng chịu ảnh hưởng của cấu tạo cơ thể hoặc các chất trong cơ thể – đi trước suy nghĩ đương thời trong nhiều khía cạnh. Bảy thế kỷ sau, cách tiếp cận tự nhiên đối với bệnh tật và rối loạn được những người Hy Lạp khác và cả những người La Mã chấp nhận rộng rãi khi họ áp dụng y học của Hy Lạp sau khi đế chế của họ trở thành thế lực nắm quyền chính ở châu Âu cổ đại.

Vào thế kỷ 13, trong tình cảnh náo động xã hội lan rộng, nạn đói và bệnh dịch tái diễn, người dân châu Âu quay sang dùng thuyết ma quỷ học để giải thích cho những thảm họa này. Phép phù thủy, được cho là thực hiện bởi quỷ Satan, bị coi là dị giáo và phủ nhận Chúa. Một số người bị gán và buộc tội là phù thủy, theo một số nhà nghiên cứu, thực chất là mắc bệnh tâm lý. Ghi chép về thời kỳ này được cho là không đáng tin cậy, nhưng người ta nghĩ rằng sau đó vài thế kỷ, hàng trăm nghìn người, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em, đã bị buộc tội, hành hạ, và tử hình (Zilboorg & Henry, 1941). Cơ sở cho niềm tin này nằm ở những lời thú tội của những người bị buộc tội, mà các nhà nghiên cứu cho rằng đó là những niềm tin ảo tưởng hoặc ảo giác.

Vào khoảng giữa thế kỷ 17, văn bản nền móng của Bệnh viện Holy Trinity ở Salisbury, Anh, nêu rõ mục đích của bệnh viện, với một trong số đó là “những người bị điên sẽ được giữ an toàn cho tới khi họ hoàn lại lý trí.” Luật của Anh vào thời đó cho phép những người mắc bệnh tâm lý được nhập viện. Đáng chú ý, những người nhập viện này không bị miêu tả là bị chiếm hữu (Allderidge, 1979).



Tu viện Thánh Mary Bethlehem được thành lập năm 1243. Các tài liệu ghi lại rằng vào năm 1403, nó chứa sáu người mắc bệnh tâm lý. Vào năm 1547, vua

Henry VIII trao lại nó cho thành phố London, và sau đó nó trở thành bệnh viện chỉ dành cho việc giam hãm những người mắc bệnh tâm lý. Điều kiện chữa trị rất tồi tàn, họ bị khoá nhốt lại trong phòng và/hoặc bị xích. Kể cả cho tới thế kỷ 19, quan sát những người bệnh này vẫn được coi là một thú vui giải trí, và người ta mua vé để đến xem.

Philippe Pinel (1745–1826) thường được coi là hình mẫu tiêu biểu trong phong trào vận động cho việc chữa trị nhân đạo cho những người bị bệnh tâm lý ở các bệnh viện tâm thần. Năm 1793, khi Cách mạng Pháp bùng nổ, ông được giao cho phụ trách một bệnh viện tâm thần lớn ở Paris, có tên là La Bicêtre. Một nhà sử học đã miêu tả điều kiện ở bệnh viện này như sau:

“Trong các gian, bệnh nhân bị xích cổ vào tường bằng những chiếc xích sắt, việc này khiến họ bị giữ sát vào tường và không thể di chuyển nhiều. Theo quy định, họ không được phép nằm xuống. Thông thường, sẽ có 1 vòng sắt quanh eo bệnh nhân và thêm vào đó là xiềng xích quanh bàn chân, bàn tay. Những chiếc xích này đủ dài để bệnh nhân có thể ăn trong bát, thức ăn thường là cháo, bánh mì nhúng súp. Do sự thiếu hiểu biết về chế độ dinh dưỡng, bệnh nhân không được chú ý về chế độ ăn uống. Họ bị coi là thú vật và không được quan tâm xem là thức ăn ngon hay dở (Selling, 1940, p. 54).”

Nhiều tài liệu khẳng định Pinel đã tháo xiềng xích cho những người bị cầm tù ở La Bicêtre, một sự kiện được khắc họa trong những bức tranh nổi tiếng. Pinel cũng được coi là người bắt đầu đối xử với bệnh nhân như những người bị ốm hơn là quái vật. Những phòng có ánh sáng và không khí được thay thế cho hầm tù. Nhiều người vốn không thể nào kiểm soát được bản thân đã trở nên bình tĩnh. Những bệnh nhân trước đây bị coi là nguy hiểm giờ có thể đi dạo quanh bệnh viện và xung quanh mà không gây nên sự phá nhiễu hay làm hại ai. Những bệnh nhân từng bị giam hãm nhiều năm giờ sức khỏe đã phục hồi và cuối cùng thì được xuất viện. Tuy nhiên những nghiên cứu lịch sử cho

rằng Pinel không phải là người đã giải thoát bệnh nhân khỏi xiềng xích; mà đó là một bệnh nhân cũ, Jean-Baptiste Pussin, sau trở thành hộ lý trong bệnh viện. Trên thực tế, Pinel còn không có mặt khi các bệnh nhân được giải phóng (Weiner, 1994). Tuy nhiên vài năm sau đó, Pinel đã khen ngợi công lao của Pussin và bắt đầu làm những việc tương tự (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012).

Vào thế kỷ 19, một người phụ nữ tên là Dorothea Dix đã có vai trò quan trọng việc thành lập nhiều bệnh viện tâm thần hơn ở Mỹ. Và từ đó bắt đầu thời đại mà những người mắc vấn đề về tâm lý và các bệnh nhân được đối xử một cách nhân đạo và đồng cảm hơn.

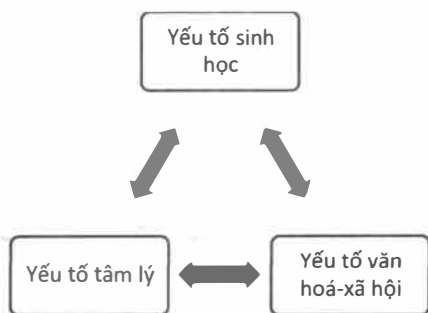
MÔ HÌNH SINH HỌC-TÂM LÝ-XÃ HỘI

Sau cuộc cách mạng y học vào thời kì Phục Hưng, mô hình y sinh trở thành mô hình phổ biến cho hiểu biết về sức khỏe và bệnh tật. Cho tới năm 1971, George L. Engel, một nhà tâm thần học tại đại học Rochester, bắt đầu nhận ra vai trò của các yếu tố tâm lý khi ông quan sát thấy tử vong có thể liên quan đến stress hoặc chấn thương tâm lý qua cuộc điều tra 170 ca tử vong đột ngột trong sáu năm

(Dogar, 2007). Engel dù không phủ nhận nhưng đã chỉ trích cách tiếp cận hẹp hòi của khung hình y sinh khi nó chỉ đơn thuần tập trung vào khía cạnh sinh lý của bệnh tật mà bác bỏ những trải nghiệm về tâm lý và hoàn cảnh xã hội của bệnh nhân. Ông ấy sau đó đã đưa hai yếu tố này vào một mô hình mà bây giờ được biết đến rộng rãi với tên gọi “*Mô hình sinh học-tâm lý-xã hội*”. Mô hình này đã được áp dụng

rộng rãi ở Bắc Mỹ và châu Âu và được coi là tài liệu hướng dẫn cho việc nghiên cứu và thực hành của các nhà nghiên cứu. Gatchel trong hai nghiên cứu của mình về chứng đau mãn tính vào năm 2004 và 2007 cho rằng các điều kiện sinh học, tâm lý và xã hội-văn hoá là quan trọng như nhau trong việc hiểu được nhận thức của người bệnh về các chứng đau. Bất cứ biện pháp can thiệp tâm thần nào mà chỉ tác động lên một khía cạnh cũng đều không đầy đủ (Gatchel 2004, Gatche et al, 2007, được trích trong Hatala, 2012). Tuy nhiên, cần nhớ rằng **sự liên quan không đồng nghĩa với nguyên nhân**. Trong cuốn sách này, mặc dù phần Nguyên nhân sẽ đề cập đến nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau liên quan đến việc phát sinh các rối loạn tâm lý, chúng không nhất thiết là nguyên nhân trực tiếp gây ra chứng bệnh.

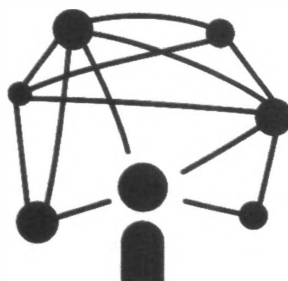
Cũng cần lưu ý rằng ba yếu tố này không đóng góp vào trải nghiệm về bệnh tật một cách độc lập mà đã có nhiều bằng chứng cho thấy sự tương tác lẫn nhau trong cơ chế bệnh lý. Ví dụ, nghiên cứu của Pedersen and Mortensen (2001) cho thấy sự thay đổi nơi ở trong khi lớn lên làm tăng nguy cơ tâm thần phân liệt. Và họ dự đoán rằng trẻ mang gene nhạy cảm với tâm thần phân liệt (yếu tố sinh học) thường có nhiều nguy cơ phát sinh các triệu chứng hơn từ những căng thẳng của việc thích ứng với môi trường mới (yếu tố tâm lý).



YẾU TỐ SINH HỌC

YẾU TỐ GENE

Các tài liệu cho thấy rằng gene đóng một vai trò quan trọng trong việc phát sinh các chứng bệnh tâm lý.



Điểm cốt lõi trong vai trò của gene đối với bệnh lý của hầu hết các rối loạn tâm lý là một số gene, trong quá trình phát triển, hoạt động và không hoạt động thông qua tương tác với môi trường xung quanh và đóng góp vào sự nhạy cảm về gene đối với một chứng bệnh (Kring et al., 2013). Do đó, một mình gene không thể gây ra các chứng bệnh về tâm lý, mà đó là kết quả của sự tương tác giữa gene và môi trường. Có thể nhắc lại ví dụ ở trên về độ mẫn cảm về gene đối với tâm thần phân liệt và sự thay đổi chỗ ở có thể làm tăng nguy cơ cho các cá thể. Boydell, van Os & Murray (2004) cho rằng những cá nhân với tính cách khép kín khi chưa phát bệnh có thể cảm thấy khó khăn hơn khi thiết lập các mối quan hệ xã hội, đặc biệt là trong một môi trường mới. Điều này đồng thời đẩy họ vào sự cô lập xã hội với việc thiếu các mối hỗ trợ xã hội và các mối quan hệ, và từ đó làm tăng sự nhạy cảm với việc phát sinh sự loạn thần.

Việc nghiên cứu các yếu tố về thần kinh liên quan đến các chứng bệnh tâm lý bao gồm việc tìm hiểu về sự bất thường trong não (Để biết thêm thông tin về cấu tạo và chức năng của não, mời tìm đọc tập 3 - *Tâm lý học tư duy*).

Chất dẫn truyền thần kinh, các chất hoá học trong não cho phép các neuron truyền tín hiệu, được coi là một yếu tố quan trọng trong tâm bệnh lý. Một giả thiết phổ biến là một rối loạn tâm lý xuất phát từ sự mất cân bằng của một chất dẫn truyền thần kinh nhất định. Các chất dẫn truyền thần kinh quan trọng trong việc tìm hiểu nguyên nhân các rối loạn tâm lý

có thể bao gồm dopamine, serotonin, gamma-aminobutyric acid (GABA), epinephrine (adrenaline), norepinephrine. Ví dụ, sự rối loạn chức năng của GABA, một chất dẫn truyền thần kinh ức chế có nhiệm vụ làm giảm kích thích neuron, có thể liên quan đến rối loạn lo âu (Tiihonen, Kuikka, & Rasanen, 1997).

Chất dẫn truyền thần kinh Chức năng

Rối loạn có liên quan

Dopamine

Điều khiển các cử động vô thức. Liên quan đến cơ chế tự thưởng của não

Tâm thần phân liệt: thừa dopamine trong thủy trán của não

Serotonin

Một chất dẫn truyền ức chế quan trọng điều khiển các chức năng quan trọng như cảm xúc, khẩu vị hay giấc ngủ

Một lượng thấp serotonin trong não có thể liên quan tới trầm cảm

GABA

Chất dẫn truyền ức chế có chức năng giảm sự kích thích của neuron

Một lượng thấp GABA có thể liên quan đến các rối loạn lo âu

Norepinephrine

Norepinephrine là một chất dẫn truyền kinh thích có vai trò điều hoà sự cảnh giác và sự khuấy động tâm lý

Sự thiếu hụt norepinephrine có thể có liên quan đến trầm cảm và mất trí nhớ

Các nhà nghiên cứu khác phát hiện ra rằng các vấn đề ở tế bào thụ thể của các chất dẫn truyền thần kinh cũng góp phần vào rối loạn tâm lý. Ví dụ, các triệu chứng dương tính của tâm thần phân liệt như ảo giác có thể liên quan đến việc dư thừa các tế bào thụ thể dopamine (Kring et al., 2013).

Hệ trục dưới đồi thụ – tuyến yên HPA thực hiện điều khiển đáp ứng với stress cho cơ thể cũng là một chủ đề quan trọng trong nhiều nghiên cứu tâm bệnh lý. Sự hoạt động quá mức của hệ trục HPA được cho là có liên quan đến rối loạn khí sắc, khi thụ thể glucocorticoid có thể bị khiếm

quýt và thúc đẩy nhiều cortisol tiết ra hơn (Cotter & Pariante, 2002).

Vấn đề về cấu tạo và chức năng của não cũng có ảnh hưởng tới sự phát triển của các rối loạn tâm lý. Ví dụ, người mắc tâm thần phân liệt được phát hiện là có não thất phình ra (Kring et al., 2013). Nghiên cứu MRI cho thấy kích thước não ở trẻ tự kỷ lớn hơn bình thường. Người bị trầm cảm hay rối loạn căng thẳng sau sang chấn có kích thích vùng hồi hải mã giảm (Kring et al., 2013). Chi tiết sẽ được trình bày kỹ hơn trong mỗi chương sách.

YẾU TỐ TÂM LÝ

Việc nghiên cứu các yếu tố tâm lý trong tâm bệnh lý bao gồm sự ảnh hưởng của các yếu tố tâm động học chẳng hạn như tính cách, niềm tin về sức khoẻ, và các trải nghiệm về tâm lý lên cách một người trải nghiệm và phản ứng thế nào đối với bệnh tật (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004; Dogar, 2007; Kring et al., 2013).

Nhiều nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng cho việc các trải nghiệm tổn thương ở tuổi còn nhỏ có thể tăng nguy cơ cho các rối loạn loạn thần. Việc bị ngược đãi ở thời thơ ấu có liên quan đến ảo giác về âm thanh trong rối loạn lưỡng cực, rối loạn căng thẳng sau sang chấn, và rối loạn đa nhân cách (Boydell, van Os & Murray, 2004). Xa cha mẹ từ sớm do mồ côi hay bị cách ly cũng làm tăng nguy cơ mắc tâm thần phân liệt (Agid et al., 1999; Mallet et al., 2002 cited in Boydell, van Os & Murray, 2004).

“Cảm xúc lí tưởng” là khái niệm ám chỉ cảm xúc mà con người muốn có, có thể liên quan đến nguy cơ mắc một tình trạng về tâm lý (Kring et al., 2013). Một ví dụ tương đối thú vị là sự tương tác giữa niềm tin cá nhân về “cảm xúc lí tưởng” và các yếu tố văn hoá có thể cùng với nhau tạo nên lựa chọn cá nhân về việc sử dụng chất. Trong khi con người ở văn hoá phương Tây đánh giá hạnh phúc là cảm giác họ muốn có và từ đó tìm đến cocaine và amphetamine, các loại chất tạo nên sự hưng phấn và niềm vui, thì con người ở văn hoá phương Đông như Trung Quốc thích cảm giác bình tĩnh, an tâm và vì thế có xu hướng tìm đến heroin để có được cảm giác bình tĩnh (Kring et al., 2013).

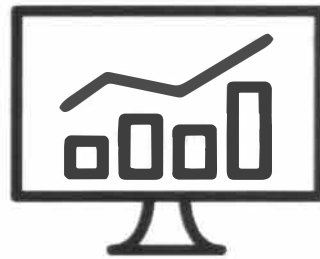
“Cảm xúc được bày tỏ” là một thước đo về sự thù hận, chỉ trích và tọc mạch từ gia đình đối với một thành viên bị rối loạn tâm lý. Nó được cho là có liên quan đến nguy cơ tái phát và tái nhập viện cao hơn cho các bệnh nhân bị tâm thần phân liệt

(Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). Chúng ta sẽ thảo luận vấn đề này chi tiết hơn trong chương tương ứng.

YẾU TỐ XÃ HỘI-VĂN HOÁ

Các yếu tố văn hoá xã hội như giới tính, văn hoá, sắc tộc, chủng tộc, tình trạng xã hội-kinh tế hoặc tài nguyên về xã hội được thấy vừa là yếu tố nguy cơ vừa là yếu tố bảo vệ đối với các rối loạn tâm lý khác nhau.

Sự khác biệt về giới tính được quan sát ở nhiều rối loạn. Trong khi các vấn đề về tâm lý phổ biến hơn ở nữ giới, tỉ lệ tự tử lại cao hơn ở nam giới. Ví dụ, ở Anh, phụ nữ có tỉ lệ mắc các vấn đề tâm lý cao hơn nam ở mức 20–40%, nhưng nam giới chiếm hơn ba phần tư số lượng ca tử vong do tự tử (4.590 trong 5.981 trường hợp) (Freeman & Freeman, 2015). Tỷ lệ lưu hành của rối loạn tự kỷ ở nam cao hơn ba lần (Baxter et al., 2015).



Người ở vị thế xã hội-kinh tế cao hơn ít khả năng mắc các rối loạn tâm lý hơn. Đã có nhiều nỗ lực nhằm tìm hiểu cơ chế sâu xa như người nghèo đối diện với nhiều yếu tố căng thẳng hơn bao gồm khó khăn về tài chính hay ít khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế; tuy nhiên, cần có nhiều bằng chứng với phương pháp nghiên cứu chắc chắn hơn để có thể đưa ra kết luận.

Chủng tộc có thể là một yếu tố bảo vệ khỏi sự phát sinh của tâm thần phân liệt. Nhiều nghiên cứu tìm ra rằng các khu dân với mật độ những người có cùng nguồn

gốc chủng tộc cao hơn sẽ có tỉ lệ tâm thần phân liệt thấp hơn (March et al., 2008).

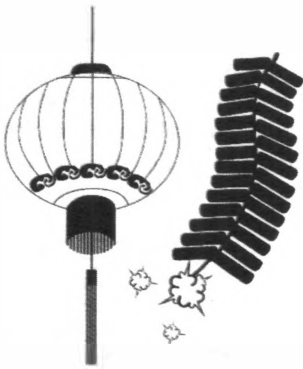
Vốn xã hội được coi là một yếu tố bảo vệ chống lại loạn thần. Kirkbride và cộng sự trong nghiên cứu năm 2008 tìm thấy tỷ lệ tâm thần phân liệt cao nhất ở những khu dân có ít vốn xã hội; vốn xã hội trong nghiên cứu này được biểu thị bởi lượng gắn kết xã hội và niềm tin. Mặc dù cơ chế nguyên nhân vẫn chưa rõ ràng, các nghiên cứu gợi ý rằng sự phát sinh các chứng bệnh tâm lý ở thành phố có thể có liên quan đến gắn kết xã hội và quan hệ xã hội trong các khu dân ở đô thị.

Sự phát triển của mô hình sinh học-tâm lý-xã hội đã làm lu mờ một ý tưởng phổ

biến trước đây, đó là các chứng bệnh về tâm lý chỉ đơn giản là bệnh liên quan đến não. Bằng chứng từ các tài liệu cũng nhấn mạnh rằng vai trò của các yếu tố này không độc lập mà bổ sung lẫn nhau trong việc góp phần tạo nên các chứng bệnh tâm lý. Vì thế, thay vì bỏ công sức vào việc phân chia trải nghiệm xã hội và cơ thể thành hậu quả và nguyên nhân, các nhà nghiên cứu nên tìm hiểu các trải nghiệm xã hội đã ảnh hưởng thế nào đến cơ thể và bị ảnh hưởng lại như thế nào (Fitzgerald et al., 2016), và ngược lại. Hiểu biết về các thành phần khác nhau trong nguyên nhân của các chứng bệnh tâm lý còn gợi ra những đề xuất quan trọng cho y tế công trong việc phòng ngừa và cải thiện điều trị và can thiệp.

VĂN HOÁ, TRUYỀN THÔNG VÀ RỐI LOẠN TÂM LÝ

VAI TRÒ CỦA VĂN HÓA



Mặc dù Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần-V (DSM-V) và Phân loại quốc tế về bệnh tật-10 (ICD-10) là hai sổ tay hướng dẫn toàn cầu để chẩn đoán các rối loạn tâm lý, và các nhóm triệu chứng của hầu hết các rối loạn chính đều biểu hiện giống nhau ở bệnh nhân trên toàn thế giới, văn hoá vẫn đóng một vai trò quan trọng trong nghiên cứu các chứng bệnh tâm lý. Biểu hiện của bệnh, nhận thức về các rối loạn tâm lý hay ý nghĩa của triệu chứng có thể khác nhau theo văn hoá

(Hwang et al., 2008). Ví dụ, khi một người nói anh/ cô ta có thể nghe thấy giọng nói trong đầu, trong khi đó có thể là một triệu chứng của tâm thần phân liệt ở Anh, thì đó cũng có thể lại được cho rằng là khả năng ngoại cảm ở nhiều văn hoá khác.

Thực thể hoá là việc biểu hiện sự căng thẳng qua những triệu chứng thể lý, khá khác nhau giữa các nhóm văn hoá. Ở văn hoá châu Á, khi nói đến biểu hiện của căng thẳng, các triệu chứng cơ thể thường được nghe đến nhiều hơn so với văn hoá phương tây với việc người ta thường nói nhiều về cảm xúc và tình cảm hơn (Hwang, Myers, Abe-Kim & Ting, 2008). Kleinmann (1977) khi so sánh một nhóm người Trung Quốc và nhóm người Mỹ mắc rối loạn tâm thần đã tìm ra rằng, 88% các bệnh nhân Trung Quốc ghi nhận các triệu chứng cơ thể thay vì các phản nản về cảm xúc, so với 20% nhóm người Mỹ. Một cách giải thích cho vấn đề này đó là những định kiến lên các chứng bệnh tâm lý và một suy nghĩ phổ biến rằng các suy nghĩ tiêu cực bắt nguồn từ sự yếu đuối tâm hồn trong văn hoá châu Á đã ngăn cản mọi người cởi

mở về cảm xúc của mình. Từ đó, người châu Á thường kiềm chế cảm xúc và tình cảm của mình, kể cả khi căng thẳng, họ sẽ tập trung chú ý hoặc phàn nàn về các triệu chứng cơ thể một cách vô thức vì chúng được chấp nhận nhiều hơn trong văn hoá của họ (Chun, Enomoto & Sue, 1996).

Trong nhiều văn hoá, một số thuật ngữ liên quan đến các chứng bệnh tâm lý hầu như không tồn tại. Ví dụ, trong ngôn ngữ Shona của người Zimbabwe, không có từ nào cùng nghĩa với “trầm cảm” hay “lo âu” (Patel et al., 2001). Vì thế, ghi chép dịch tễ học về trầm cảm ở nước này khá thấp. Thay vào đó, có những thuật ngữ địa phương ám chỉ các triệu chứng giống với trầm cảm như là “*kufungisisa*” (suy nghĩ quá nhiều) trong ngôn ngữ Shona (Patel et al., 2001). Do vậy, việc áp dụng và hiệu lực hoá các công cụ chẩn đoán rối loạn tâm lý trong một bối cảnh mới luôn cần chú trọng các khía cạnh ngôn ngữ và văn hoá tương ứng, với việc tham khảo ý kiến của các chuyên gia địa phương.

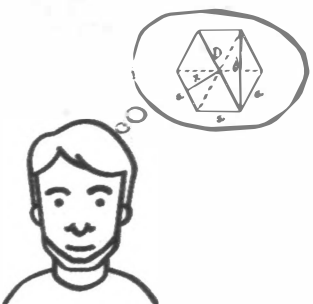
TRUYỀN THÔNG VÀ RỐI LOẠN TÂM LÝ

Trừ khi bạn học chuyên ngành Tâm lý học hoặc là sinh viên trường Y, thì phần lớn các kiến thức bạn có được về các rối loạn tâm lý đều đến từ các phương tiện truyền thông đại chúng như sách báo, phim ảnh hay tiểu thuyết. Đã có nghiên cứu chỉ ra rằng truyền thông là nguồn thông tin chủ yếu của công chúng về các dạng rối loạn tâm lý như rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt và trầm cảm.

Đồng thời, các nghiên cứu cũng cho thấy phần lớn truyền thông mô tả các dạng rối loạn tâm lý theo khuôn mẫu, tiêu cực và nhiều khi sai lệch hoàn toàn. Điều này có nghĩa nhiều người sẽ có cái nhìn không mấy thiện cảm hoặc sai lệch về các rối loạn tâm lý thông qua vài câu từ trên báo hoặc vài phút tin tức.

Stephen Hinshaw, giáo sư tâm lý học trường đại học California-Berkeley đã nói, “Những hình ảnh tệ hại nhất đến từ những mô tả như sau: những cá nhân mắc rối loạn tâm lý là những kẻ bất tài, nguy hiểm, lười biếng, nhếch nhác và không xứng đáng. Những mô tả kiểu đó cách ly ‘họ’ khỏi ‘chúng ta.’”

May mắn thay, truyền thông đã từ từ nhận ra tác hại của những mô tả này, thế nên vào năm 2013 hiệp hội báo chí đã thêm phần về các chứng bệnh tâm lý trong cuốn sách hướng dẫn của họ để giúp các nhà báo viết về rối loạn tâm lý công bằng hơn và chính xác hơn. Và song song bên cạnh đó, trong những năm gần đây thì các nhà biên kịch phim đã bỏ công sức để miêu tả những đặc điểm các cá nhân mắc rối loạn tâm lý một cách nhân đạo hơn và chính xác hơn – ví dụ như Carries Mathison, người mắc chứng rối loạn lưỡng cực trong show truyền hình “Homeland”, nhân vật do Bradley Cooper thủ vai trong bộ phim điện ảnh “Silver Linings Playbook” và John Nash, nhà kinh tế học đoạt giải Nobel với chứng tâm thần phân liệt trong bộ phim “A Beautiful Mind.”



Tuy nhiên, mặc cho những tiến bộ về việc miêu tả rối loạn tâm lý trong các bộ phim và cả khoa học trong việc tìm hiểu và chữa trị, một số nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng những sự miêu tả của truyền thông về rối loạn tâm lý đã lỗi thời và gây hại hơn bao giờ hết. Và nếu những miêu tả này không

được cải thiện thì điều ít nhất mà chúng ta có thể làm là cảnh giác với những miêu tả sai lệch này, vì chúng có thể định hình nhận thức của chúng ta về những người mắc rối loạn tâm lý trong đời thực. Chúng ta cần phải phân biệt rõ giữa thực tế và hư cấu, những nhân vật trên màn ảnh và bạn bè của chúng ta - những người đang phải đấu tranh với các vấn đề tâm lý.

Dưới đây là những hình ảnh truyền thông sai lệch và lầm lẫn thường thấy của những người mắc rối loạn tâm lý.



Những người mắc rối loạn tâm lý là tội phạm hoặc bạo lực. Nghiên cứu cho thấy những người mắc rối loạn tâm lý ít phạm những tội liên quan tới bạo lực, mà hơn nữa họ càng có khả năng bị đối xử tàn nhẫn hơn những người khác. Tuy nhiên, các phương tiện truyền thông thường lý giải rối loạn tâm lý liên quan đến những tội ác kích động hoặc bạo lực như trường hợp một người vô tội bị giết bởi một bệnh nhân mắc rối loạn tâm lý. Bài báo dùng những từ ngữ mô tả sinh động, diễn giải đầy cảm xúc với một cái tit giật gân.

Người mắc rối loạn tâm lý nhìn khác người. Trên các bộ phim hoặc mô tả trong tiểu thuyết, những người mắc rối loạn tâm lý có cái gì đó "khác biệt" với chúng ta. Có thể là mái tóc rối bươm không được chải chuốt. Có thể là bộ quần áo nhăn nhoe, hoặc có thể là đôi mắt dại ra. Những yếu tố này có tác dụng đánh vào thị giác giúp người xem nắm bắt nhân vật

– thường được mô tả như nguy hiểm, gây hại – như những “người kia” (người mắc rối loạn tâm lý trong đời thật).

Ngoại trừ những người vô gia cư - thường thiếu những nguồn trợ giúp và phương tiện cần thiết để chăm sóc ngoại hình bản thân, thì những người mắc rối loạn tâm lý nhìn hoàn toàn giống như chúng ta. Họ có thể là bác sĩ, kỹ sư, luật sư, giáo viên, họ vẫn dậy sớm mỗi buổi sáng và đi làm đều đặn.

Những người mắc rối loạn tâm lý thường trẻ con và ngu ngốc. Rất nhiều bộ phim và chương trình truyền hình – ví dụ như “Me, myself and Irene” mà Jim Carrey thủ vai một nhân vật mắc rối loạn xác định phân ly, hoặc “Monk”, chương trình về một thám tử với chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế – coi rẻ những chứng bệnh tâm lý. Họ mô tả những dạng rối loạn tâm lý nghiêm trọng theo kiểu giễu cợt, hoặc những người mắc chúng là những tên ngốc, hài hước và như trẻ con.

Những sự mô tả như thế không giúp người khác cảm thông hơn với những người mắc rối loạn tâm lý, đồng thời còn tăng thêm sự coi nhẹ và định kiến, vì thực sự, những người mắc rối loạn tâm lý vẫn đau đớn và vật lộn với những khó khăn hằng ngày.

Những rối loạn tâm lý đều nghiêm trọng – hoặc đều giống nhau. Trên TV, những dạng rối loạn tâm lý hiếm thấy, hoặc những trường hợp rối loạn đặc biệt nhất thường được mô tả nhiều hơn hẳn so với các dạng rối loạn phổ biến nhất. Theo một nghiên cứu chỉ ra, rối loạn trầm cảm chiếm 7% trong số các dạng rối loạn tâm lý được mô tả. Trong khi đó, có đến khoảng 12% các nhân vật trên TV mắc phải một vài dạng loạn thần như ảo thanh, hoang tưởng, hoặc mất đi nhận thức với hiện thực, mặc dù ngoài đời

thực, rối loạn trầm cảm phổ biến hơn tâm thần phân liệt hay rối loạn lưỡng cực nhiều.

Mỗi cá nhân đều độc nhất vì thế các triệu chứng rối loạn tâm lý khác biệt đối với mỗi người. Thế nhưng, truyền thông thất bại trong việc nhận ra sự phức tạp của các rối loạn tâm lý, dẫn đến các bộ phim về rối loạn lưỡng cực thường giống nhau.

Những người mắc rối loạn tâm thần không thể hồi phục. Việc hồi phục ít khi nào được mô tả trên truyền thông hoặc nếu có thì nó chỉ đủ để người đó ổn định

hơn nhưng chưa đủ để tham gia vào các hoạt động xã hội, làm việc hoặc có các mối quan hệ bình thường. Ẩn dưới những thước phim là lời nhắn nhủ rằng bệnh nhân mắc rối loạn tâm lý khó hồi phục và khó có thể có được cuộc sống bình thường.

Thực tế thì điều này không đúng: Chuyên gia nói rằng không những người bệnh có thể hồi phục từ những rối loạn tâm lý, mà họ còn có thể sống một cuộc sống khỏe mạnh, với sự trợ giúp của thuốc, liệu pháp điều trị và mạng lưới giúp đỡ.

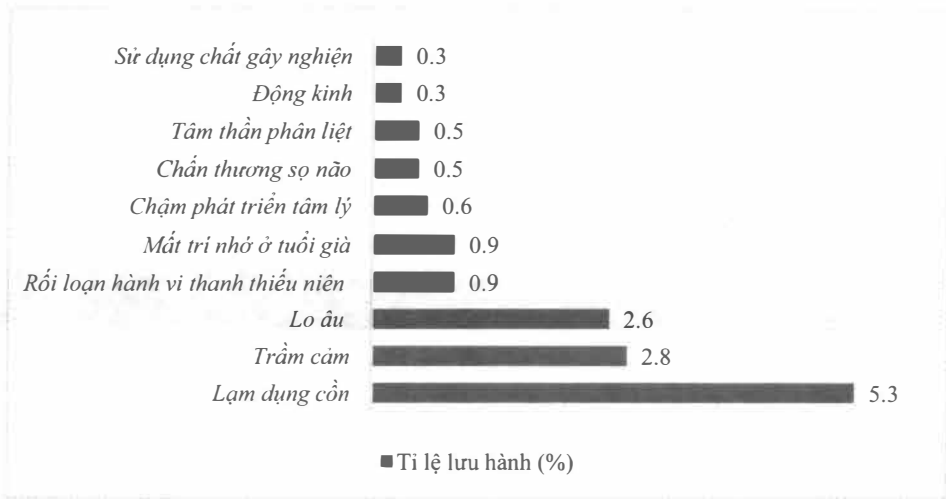
SỨC KHOẺ TÂM LÝ Ở VIỆT NAM

DỊCH TỄ HỌC VÀ SỰ CUNG CẤP DỊCH VỤ VỀ SỨC KHOẺ TÂM LÝ

Theo thống kê của WHO, ở Việt Nam, rối loạn thần kinh và tâm thần gây ra 16.4% gánh nặng về bệnh lý vào năm 2008 (WHO, 2011). Một khảo sát dịch tễ học của Viện Tâm thần TW I cho thấy 10 rối loạn tâm lý phổ biến xuất hiện ở 14.9% tổng dân số (tương đương với 12 triệu người) trong năm 2001–03, với rối loạn sử dụng cồn, trầm cảm và lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt ở mức 5.3%, 2.8% và 2.6% (Duong et al., 2011).

Mở rộng các dịch vụ sức khỏe tâm lý là nhu cầu cấp bách. Tỷ lệ sử dụng giường

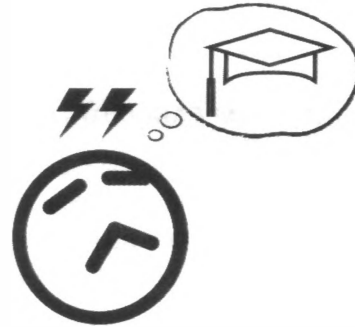
bệnh viện cho bệnh nhân mắc bệnh tâm lý là 122.6% trong những năm 2004–08 dù đã có những nỗ lực tăng số giường bệnh (Duong et al., 2011). Đến năm 2011, mới chỉ có 59 cơ sở ngoại trú và 32 bệnh viện tâm thần với 16 nghìn giường cho việc điều trị sức khỏe tâm lý (WHO, 2011). Tỷ lệ số người tìm đến các cơ sở điều trị ngoại trú là 370.57 mỗi 100 nghìn người dân. Có sự thiếu hụt trầm trọng trong nguồn nhân lực với chỉ 1.01 bác sỹ tâm thần và 0,03 bác sỹ tâm lý phục vụ 100 nghìn bệnh nhân trong năm 2011. Chỉ có 30 bác sỹ tâm thần toàn quốc (tương đương với 1 bác sỹ cho 750 nghìn trẻ) (Weiss et al., 2012).



Kiến thức cộng đồng và sự kỳ thị

Sự kỳ thị tồn tại là một rào cản nghiêm trọng đối với bệnh nhân bị rối loạn tâm lý và khuyết tật trong việc hoà nhập với cuộc sống cộng đồng. Họ liên tục phải đối diện với sự cô lập, trở thành chủ đề của những tin đồn trong cộng đồng, gặp khó khăn khi tìm việc vì bị coi là khả năng làm việc kém và gặp rắc rối với các mối quan hệ hay hôn nhân (Tomori et al., 2014). Điều này không chỉ làm giảm chất lượng cuộc sống và làm cho tình trạng của họ tệ hơn, mà còn dẫn đến sự tự kỳ thị bản thân. Mặt khác, nghiên cứu bởi Ham và cộng sự (2011) cho thấy sự thiếu kiến thức trầm trọng về sức khoẻ tâm lý trong cộng đồng, trong đó phần lớn người tham gia không thể gọi tên cụ thể các rối loạn tâm lý. Áp

lực từ học hành hay suy nghĩ quá nhiều thường được cho rằng là nguyên nhân gây ra bệnh tâm lý. Rất nhiều người coi chứng bệnh tâm lý là hiện tượng gây ra bởi ma quỷ, và họ có xu hướng tìm kiếm sự điều trị ở các chuyên gia về thảo dược hay các lễ phép tâm linh (VietnamNews, 2014).



NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Khánh Linh | Nguyễn Thanh Hà

Biên dịch: Nguyễn Thanh Hà

CHƯƠNG 2

RỐI LOẠN CẢM XÚC

Trong cuộc sống, đôi khi chúng ta rất có khả năng phải trải nghiệm nỗi đau khổ hoặc mất mát. Đó là cái giá phải trả cho những mối quan hệ của chúng ta với mọi người. Những cảm xúc này có thể kéo dài một vài ngày làm bạn cảm thấy buồn và mệt mỏi, nhưng sau đó bạn có thể dần dần cảm thấy tốt hơn và tiếp tục với những công việc thường ngày của bạn. Bạn vẫn còn có thể trải nghiệm những cảm xúc khác như vui, buồn, giận... Tuy nhiên, khi nỗi buồn và sự đau khổ kéo dài quá lâu và lớn dần theo thời gian, làm ảnh hưởng tới những hoạt động thường ngày, công việc và đời sống cá nhân của bạn, khiến bạn trở nên không thể nào tận hưởng cuộc sống đầy đủ, những cảm xúc này sẽ được xem như thuộc về bệnh lý.

Trong chương này, chúng ta sẽ khám phá một vài rối loạn cảm xúc có liên quan đến những chu kỳ trầm cảm kéo dài hoặc có tính nghiêm trọng như rối loạn trầm cảm chủ yếu (hai cụm từ “rối loạn trầm cảm chủ yếu” và “trầm cảm” sẽ được dùng như nhau) và rối loạn lưỡng cực.

RỐI LOẠN TRẦM CẢM CHỦ YẾU

Rối loạn trầm cảm chủ yếu là một trong những rối loạn tâm lý phổ biến nhất trên thế giới. Theo Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (NIMH) ở Mỹ, khoảng 6.7% dân số từ tuổi 18 mắc trầm cảm (NIMH, Depression, 2016). Ở Việt Nam, con số là 15% từ lứa tuổi 16 đến 35 (Bệnh viện Tâm thần Quốc gia).

Rối loạn trầm cảm chủ yếu không chỉ đơn giản là một trạng thái buồn bã trong một thời gian ngắn. Nó bám vào bệnh nhân không ngừng, làm cho họ trở nên cảm thấy kém cỏi, mệt mỏi và mất hứng thú trong những việc hàng ngày. Trầm cảm còn ảnh hưởng đến thể chất, cảm xúc và suy nghĩ của họ, đưa họ vào trạng thái tiêu cực kéo dài không đổi và làm họ nhìn cuộc đời một cách bi quan. Những người mắc trầm cảm có thể có những hành vi vô cùng tiêu cực và nhiều lúc họ còn tự tử. Trầm cảm đứng đầu danh sách những nguyên nhân của tàn tật trên thế giới, xếp ngay cả trước ung thư và những bệnh khác (Oltmanns & Emery, 2014). Nếu không chữa trị kịp thời, theo thời gian những triệu chứng trầm cảm có thể trầm trọng hơn và dẫn đến tự tử (WebMD, 2016).

TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN VÀ TRIỆU CHỨNG

Không phải bệnh nhân nào cũng trải nghiệm trầm cảm theo cùng một cách. Cảm xúc trầm uất không nhất thiết mang tính quyết định trong việc chẩn đoán rối loạn này, mặc dù nó cũng được xem như một trong những triệu chứng. Những triệu chứng của trầm cảm thường kéo dài hoặc xuất hiện lặp đi lặp lại trong vòng hai tuần hoặc hơn mà không có sự sử dụng của bất kỳ thuốc hoặc chất kích thích nào, và chúng phải ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng đời sống hằng ngày của bệnh nhân để đủ tiêu chuẩn cho việc chẩn đoán. Triệu chứng được chia làm bốn mục:

Không phải ai cũng có những triệu chứng giống như mô tả trên. Một số chỉ có một vài, trong khi những người khác lại có đa

tuần hoặc hơn mà không có sự sử dụng của bất kỳ thuốc hoặc chất kích thích nào, và chúng phải ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng đời sống hằng ngày của bệnh nhân để đủ tiêu chuẩn cho việc chẩn đoán. Triệu chứng được chia làm bốn mục:

số (NIMH, Depression, 2016). Những triệu chứng có thể được nhìn thấy trong trường hợp sau.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Triệu chứng cảm xúc

- Cảm xúc buồn kéo dài, những cảm xúc lo lắng và trống rỗng gần như mỗi ngày
- Những suy nghĩ về cái chết; dự tính hoặc nhiều lần thử tự tử
- Dễ bực bội hoặc khó chịu

Triệu chứng nhận thức

- Cảm thấy vô vọng hoặc bi quan
- Cảm thấy có lỗi, vô dụng hoặc bất lực
- Không có khả năng tập trung; trí nhớ và ra quyết định kém
- Mất năng lượng, mệt hoặc “chậm chạp.”

Triệu chứng thể lý

- Mất hứng thú trong các sở thích và hoạt động yêu thích, bao gồm tình dục.
- Những triệu chứng thể lý kéo dài không đáp ứng với việc điều trị, bao gồm những cơn đau đầu, đau bụng hoặc đau mãn tính.
- Mất ngủ, tỉnh sớm vào buổi sáng hoặc ngủ quá nhiều
- Mất cảm giác thèm ăn và/hoặc cân nặng, hoặc ăn quá nhiều và tăng cân.

Triệu chứng hành vi

- Hành vi chậm chạp, hoặc không thể hoạt động được.
- Nói rất chậm, thường dừng một lúc lâu hoặc không nói năng gì hết.

Hồng Ngọc là một học sinh lớp 12 trong một trường trung học nổi tiếng của huyện. Em là một cô gái năng động, tích cực và có nhiều kỳ vọng cao cho bản thân mình. Mơ ước của Ngọc là trở thành bác sĩ phẫu thuật, vậy nên mục tiêu của em là đậu kỳ thi đại học để vào trường y giỏi nhất nước.

Dạo này Ngọc luôn luôn cảm thấy mệt mỏi và khó chịu. Mỗi lần em không làm bài đúng, em sẽ trách sự ngu ngốc của mình. Bất kỳ một con điểm không hoàn hảo nào của một bài kiểm tra có thể làm em mất ngủ và bỏ ăn nhiều ngày. Ngọc cảm thấy mình đang trở nên càng ngày càng vô dụng, và đôi khi em còn nghĩ rằng em không nên tồn tại. Ngọc tự nhốt mình trong phòng đa số thời gian. Ba mẹ em nghĩ em chỉ đang học bài nên không để ý lắm chuyện đó. Tuy nhiên, các bạn của Ngọc bắt đầu chú ý đến những sự thay đổi của em.

Từ một cô bé năng động vui vẻ, Ngọc trở nên xa cách và nóng nảy. Em từ bỏ những hoạt động mà em từng thích thú muốn làm trước kia, ví dụ như tổ chức những sự kiện giải tỏa căng thẳng trước các kỳ kiểm tra. Ngọc còn thường hay bỏ lớp, đôi khi đến ba ngày một tuần. Trong những ngày đó, em chỉ nằm trên giường và nhìn đăm đăm vào trong không khí. Ngọc cảm thấy em không có năng lượng cho bất cứ việc gì, kể cả việc ăn.

Triệu chứng phổ biến nhất của trầm cảm là u buồn kéo dài. Bệnh nhân cũng có thể cảm thấy trống rỗng hoặc tê liệt. Nhận thức méo mó của họ làm họ nghĩ rằng tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra là lỗi của họ, hoặc họ không có giá trị và không đáng được sống. Trong trường hợp của Ngọc, con điểm xấu làm em nghĩ rằng em không có bất kỳ tài năng gì. Tất cả mọi thứ đều có vẻ vô nghĩa; những hoạt động em từng yêu thích giờ có vẻ nhạt nhẽo và mệt mỏi; ngay cả việc ăn thôi cũng cảm thấy như là đang bị hành hạ.

Những bệnh nhân bị trầm cảm cũng có thể tránh xa những người khác và không muốn làm bất cứ điều gì. Những suy nghĩ của họ dường như có vẻ chậm lại, làm giảm đi tốc độ phản ứng của họ; những hoạt động đơn giản, bình thường nhất như chải răng hoặc chải tóc có thể có vẻ như quá mệt mỏi và quá sức. Một số có thể bắt đầu lạm dụng những chất như chất gây nghiện để tránh né những cảm xúc tiêu cực này.

Khi một người mắc chứng trầm cảm, họ có thể cảm thấy họ không có bất kỳ đường thoát nào và bị khóa chặt trong một mê cung đen tối của những suy nghĩ tiêu cực, không có hy vọng gì cho tương lai. Điều này dẫn đến sự vô vọng, và sau một thời gian, những ý nghĩ tự sát sẽ xuất hiện như một cách để kết thúc tất cả. Trầm cảm làm họ cảm thấy khó ngủ ngon; họ có thể không thể ngủ được vì những suy nghĩ chạy đua quanh đầu về việc làm thế nào để thoát ra khỏi tình trạng khó chịu này. Mất ngủ có thể ảnh hưởng khả năng suy nghĩ và ra quyết định của họ. Họ không thể thư giãn, và điều này có thể gây ra bức bối, giận dữ hoặc bốc đồng. Trầm

cảm còn có thể gây ra những triệu chứng thể lý không đáp ứng được với bất cứ loại điều trị nào, như những cơn nhức đầu mãn tính, đau ngực, đau toàn thân hoặc các vấn đề về tiêu hóa. (NIMH, Sign and Symptoms of Depression).

TRẦM CẢM SO VỚI BUỒN BÃ

Buồn bã và trầm cảm thường bị nhầm lẫn cùng một trạng thái tâm thần, nhưng thực ra chúng có nhiều điểm khác nhau. Sự nhầm lẫn này có thể dẫn tới việc chúng ta bỏ qua vấn đề nghiêm trọng cần được điều trị - trầm cảm, hoặc trầm trọng hóa một trạng thái tâm lý bình thường – buồn bã.

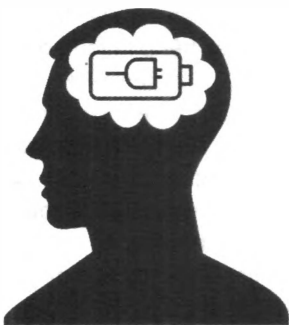


Buồn bã là một trạng thái tâm lý bình thường của con người. Hầu như mỗi chúng ta đã từng trải nghiệm nó trong cuộc đời. Buồn bã được kích hoạt sau những trải nghiệm và tình huống khó khăn, đau đớn, thử thách hoặc thất vọng. Hay nói cách khác, chúng ta buồn về một điều gì đó. Điều này có nghĩa một khi tình huống đau đớn đã qua chúng ta sẽ thích nghi và vượt qua nó, và nỗi buồn của chúng ta sẽ dần dần biến mất.

Trầm cảm thì khác; nó là một trạng thái tâm lý bất thường, một rối loạn tâm lý ảnh hưởng hoàn toàn và lâu dài đến suy

ngiht, tình cảm, nhận thức và hành vi. Khi chúng ta trầm cảm, chúng ta đau buồn về tất cả mọi điều. Nhìn bên ngoài, một người với căn bệnh trầm cảm có thể dường như không có vấn đề gì với cuộc đời họ, và ngay cả họ cũng có thể nghĩ như vậy, nhưng họ vẫn cảm thấy tồi tệ không hiểu vì sao (Winch, 2016).

Trong một bài nói chuyện TedX vào năm 2013, Andrew Solomon, một giáo sư tâm lý học lâm sàng tại Đại học Columbia đã nói về căn bệnh mãn tính mà ông đã từng có như thế này, “Trái ngược với trầm cảm không phải là hạnh phúc, mà là sức sống” (Solomon, 2013). Trầm cảm tô màu đen và xám lên cuộc đời chúng ta, làm cho tất cả mọi thứ trở nên kém thú vị, và làm giảm đi sự tò mò của chúng ta, tầm quan trọng và giá trị của những gì ta từng yêu thích. Trầm cảm lấy đi năng lượng, động lực, và khả năng trải nghiệm những cảm xúc như vui vẻ, hào hứng, hài lòng, cũng như sự liên kết và ý nghĩa của tất cả mọi điều. Từng ngưỡng chịu đựng cảm xúc giảm dần. Chúng ta trở nên thiếu kiên nhẫn, dễ trở nên giận dữ hoặc bỏ cuộc, chúng ta tuột dốc dễ dàng hơn, và mất nhiều thời gian hơn để đứng dậy trở lại.



NGUYÊN NHÂN

Không có một nguyên nhân duy nhất nào gây ra trầm cảm được biết đến. Ngược lại, nó có thể là kết quả từ một sự kết hợp của những yếu tố di truyền, hóa sinh, môi

trường, tâm lý và thần kinh. Theo mô hình tâm lý sinh học – xã hội, những quá trình hóa sinh trong não bộ được gây ra bởi những yếu tố xã hội và tâm sinh học, bao gồm gene. Mặc cho những kết quả trái ngược nhau, vài nghiên cứu đã tìm ra một số gene liên quan đến trầm cảm. Đối với những cặp sinh đôi cùng trứng, nếu một người mắc trầm cảm, người còn lại cũng có 46% cơ hội mắc trầm cảm. Con số là 20% cho những cặp sinh đôi khác trứng. Những yếu tố di truyền được xem như có liên quan đến trầm cảm bao gồm quá trình sản xuất serotonin từ tryptophan và sự vận chuyển serotonin đến các sợi nhánh.

Cả norepinephrine và serotonin đều được cho là có liên quan đến trầm cảm. Giả thuyết đầu tiên cho rằng hàm lượng thấp của một trong những chất dẫn truyền thần kinh này có thể ảnh hưởng đến cảm xúc. Tuy nhiên, những thống kê gần đây đã thách thức giả thuyết này. Nghiên cứu đã cho thấy sự tương tác giữa những chất dẫn truyền trên cũng có thể ảnh hưởng cảm xúc và kể cả những hoạt động của những chất khác bên trong bộ não.

Một vài các yếu tố văn hóa và xã hội có thể làm tăng nguy cơ bị mắc trầm cảm. Những nhà nghiên cứu đã tìm ra được trong những khu vực thu nhập thấp, tỉ lệ người bị trầm cảm khá cao và thường nằm trong các nhóm người thiếu số hoặc những người thiếu sự hỗ trợ của xã hội hoặc của hôn nhân. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng các người mẹ có ba con hoặc hơn, không có những mối quan hệ gần gũi thân mật và làm việc bán thời gian, và những người có cha mất sớm, có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn. Những người thuộc các nhóm thiểu số trong xã hội phải đối mặt với nhiều khó khăn về kinh tế và xã hội. Họ bị phân biệt đối xử và gây áp lực bởi những định kiến xã hội. Các yếu tố gây

căng thẳng hàng ngày như ly dị hoặc chia tay cũng có thể góp phần gây ra trầm cảm.

Theo thuyết hành vi thì trầm cảm dựa trên quá trình hoạt động hoá điều kiện. Nó có thể là hệ quả từ việc tần suất hỗ trợ tích cực trong xã hội thấp. Điều này dẫn đến tâm trạng tồi tệ và sự suy giảm hành vi giao tiếp với người khác. Những cá nhân này tránh các mối quan hệ, lâu dần dẫn tới việc sợ hãi tiếp xúc với người khác. Khả năng tập trung và tâm trạng vì thế mà cũng dễ bị suy giảm (Otlmann & Emery, 2014).

Thuyết “vô vọng bởi kinh nghiệm tiêu cực” của Seligman cũng đề cập tới chứng trầm cảm. Dựa trên thuyết này, trầm cảm được cho là kết quả của việc một người trải qua biến cố về thể chất hoặc môi trường xã hội mà biến cố này vượt qua khả năng kiểm soát của bản thân người đó (1972). Các thực nghiệm trên động vật và người đã chỉ ra một vài điểm giống nhau giữa sự tuyệt vọng và chứng trầm cảm, bao gồm sự thiếu động lực thúc đẩy, tính thụ động và mất khả năng tự học hỏi rút ra kinh nghiệm.



Yếu tố nhận thức và suy nghĩ cũng có liên quan tới trầm cảm. Những suy nghĩ ở bậc ý thức bị bóp méo bởi những khung suy nghĩ tiềm tàng. Những cái khung này được tạo thành một cách vô thức bởi những niềm tin từ thuở ấu thơ. Những sự kiện

tiêu cực từ thời thơ ấu, như là việc bị cha mẹ phủ nhận, tạo thành những nhận thức tiêu cực về bản thân và thế giới. Bình thường những niềm tin này sẽ không thể hiện ra bên ngoài, nếu có thì cá nhân đó sẽ luôn bị trầm cảm kinh niên. Tuy nhiên, khi đối mặt với các tình huống gây stress, và đặc biệt trong trường hợp làm gợi nhớ tới các trải nghiệm tiêu cực thời ấu thơ, các khung suy nghĩ tiêu cực sẽ bị kích hoạt, tác động tới bề mặt suy nghĩ và dẫn tới trầm cảm (1979).

Ngoài ra, áp lực trong cuộc sống và một số bệnh lý cũng góp phần gây ra trầm cảm. Không nhất thiết phải là những sự kiện đau buồn, một số sự kiện quan trọng như tốt nghiệp đại học, bắt đầu một công việc mới hay chuẩn bị làm lễ cưới cũng gây nên những áp lực cho thân chủ, nhất là khi họ đặt nhiều kì vọng thì dễ dẫn tới trầm cảm hơn. Những bệnh nhân mắc các căn bệnh hiểm nghèo hoặc khó chữa trị như ung thư cũng có nguy cơ cao mắc bệnh trầm cảm. Họ dường như bị mắc kẹt với suy nghĩ rằng họ đã chạm tới kết thúc của cuộc đời.

GIỚI TÍNH VÀ TRẦM CẢM

Theo những nghiên cứu về trầm cảm, nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn nam giới (Schuch, Roest, Nolen, Penninx & de Jonge, 2014). Có nhiều lời giải thích cho hiện tượng này. Theo mô hình năm yếu tố tính cách, những người có chỉ số rối loạn thần kinh chức năng cao dễ mắc rối loạn cảm xúc và nữ thường có chỉ số này cao hơn so với nam. Về mặt xã hội học, vai trò của phụ nữ trong xã hội thường bị đánh giá thấp trong khi trách nhiệm lại nặng nề hơn nam giới. Ở một số nước có nền văn hoá trọng nam, phụ nữ thường không được giao những công việc có trọng trách lớn và thậm chí phải ở nhà chăm sóc gia đình (Larsen & Buss, 2013).

Điều này làm cho người phụ nữ bị hạn chế khả năng và chèn ép bất công. Về mặt tâm lý, một số giải thích cho rằng phụ nữ có khuynh hướng mang những khí chất dễ gây ra sự tự đổ lỗi cho bản thân và lòng tự trọng thấp. Ngoài ra, nghiên cứu của Nolen-Hoekesma đã tìm ra rằng khi đối mặt với các tình cảnh khó khăn, nam giới thường biết cách tự làm sao lãng những ý nghĩ tiêu cực, trong khi phụ nữ thường lại tập trung vào các vấn đề và nguyên nhân, điều đó càng làm tăng các ý nghĩ gây trầm cảm (1987). Tuy nhiên, tỷ lệ nam mắc trầm cảm chết vì tự tử cao hơn nữ vì các phương pháp tự tử bạo lực hơn, và một phần vì nam giới mặc cảm với việc bày tỏ cảm xúc cũng như tìm đến sự giúp đỡ từ người khác (Oltmann & Emery, 2014).

ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP

Có nhiều phương thức can thiệp và điều trị bệnh trầm cảm. Trong số đó, các phương thức phổ biến nhất bao gồm: thuốc, điều trị bằng phương pháp tâm lý, sốc điện (ECT) (Friedman & Anderson, 2011).

THUỐC

Phương pháp điều trị bằng thuốc đa phần được sử dụng bởi bác sĩ tâm thần vì chuyên viên tâm lý thường không được đào tạo về mảng này. Nhóm thuốc chống trầm cảm hiện được sử dụng thông dụng và mới nhất là nhóm ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs). Một số loại SSRIs gồm fluoxetine (Prozac), citalopram (Celexa), sertraline (Zoloft). Bên cạnh đó một số loại tương tự như SSRIs là SNRIs - ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrine, được sử dụng phổ biến hơn một số loại khác vì chúng ít có tác dụng phụ hơn. Tuy nhiên, mỗi cơ thể có mỗi điều kiện hấp thu và thích nghi khác nhau, nên đôi khi những loại thuốc khác như MAOIs (các chất ức chế monoamine oxidase) và thuốc chống trầm cảm ba

vòng (TCAs) lại tốt hơn cho một số bệnh nhân, nhưng nó đòi hỏi điều kiện sử dụng khắt khe hơn như chế độ ăn uống kiêng khem, nhằm hạn chế những rủi ro khi dùng thuốc (WebMD, 2016).

Đối với phương pháp điều trị bằng thuốc, bệnh nhân phải dùng đủ liều và theo đúng chỉ định của bác sĩ, thường là thời gian điều trị từ 3 tới 4 tuần trước khi thuốc phát huy tác dụng. Bệnh nhân phải tuân thủ tuyệt đối theo lịch điều trị và không được ngưng sử dụng thuốc dù cho cảm thấy khá hơn trong quá trình này. Chỉ được ngưng sử dụng khi có sự đồng ý của bác sĩ. Một số loại thuốc phải giảm từ từ để cơ thể thích nghi. Mặc dù thuốc an thần không gây nghiện, nhưng tự ý ngưng thuốc có thể gây tái phát bệnh. Một số bệnh nhân với những cơn trầm cảm nặng hoặc dai dẳng lặp đi lặp lại, có thể phải sử dụng thuốc trong thời gian dài thậm chí là vô hạn định.

ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Đối với phương pháp điều trị bằng liệu pháp tâm lý, hai phương pháp tỏ ra hiệu quả nhất trong điều trị trầm cảm gồm có liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT) và phương pháp trị liệu liên nhân cách (IPT). CBT dùng những kĩ thuật trong tâm lý để điều chỉnh và giúp thân chủ thay đổi cách suy nghĩ và hành vi của bản thân theo chiều hướng tích cực hơn. IPT tập trung vào việc giúp thân chủ hiểu rõ những nguyên nhân cốt lõi của các vấn đề dẫn đến trầm cảm (Oltmanns & Emery, 2014).



Đối với các trường hợp trầm cảm nhẹ thì CBT và IPT tỏ ra khá hiệu quả. Tuy nhiên với các trường hợp nặng hơn thì phương pháp tâm lý không thôi sẽ không đủ. Kết hợp dùng thuốc và trị liệu tâm lý sẽ mang lại kết quả tốt nhất.

pháp này không cảm thấy sự kích thích điện một cách có ý thức. Một loại thuốc giãn cơ được cung cấp trước khi điều trị, được đưa vào cơ thể dưới sự gây mê/gây tê ngắn. Các điện cực được đặt ở những vị trí chính xác trên đầu để truyền những xung điện. Sự kích thích này gây ra một cơn co giật ngắn (khoảng 30 giây) ngay trong não.

Ngoài ra, một số phương pháp cải thiện và phòng tránh trầm cảm cũng được chứng minh là có hiệu quả về mặt lâm sàng. Chế độ ăn uống lành mạnh, nhiều rau xanh và không có các chất kích thích, luyện tập thể dục thể thao thường xuyên đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần. Thiền và chánh niệm cũng góp phần giúp cho tâm lý thân chủ ổn định và phát triển lành mạnh.

SỐC ĐIỆN

Một loại điều trị khác là ECT. Phương pháp này thường được sử dụng chỉ cho những cá nhân mắc trầm cảm nặng hoặc nguy hiểm đến tính mạng hoặc những người không thể dùng thuốc. Với những tiến bộ của khoa học, ECT đã được cải thiện tốt hơn nhiều và đã được chứng minh là hiệu quả trong việc điều trị trầm cảm. Người được điều trị bằng phương



RỐI LOẠN LƯỠNG CỰC

Rối loạn lưỡng cực, còn được biết là rối loạn hưng - trầm cảm, là một loại rối loạn đặc trưng bởi giai đoạn hưng trầm cảm có thể theo sau giai đoạn trầm cảm. Bất thường trong não và những nguy cơ khác là nguyên nhân gây ra các yếu tố cho người bị rối loạn có sự thay đổi bất thường trong tâm trạng, năng lượng, mức độ hoạt động, và khả năng hoạt động trong công việc hàng ngày, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến công việc và những mối quan hệ (NIMH, Bipolar Disorder, 2016). Nếu không điều trị, rối loạn này có thể dẫn đến những hành vi nguy hiểm, những mối quan hệ và sự nghiệp bị hủy hoại hoặc thậm chí tự vẫn (WebMD, Bipolar Disorder Health Center, 2014).

Dân số Mỹ có tỉ lệ rối loạn lưỡng cực giữa 2-4% (Miklowittz & Johnson, 2009). Không có sự khác biệt giới trong loại rối loạn này. Tỷ lệ giữa nam nữ là 1,1:1 (APA, 2013). Gánh nặng bệnh lý của rối loạn lưỡng cực là rất lớn. Đây là nguyên nhân hàng đầu thứ sáu của người khuyết tật y tế trên toàn thế giới. Tỷ lệ thất nghiệp cao, gặp khó khăn trong công việc, chất lượng cuộc sống thấp và căng thẳng giữa các cá nhân có liên

quan đến rối loạn lưỡng cực. Đây là một trong các chẩn đoán chăm sóc hành vi sức khỏe đắt tiền nhất và thường bị chẩn đoán nhầm. Một nghiên cứu vào năm 1998 ước tính tổng chi phí trong suốt cuộc đời của một người bị rối loạn lưỡng cực là 24 tỷ (Kleiman et. al., 2003)

TRIỆU CHỨNG

Cả lưỡng cực I và lưỡng cực II đều liên quan đến hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ. Theo DSM-V, hưng cảm được đặc trưng bởi một giai đoạn bất thường riêng biệt và tâm trạng liên tục dâng cao, cởi mở hay cáu kỉnh, và cũng bao gồm cả liên tục tăng các hoạt động có mục tiêu. Giai đoạn này kéo dài ít nhất một tuần và hầu như trong tất cả các ngày.

Trong thời gian tâm trạng bị xáo trộn, ít nhất phải có sự xuất hiện của ba trong số những triệu chứng sau đây với một mức độ đáng kể và thay đổi đáng chú ý, khác hẳn hành vi bình thường. Những triệu chứng này được chia thành bốn loại. Hãy thử xem xét những triệu chứng này thông qua một trường hợp dưới đây:

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Duyên là một phụ nữ 21 tuổi, được đưa vào bệnh viện tâm thần trong giai đoạn hưng cảm. Cô ấy nói với mọi người rằng cô đến từ một vũ trụ khác và có khả năng chữa bệnh đặc biệt. Cô có tiền sử mắc rối loạn trầm cảm chủ yếu và đã được điều trị bằng một số liệu pháp tâm lý khi cô còn học cấp ba nhưng đã ngưng sau khi tốt nghiệp. Duyên đã có công việc được trả lương tốt và đã từng có mối quan hệ tình cảm. Vài tháng trước khi nhập viện, cô bắt đầu cảm thấy tâm trạng tốt một cách khác thường, tràn đầy năng lượng và tự tin. Tất cả mọi thứ dường như thật tốt đẹp.

Một ngày, cô cảm thấy sáng khoái lạ thường. Duyên đã bỏ ngang công việc của mình mà không cân nhắc hậu quả hay bất kỳ phương hướng hoặc việc làm nào khác. Mặc dù cô ấy ra khỏi nhà với số tiền chỉ đủ để mua một vé máy bay đến nhà bạn trai, cô ấy đã ở lại đó nhiều tuần. Trong quãng thời gian này, cô bị khó ngủ và tâm trạng của cô bắt đầu thay đổi. Một ngày nọ, trong một lần cãi nhau với bạn trai của cô, cô đã cởi hết quần áo mình trong một bãi đậu xe công cộng và từ chối mặc vào. Sau đó, Duyên thu dọn hành lý và đi nhờ xe về nhà.

Ở nhà, tâm trạng của cô thay đổi liên tục. Khoảnh khắc trước cô có thể vui vẻ và nhiệt tình với những ý tưởng, một thoáng sau cô đã chuyển sang nổi giận khi có người không đồng ý với mình. Cô đã đăng ký một lớp học golf đắt tiền mà cô không đủ khả năng chi trả và khi mẹ cô hủy nó, cô đã tức giận. Sau đó cô đã ra khỏi nhà, đi nhờ xe người lạ đến một quán bar và cuối cùng kết thúc chuyến đi bằng cách quan hệ tình dục với ba người trong số họ (Oltmanns & Emery, 2014)

TRIỆU CHỨNG CẢM XÚC

Một người bị rối loạn lưỡng cực cảm thấy rất "phê" hoặc phấn chấn, như trong trường hợp của Duyên. Cô cảm thấy tốt một cách khác thường, tuy nhiên, cô cũng rất khó chịu và nhanh chóng trở nên tức giận khi một điều gì đó không xảy ra như cách của cô ấy muốn.



TRIỆU CHỨNG NHẬN THỨC

Nhiều bệnh nhân hưng cảm có báo cáo về *những ý tưởng lướt nhanh* qua tâm trí của họ trước khi họ thậm chí có thể diễn tả được những suy nghĩ đó. Một số *cảm thấy những suy nghĩ như đang tăng tốc*. Họ cũng dễ dàng bị các kích thích ngẫu nhiên làm phân tâm, theo báo cáo hoặc quan sát bởi những người xung quanh, và *nghĩ rằng họ có thể làm được rất nhiều việc cùng một lúc*. Sự *vĩ cuồng* cũng là một đặc trưng của giai đoạn hưng cảm. Duyên tin rằng cô không đến từ trái đất và có một sức mạnh đặc biệt là một ví dụ chứng minh tính tự vĩ cuồng này.

TRIỆU CHỨNG THỂ LÝ

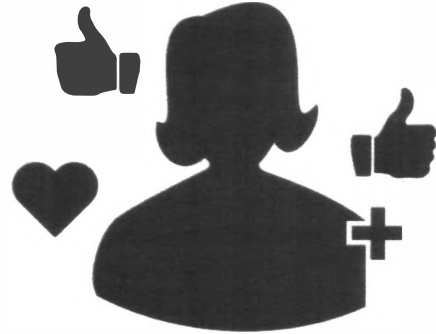
Trong trường hợp Duyên, cô gặp vấn đề với giấc ngủ trong giai đoạn hưng cảm nhưng cô luôn cảm thấy tràn đầy năng lượng. Một số người *giảm nhu cầu ngủ* hoặc không ngủ một chút nào (nghĩa là không thể ngủ hoặc chỉ ngủ có 2 tiếng đồng hồ và cảm thấy đủ năng lượng) và họ *cũng trở nên năng động hơn bình thường*, cũng như mức độ hoạt động của họ tăng lên.

TRIỆU CHỨNG HÀNH VI

Trong giai đoạn hưng cảm, một người có thể *nói chuyện rất nhanh hay cảm thấy bị áp lực cần phải nói*. Cô ấy cũng có thể *tham gia quá nhiều vào các hoạt động dẫn đến hậu quả tai hại*. Như trong trường hợp Duyên, cô đã quan hệ tình dục thiếu thận trọng với người lạ, hoặc đăng ký theo học một cái gì đó mà cô không đủ khả năng chi trả. Các ví dụ khác của việc này là đầu tư bất cẩn trong kinh doanh và mua sắm không kiểm soát (Oltmanns & Emery, 2014).

Một người trong giai đoạn hưng cảm nặng cũng có thể có các triệu chứng loạn thần như ảo giác hay ảo tưởng, và những triệu chứng này đi kèm để phản ứng lại với tâm

trạng cực đoan của người đó. Ví dụ, trong giai đoạn hưng cảm, người có các triệu chứng loạn thần sẽ nghĩ rằng họ nổi tiếng, có một sức mạnh đặc biệt hoặc đến từ một vũ trụ khác. Ngược lại, trong giai đoạn trầm cảm, người ấy sẽ tin rằng họ là người vô gia cư hoặc không có một đồng xu nào (NIMH, Bipolar Disorder, 2016).



Sự rối loạn này phải cản trở đáng kể đến chức năng hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp và không do bất kỳ tác động sinh lý hoặc tình trạng y học nào khác (APA, 2013).

Một người trải qua ít nhất một giai đoạn hưng cảm kéo dài ít nhất một tuần, hoặc các triệu chứng hưng cảm rất nghiêm trọng mà họ cần được phải nhập viện và điều trị ngay lập tức thì sẽ được chẩn đoán là rối loạn lưỡng cực loại I. Thông thường, những giai đoạn trầm cảm có thể xảy ra sau đó và kéo dài khoảng hai tuần (NIMH, Bipolar Disorder, 2016).

Những người bị rối loạn lưỡng cực loại II sẽ không trải qua một giai đoạn hưng cảm nghiêm trọng như trong rối loạn lưỡng cực loại I. Thay vào đó, họ trải qua một giai đoạn hưng cảm nhẹ và một giai đoạn trầm cảm. Các tiêu chí để chẩn đoán giai đoạn hưng cảm nhẹ cũng giống như những tiêu chí được dùng cho các giai đoạn hưng cảm. Tuy nhiên, độ dài và mức độ nghiêm trọng của giai đoạn hưng cảm

nhẹ ít hơn so với giai đoạn hưng cảm. Các triệu chứng chỉ cần xuất hiện trong bốn ngày thay vì một tuần. Sự nhiễu loạn không nên làm suy giảm chức năng hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp, tuy nhiên, sự thay đổi tâm trạng trong một giai đoạn hưng cảm nhẹ phải được bạn bè, đồng nghiệp hay các thành viên trong gia đình để ý hoặc quan sát thấy (Oltmanns & Emery, 2014).

Một loại rối loạn lưỡng cực khác là cyclothymia, mãn tính nhưng ít nghiêm trọng hơn (Oltmanns & Emery, 2014). Một người được chẩn đoán mắc loại này sẽ trải qua nhiều giai đoạn của các triệu chứng hưng phấn nhẹ và rối loạn trầm cảm trong thời gian hai năm. Tuy nhiên, các triệu chứng không đáp ứng các yêu cầu của giai đoạn hưng cảm (NIMH, Bipolar Disorder, 2016) và phải không có bằng chứng của các giai đoạn trầm cảm chính và giai đoạn hưng cảm trong quãng thời gian này (Oltmanns & Emery, 2014).

Rối loạn lưỡng cực có thể dễ dàng bị chẩn đoán sai thành rối loạn trầm cảm chủ yếu hoặc tâm thần phân liệt và điều này có thể dẫn đến những kết quả tiêu cực như sự chậm trễ trong việc được điều trị một cách hiệu quả. Thuốc chống trầm cảm, được sử dụng để điều trị rối loạn trầm cảm chủ yếu, được chỉ ra là không hiệu quả bằng thuốc cân bằng cảm xúc. Những người bị chẩn đoán rối loạn lưỡng cực sai có tỷ lệ nhập viện và cố gắng tự tử cao hơn so với những người được chẩn đoán chính xác (Sajatovic, 2005).

NGUYÊN NHÂN

YẾU TỐ XÃ HỘI

Một số chuyên gia đã tìm thấy sự gia tăng của các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống xảy ra nhiều tuần trước khi rối loạn lưỡng cực khởi phát. Những sự kiện căng

thẳng này có xu hướng tích cực, trái ngược với các sự kiện dẫn đến trầm cảm. Một số bệnh nhân đã báo cáo rằng họ trải qua sự gia tăng những triệu chứng hưng cảm sau khi họ đạt được mục tiêu quan trọng đối với sự nghiệp của mình như được đề bạt lên vị trí quan trọng hay bắt đầu một mối quan hệ mới (Oltmanns & Emery, 2014). Các sự kiện cuộc sống tiêu cực có liên quan đến quá trình xảy ra của các triệu chứng trầm cảm (Miklowitz & Johnson, 2009).

Sự hạn chế trong hỗ trợ xã hội và gia đình có thể dẫn đến rối loạn lưỡng cực tái phát nhanh hơn. Bệnh nhân sống chung với các thành viên trong gia đình hay chỉ trích và thù nghịch cao (được đo bằng cảm xúc được bày tỏ - EE (expressed emotion) có tỷ lệ tái phát cao hơn so với những người khác (Oltmanns & Emery, 2014). Bệnh nhân sống với thành viên gia đình có EE cao có tỷ lệ mắc bệnh trong tương lai cao hơn 8 lần so với những người khác. Nói cách khác, sự hỗ trợ từ gia đình và bạn bè có thể dẫn đến một sự cải thiện tích cực đối với bệnh nhân bị rối loạn lưỡng cực (Alloy, Abramson, Urosevic, và al, 2005).

YẾU TỐ SINH HỌC

Chuyên gia tin rằng rối loạn lưỡng cực là một loại rối loạn não bộ một phần vì vấn đề với các mạch não cụ thể và sự mất cân bằng của chất dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân lưỡng cực (NIMH, Bipolar Disorder, 2016). Mức độ dopamine cao có thể liên quan tới các triệu chứng loạn thần, những suy nghĩ và hành vi vô lý (WebMD, Bipolar Disorder Health Center, 2014). Hoạt động quá mức của hệ thống dopamine đã được chứng minh đóng vai trò trung tâm trong việc phát triển rối loạn lưỡng cực (Salvadore, Quiroz, Machado-Vieira, & al, 2010). Ngoài ra, khiếm khuyết trong GABA, một loại chất dẫn truyền thần kinh, có thể đóng vai trò

trong sự xuất hiện của rối loạn lưỡng cực (Benes & Berretta, 2001).



Rối loạn lưỡng cực có xu hướng di truyền trong gia đình. Trong các nghiên cứu về sinh đôi cùng trứng, nếu một người trong cặp sinh đôi có rối loạn lưỡng cực, cơ hội của người còn lại có chứng rối loạn tương tự có thể lên đến 70%. Điều này có nghĩa rằng di truyền có vai trò quan trọng trong sự hình thành rối loạn lưỡng cực (WebMD, Bipolar Disorder Health Center, 2014).

Hệ thống hạch hạnh nhân - vùng dưới đồi có trách nhiệm trong việc điều tiết giao tiếp trong tình cảm và xã hội (Oltmanns & Emery, 2014). Một nghiên cứu hình ảnh MRI rối loạn lưỡng cực đã chỉ ra những điểm bất thường trong não của người bệnh so với não của những đối tượng khỏe mạnh tham gia thí nghiệm cho thấy hạch hạnh nhân và có thể cả đồi thị của người bệnh có kích cỡ lớn hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự liên quan đáng kể nào của những điểm bất thường này với các phép đo lâm sàng hoặc nếu nó có vai trò quan trọng đối với sự phát triển của rối loạn lưỡng cực hay không (Strakowski, DelBello, Sax, & al, 1999). Một nghiên cứu gần đây hơn đã cho thấy rằng mức độ lưu lượng máu ở phần còn lại và chuyển hóa glucose cao ở hạch hạnh nhân xuất hiện ở những bệnh nhân hưng cảm. Điều trị hiệu quả cho thấy quá trình chuyển hóa glucose ở hạch

hạnh nhân của bệnh nhân trở lại bình thường (Oltmanns & Emery, 2014).

YẾU TỐ TÂM LÝ

Thuyết vệ hưng cho rằng các suy nghĩ vĩ cuồng là kết quả của những sự kiện được xem như một mối nguy hại đến lòng tự tôn mong manh. Những suy nghĩ này hoạt động để ngăn ngừa nhận thức trầm uất nằm sâu bên trong thâm nhập nhận thức tỉnh táo. Do đó, trạng thái hưng cảm không phải là một đối cực của trạng thái trầm cảm mà gần tương tự như nhau trong mối tương quan về rối loạn chức năng nhận thức. Trầm cảm xảy ra khi người ta không thể xử lý những căng thẳng và mối đe dọa đến lòng tự tôn và sự tuyệt vọng xảy ra sau đó kèm với một cơ chế bảo vệ nhận thức. Ngược lại, hưng cảm là kết quả của sự nỗ lực cùng cực cuối cùng để giành lại quyền kiểm soát khi lòng tự tôn bị đe dọa (Alloy, Abramson, Urosevic, & al, 2005).

CAN THIỆP VÀ ĐIỀU TRỊ

THUỐC

Thuốc cân bằng cảm xúc, giúp giảm thiểu sự thay đổi tâm trạng, thường được kê toa cho người được chẩn đoán mắc chứng rối loạn lưỡng cực và nó có thể làm giảm cả hai giai đoạn hưng và trầm cảm. Thuốc cân bằng cảm xúc lâu đời nhất là lithium (lithium carbonate). Lithium tương tác với chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, noradrenaline, glutamate và GABA, giúp cân bằng tính khí. Tuy nhiên, liều lithium quá cao có thể dẫn đến những tác dụng phụ nghiêm trọng, chẳng hạn như nôn mửa, yếu cơ, mờ mắt, hoặc ù tai (Arana & Rosenbaum, 2000). Vì vậy, bệnh nhân phải thường xuyên kiểm tra nồng độ lithium có trong máu của họ để đảm bảo họ được dùng liều lượng thích hợp.

Thật không may, nhiều bệnh nhân lưỡng cực không phản ứng với lithium. Hầu hết các bệnh nhân không phản ứng có các triệu chứng hỗn hợp của hưng cảm và trầm cảm hoặc lạm dụng chất cồn. Một hạn chế của việc sử dụng lithium trong điều trị rối loạn lưỡng cực nữa là những tác dụng phụ của nó, bao gồm buồn nôn, các vấn đề về trí nhớ và suy giảm phối hợp. Nhiều bệnh nhân bỏ thuốc hoặc thất bại trong việc uống thuốc thường xuyên do các tác dụng phụ này (Oltmanns & Emery, 2014).

Thuốc chống co giật được kê cho bệnh nhân lưỡng cực nào không phản ứng với lithium. Phổ biến nhất là carbamazepine (Tegretol) và axit valporic (Depakene). Cả hai đều có hiệu quả chống lại hưng cảm cấp và giảm tần số cũng như sự nghiêm trọng của mức độ tái phát (Oltmanns & Emery, 2014). Axit Valporic là dòng điều trị thuốc hàng đầu cho hỗn hợp hưng cảm. Tuy nhiên, chúng cũng có thể có tác dụng phụ gây hại bao gồm buồn nôn, nôn mửa và tiêu chảy cần được theo dõi cẩn thận (Leo & Narendran, 1999).

Như đã đề cập ở trên, thuốc chống trầm cảm không phải là phương pháp hiệu quả trong việc điều trị rối loạn lưỡng cực. Tuy nhiên, đôi khi nó có thể được sử dụng cùng với những thuốc cân bằng cảm xúc. Các bác sĩ lâm sàng phải cẩn thận khi sử dụng thuốc chống trầm cảm vì nó có thể gây ra sự chuyển đổi từ trầm cảm thành hưng phấn ở mức nhẹ hoặc giai đoạn hưng cảm. Khi sử dụng riêng biệt, thuốc chống trầm cảm có thể gây ra những ý nghĩ tự tử (NIMH, Mental Health Medications, 2016).

CBT

CBT nhắm vào những lối suy nghĩ và hành vi có thể dẫn đến sự tái phát. Ví dụ, CBT thường tập trung vào việc giúp đỡ bệnh nhân lưỡng cực theo lịch thuốc của mình,

nhận ra các dấu hiệu đầu tiên của giai đoạn khí sắc để tìm kiếm sự giúp đỡ thích hợp, và điều chỉnh giấc ngủ (thiếu ngủ có thể dẫn đến sự khởi đầu giai đoạn khí sắc).



TRỊ LIỆU ĐIỀU HÒA NHỊP ĐỘ TRONG CÁC MỐI QUAN HỆ LIÊN CÁ NHÂN VÀ XÃ HỘI (IRSPT)

IRSPT tập trung vào việc xác định và giảm thiểu những nguồn căng thẳng từ xã hội, chẳng hạn như các cuộc xung đột trong những mối quan hệ hoặc hiệu suất làm việc giảm do ảnh hưởng của những giai đoạn khí sắc gây ra. Hình thức điều trị này cũng nhấn mạnh sự điều độ trong cuộc sống hàng ngày, một điều đặc biệt quan trọng đối với bệnh nhân lưỡng cực; bằng cách lập lịch những sự kiện trong ngày để giúp bệnh nhân đi ngủ và ăn ở cùng một thời điểm mỗi ngày (Frank, Mallinger, Thase, Weaver, & Kupfer, 1990).

BỎ ĐIỀU TRỊ

Nhiều người bị rối loạn lưỡng cực gặp khó khăn trong việc tuân thủ những chế độ dùng thuốc do tâm trạng thay đổi thường xuyên của họ. Một số người ngưng dùng chất cân bằng cảm xúc bởi vì ngay cả khi họ đã ổn định tâm trạng của mình, những người này nhớ sự phấn khích và tinh thần lên cao đi kèm với những giai đoạn hưng cảm và sợ sự nhầm lẫn của cảm xúc trong khi dùng thuốc (Arana & Rosenbaum, 2000). Tuy nhiên, bỏ điều trị không theo lời khuyên có thể dẫn đến

những đợt tái phát và thậm chí còn làm các triệu chứng tệ đi. Những bệnh nhân ngừng thuốc và trị liệu báo cáo những trải nghiệm về các giai đoạn khí sắc xuất hiện với tần suất cao hơn và bị suy giảm các chức năng bình thường. Do đó, nếu một người được chẩn đoán bị rối loạn lưỡng cực không thích sự giảm xuống của cảm xúc đi kèm với thuốc cân bằng tâm trạng,

thay vì quyết định khi nào ngừng điều trị một cách cá nhân, tốt nhất là nên tham khảo ý kiến bác sĩ tâm thần của họ để bắt đầu thực hiện những kỳ nghỉ thuốc (những quãng thời gian quy định khi nào họ không phải uống thuốc) hoặc để giữ liều lượng thuốc ở một mức độ mà không san bằng tâm trạng của họ hoàn toàn.

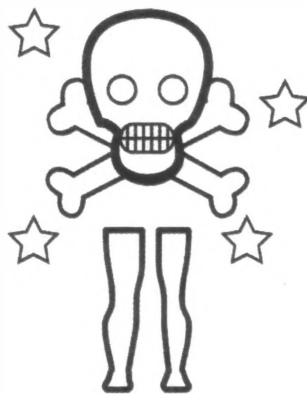
TỰ SÁT

Tổ chức WHO báo cáo có 800.000 người chết do tự tử mỗi năm, chiếm 1,4% các ca tử vong trên toàn thế giới, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thứ 15 trong năm 2012. Nó là nguyên nhân tử vong thứ hai thường gặp nhất ở phụ nữ dưới 45 tuổi và nguyên nhân tử vong thứ tư ở đàn ông dưới 45 tuổi (WHO). Trên thế giới, tự tử có khả năng xảy ra nhiều ở người già (65 tuổi trở lên), nhưng nó ngày càng có ảnh hưởng đến những người trẻ tuổi. Phụ nữ có nhiều khả năng tự tử, nhưng nam giới có tỷ lệ tử vong cao gấp bốn lần so với nữ giới từ những lần cố gắng tự tử (CDC, 2011).

NHỮNG NGỘ NHẬN VỀ TỰ TỬ

Anh ấy nói về tự tử nhưng sẽ không thực sự làm điều đó. Hầu như mọi người đều đưa ra một vài gợi ý trước khi họ thực hiện hoặc cố tự sát. Đừng bỏ qua những manh mối này hoặc xem thường nó. Những tuyên bố như “Không ai sẽ nhớ đến tôi khi tôi ra đi” hoặc “Tôi không còn muốn sống nữa” có thể chỉ ra cảm giác muốn tự tử mặc cho những lời này được nói với giọng bình thường hay đùa giỡn như thế nào.

Anh ấy chắc phải điên rồi khi cố tự giết bản thân mình. Một số người chọn tự sát để thoát khỏi nỗi đau tâm lý cùng cực không còn có thể chịu nổi. Họ không có bị điên hay tâm thần.



Anh ấy muốn tự giết bản thân mình, không gì có thể ngăn anh ta được. Mỗi người đều có những cảm giác mâu thuẫn về cái chết, ngay cả những người bị rối loạn trầm cảm ở mức nghiêm trọng nhất. Cho đến phút cuối cùng của họ, họ vẫn còn do dự giữa việc sống hoặc chết. Người muốn tự tử không hề muốn chết, nhưng họ muốn nỗi đau về tâm lý này chấm dứt. Dù cho sự bức đồng thôi thúc tự sát áp đảo như thế nào, nó không kéo dài mãi mãi được.

Anh ấy muốn tự vẫn, anh ấy không cần sự giúp đỡ. Hầu hết mọi người trước khi

tự sát đã tìm kiếm một số dạng phương pháp điều trị. Họ cần được hỗ trợ về cảm xúc và sự thấu hiểu.

Tại sao bạn nói về tự sát? Bạn đang cung cấp cho anh ấy ý tưởng để kết thúc cuộc sống của mình đó. Bằng cách nói về tự vẫn, bạn không gợi ý cho một người tự tử ý kết thúc cuộc sống của anh ấy. Ngược lại, thấu hiểu và nói chuyện cởi mở về tự sát mà không phán xét có thể là bước điều trị đầu tiên để giúp đỡ một người tự tử.

Ý TƯỞNG TỰ TỬ

Suy nghĩ về cái chết hoặc tự tử được gọi là ý tưởng tự tử (Rihmer, 2007). Sự tồn tại riêng biệt của ý tưởng tự tử không nhất thiết phải là dấu hiệu của một dạng rối loạn tâm lý hoặc nguy cơ tự sát. Trong thực tế, 10-18% dân số ở tại một thời điểm đã từng có ý tưởng tự sát (M.M, Bland, và al, 1999). Tuy nhiên, có kế hoạch tự tử cụ thể hiếm hơn và có thể có sự nguy hiểm khác nhau phụ thuộc vào phương án tự tử. Ví dụ, bắn hoặc nhảy từ nơi có độ cao gây tử vong cao hơn so với việc dùng thuốc. Packman, Marlitt, and al, 2004 đã liệt kê một số dấu hiệu cảnh báo và đề xuất ý định tự tử:

- Cho đi những tài sản
- Nói cái chết hoặc tự sát
- Nói lời tạm biệt với gia đình và bạn bè
- Đe dọa tự tử
- Tập luyện một kế hoạch tự tử

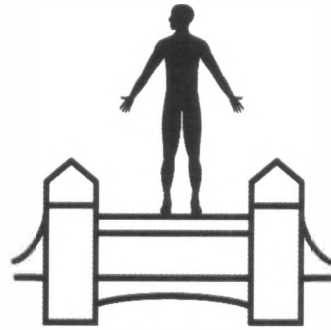
CÁC YẾU TỐ RỦI RO

Những người mắc rối loạn tâm lý dễ bị tổn thương và tự tử hơn, đặc biệt là rối loạn trầm cảm, rối loạn nhân cách, rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt, và những rối loạn liên quan tới chất. Tiền sử gia đình có hành vi tự tử, kém ứng phó, suy nghĩ méo mó, bốc đồng, chịu căng thẳng kém, bị xâm hại khi còn nhỏ, và những yếu tố gây ra căng thẳng nghiêm trọng

trong cuộc sống (như các mối quan hệ gây hại, mất đi một mối quan hệ quan trọng, định kiến và phân biệt đối xử, thất nghiệp kinh niên, tấn công về mặt thể xác hoặc tình dục, bị chẩn đoán mắc phải một căn bệnh nghiêm trọng, căng thẳng văn hóa) là những yếu tố nguy cơ góp phần tự tử.

PHÒNG NGỪA

CAN THIỆP KHỦNG HOẢNG



Can thiệp khủng hoảng nhằm vào những người muốn tự sát và tìm cách giảm thiểu rủi ro trước mắt cũng như đảm bảo người đó được an toàn. Để làm điều này, điều quan trọng là:

- Không để mặc người đó một mình
- Nhận sự trợ giúp khẩn cấp từ các chuyên gia
- Chắc chắn rằng các phương tiện có khả năng dùng cho việc tự tử sẽ không được dễ dàng tiếp cận

PHÒNG CHỐNG DÀI HẠN

Phòng chống dài hạn cố để làm giảm các yếu tố nguy cơ trong cuộc sống của mọi người, với hy vọng rằng điều này sẽ làm giảm tỷ lệ tự tử. Nó cũng bao gồm việc nâng cao nhận thức về tự tử, giảm kỳ thị xung quanh vấn đề này, tạo điều kiện cho các cuộc trò chuyện giữa gia đình và bạn bè, và thúc đẩy điều trị sớm cho người cảm thấy muốn tự tử.

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Đỗ Khả Tú | Bạch Nguyễn Mai Phương | Lê Huỳnh Bo Minh

Biên dịch: Vy Lê | Hoàng Thu Trang | Nguyễn Trà My | Bạch Nguyễn Mai Phương

CHƯƠNG 3

RỐI LOẠN LO ÂU

Hầu hết mỗi người trong chúng ta đều đã trải qua cảm giác lo lắng và sợ hãi, thực ra thì điều ấy khá là bình thường đối với mọi sinh vật có cảm xúc ở trên Trái đất này. Chính nhờ những điều đó, tổ tiên của chúng ta mới có thể sống sót được qua những điều kiện khắc nghiệt và những tình huống nguy hiểm trong quá khứ, chẳng hạn như gặp phải những loài côn trùng chứa chất độc hoặc đối mặt với những loài thú dữ nguy hiểm mà không có vũ khí. Trải qua hàng triệu năm tiến hoá, loại phản xạ ấy đã được in sâu vào trong bộ gen của chúng ta, kể cả ở thế giới hiện đại ngày nay, chúng ta vẫn lưu giữ những cảm giác rất bản năng ấy. Không có chúng, có lẽ loài người đã tuyệt chủng từ lâu rồi.

Sự lo âu và sợ hãi thực ra có thể có ích đối với chúng ta, và không phải lúc nào nó cũng tệ như ta nghĩ. Sự lo âu không chỉ là cảm giác khó chịu và mơ hồ sợ sệt về những vấn đề mà sẽ có khả năng xảy ra trong tương lai (Bạn có thể cảm thấy lo sợ về bài thuyết trình ngày mai, hoặc là về đám cưới diễn ra trong tuần sau), và điều này thường liên quan đến các cơn lo âu vừa phải. Trong khi đó, sự sợ hãi là một phản ứng về mặt cảm xúc đối với sự nguy hiểm xảy ra ngay lập tức, và thường dẫn đến những cơn lo âu nặng hơn (Khi bạn đang lái xe, đột nhiên có người xuất hiện trước bạn và bạn phải nhấn phanh xe; hoặc là khi bạn phải chạm trán một người lạ có biểu hiện nguy hiểm vào ban đêm). Sự sợ hãi có thể dẫn đến phản ứng chống trả, bỏ chạy hoặc đông cứng. Trong thực tế, sự sợ hãi có thể cứu sống bạn. Theo như Yerkes & Dodson (1908), mức độ lo lắng vừa phải đã được chứng minh rằng chúng cải thiện hiệu suất của các nhiệm vụ trong điều kiện thí nghiệm. Tuy nhiên cái gì quá nhiều hay quá ít cũng đều không tốt. Sự lo âu là một ví dụ điển hình của đường cong chữ U trong năng suất làm việc – việc thiếu hụt sự lo âu sẽ gây ra vấn đề, một chút (hoặc vừa đủ) lo âu là đủ để thích nghi, nhưng quá nhiều lo lắng thì lại là bất lợi (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012).

Dù sao thì, chứng rối loạn lo âu có thể bao gồm sự lo lắng thái quá và các triệu chứng khác (về cả tinh thần lẫn thể chất) mà đều gây cảm giác khó chịu. Nó thường sản sinh ra các phản ứng cảm xúc mãnh liệt hơn, và có thể xảy ra trong một khoảng thời gian dài hơn so với lo lắng thông thường. Hầu hết thời gian, những người mắc chứng rối loạn lo âu thậm chí còn không biết tại sao mình lại có những cảm giác lo âu ấy. Sự lo lắng trong họ thường khó có thể “tống khứ” hơn những người bình thường khác.

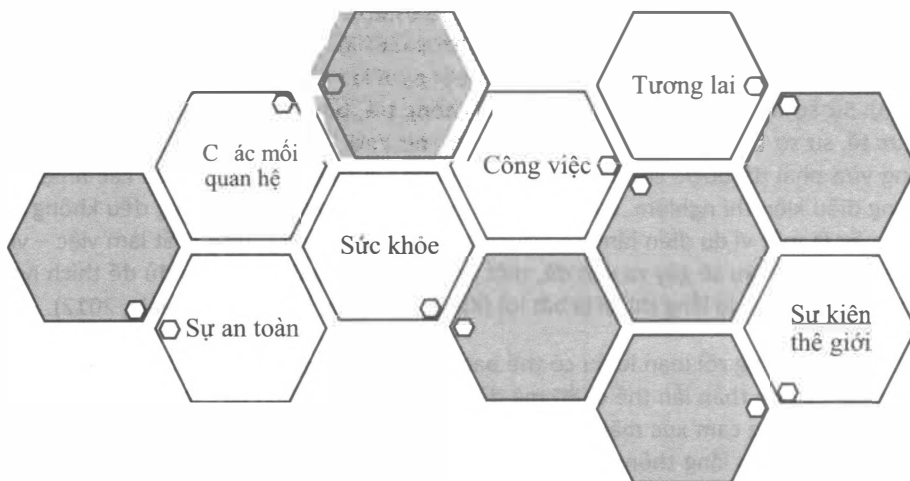
Gánh nặng của chứng bệnh tâm lý này cũng làm hao mòn cuộc sống của chúng ta. Một vài người không thể đi ra khỏi nhà bởi vì sự lo âu và hoảng loạn, một vài người khác lại có những suy nghĩ ám ảnh về những điều sẽ xảy đến với họ trong tương lai. Rất nhiều người mắc chứng rối loạn lo âu buộc phải nghỉ việc hoặc nghỉ học bởi vì mức độ nghiêm trọng của căn bệnh này. Hàng ngày, họ không đủ khả năng để tận hưởng cuộc sống của họ một cách trọn vẹn nhất.

Ở chương này, chúng ta sẽ đi sâu hơn để có một bức tranh tổng thể và những khái niệm thực tế về rối loạn lo âu thông qua sự khám phá về các chứng rối loạn lo âu chính như được liệt kê trong DSM-V: Rối loạn lo âu toàn thể, rối loạn hoảng sợ và bệnh sợ xã hội.

RỐI LOẠN LO ÂU TOÀN THỂ

Đặc tính cốt lõi của rối loạn lo âu toàn thể (GAD) là sự lo lắng mãn tính. Những người mắc GAD thường xuyên lo lắng về cả những điều nhỏ nhặt nhất. Khái niệm lo lắng hướng tới những nhận thức có khuynh hướng để ý quá nhiều vào một vấn đề nào đó và khó có thể gạt mối lo sang một bên (Mennin, Heimberg, & Turk, 2005). Theo như NIMH (Viện nghiên cứu của Mỹ về sức khỏe tâm thần, 2014), GAD ảnh hưởng đến 6.8 triệu người lớn, hoặc 3.1% dân số Mỹ. Khả năng phụ nữ dễ bị ảnh hưởng bởi căn bệnh này gấp đôi so với nam giới. Ở Việt Nam vẫn chưa có bất kì một số liệu thống kê chính thức nào về số lượng người mắc chứng GAD. Sự khác biệt chủ yếu giữa lo lắng bình thường và GAD là thời gian và cường độ kéo dài, cũng như sự suy giảm về chất lượng cuộc sống.

Qua nhiều năm, những nhà nghiên cứu và chúng ta thường hay lo lắng về nó, ví dụ trị liệu đã phát hiện những vấn đề mà như (Kannis-Dymland & Carter, 2015):



TRIỆU CHỨNG VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Theo như DSM-V, những tiêu chuẩn chẩn đoán và triệu chứng được miêu tả như sau:

- Lo lắng thái quá và lo âu (sự mong đợi có tính lo sợ), xảy ra trong một thời gian ít nhất 6 tháng, về một số các sự

kiện và hoạt động (ví dụ như công việc, hoặc sức khỏe và các vấn đề về tài chính).

- Người đó cảm thấy khó khăn trong việc điều khiển sự lo âu của chính mình.
- Sự lo âu và lo lắng có liên quan đến ít nhất ba trong những điều sau đây:
 - Cảm giác bồn chồn, khó chịu, hoặc cảm thấy quá lo lắng.

- Dễ mệt mỏi.
 - Cảm thấy khó khăn khi tập trung hoặc tâm trí luôn trống rỗng.
 - Cáu gắt.
 - Căng cơ.
 - Rối loạn giấc ngủ (khó ngủ hoặc khó để ngủ ngon, không ngủ được, hoặc ngủ không thoải mái)
- Sự lo âu và lo lắng có liên quan tới những tình huống bị tránh né rõ rệt – nơi mà những hệ quả tiêu cực có thể xảy ra; những thời điểm và nỗ lực chuẩn bị cho các tình huống mà có thể gây ra kết quả xấu, sự trì hoãn thái quá, cảm giác khó khăn khi ra quyết định vì lo lắng, hoặc thường xuyên tìm đến sự trấn an vì lo âu.



TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

My là một nữ sinh cấp 3 ở một trường chuyên trong thành phố Hà Nội. Không giống như bạn bè của em, My có vẻ như không thoải mái trong hầu hết mọi thời điểm. Trước khi đi học, em thường mất từ 30 đến 45 phút chỉ để chọn quần áo vì em lo lắng về việc mình sẽ trông như thế nào trước mặt các bạn cùng lớp. Trong thời gian đi học, các cơ của em cứ căng cứng lên. Em luôn luôn bị lấn chiếm bởi những suy nghĩ về bài thi tốt nghiệp sẽ diễn ra trong 2 đến 3 tháng sau; hoặc lo lắng về việc giáo viên dạy Toán không thích em. Vào buổi tối, em không thể đi ngủ một cách dễ dàng. Em lên giường từ sớm nhưng chỉ có thể ngủ sau khi trằn trọc từ 1 đến 2 tiếng. Thành thạo trong các tiết học, em thường giật mình khi các thầy cô giáo gọi những bạn mà có tên giống em. Điều này đã xảy ra được một năm trong năm cuối của em ở trường cấp 3.

Trong trường hợp này, bệnh nhân luôn lo lắng về việc em sẽ trông như thế nào trước mặt bạn bè mình một cách thái quá và ám ảnh. My thường xuyên suy nghĩ về những điều nhỏ nhặt nhất, và điều này dẫn đến sự mất ngủ vào ban đêm (khi mà em bị ngập trong suy nghĩ của chính mình và không thể gạt nó ra được). Phản ứng của cơ thể cũng bao gồm cả việc các cơ căng cứng, và thường xuyên giật mình – điều mà rất phổ biến đối với bệnh nhân của chứng GAD.

PHẢN ỨNG CỦA CƠ THỂ

- Nhịp tim đập nhanh.
- Căng cơ ngực, thở gấp.
- Căng cơ.
- Cảm thấy buồn nôn và chóng mặt.
- Cảm thấy bồn chồn, lo lắng.
- Chảy mồ hôi, cảm thấy nóng.

PHẢN ỨNG CẢM XÚC/ HÀNH VI

- Nghĩ quá nhiều hoặc phân tích quá nhiều.
- Luôn cố gắng làm mọi việc thật hoàn hảo để chắc chắn rằng không có bất kì một lỗi sai nào trong công việc.
- Tránh những tình huống hoặc những địa điểm mà có thể khơi gợi lại những cảm xúc lo âu (tránh nói chuyện với mọi người vì sợ rằng mình sẽ nói điều gì đó không hợp lí hoặc xấu hổ).
- Không thích hoặc cảm thấy không thoải mái với những điều không chắc chắn (những điều mà không có kế hoạch cụ thể hoặc khiến họ cảm thấy họ không thể điều khiển được nó).

NGUYÊN NHÂN

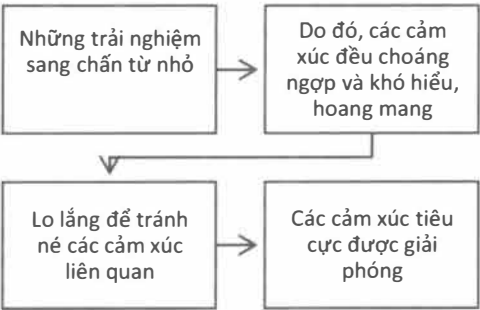
Có rất nhiều yếu tố và nguyên nhân liên quan tới sự ảnh hưởng của GAD đối với một người. Một trong những nguyên nhân phổ biến nhất là sự thiếu hụt hoạt động của hệ thống GABA, một chất quan trọng đối với nhiều chứng rối loạn lo âu, và nó cũng liên quan tới GAD (Tiihonen, Kuikka, & Rasanen, 1997). Bên cạnh đó, một vài yếu tố khác về mặt nhận thức cũng được xem xét, ví dụ như sự lo lắng, tùy theo mô hình nhận thức của mỗi người.

Yếu tố tiếp theo là về thần kinh học. Về mặt tổng quát, những nghiên cứu đã chỉ ra sự tương đồng trong việc kích hoạt các hạch hạnh nhân trong phản ứng với các kích thích ở những chứng rối loạn khác có liên quan như: Rối loạn căng thẳng hậu chấn thương tâm lý (PTSD), rối loạn stress, bệnh sợ xã hội và các nỗi sợ hãi cụ thể khác. Sự kích hoạt vỏ não thùy đảo đường như cao hơn ở các chứng rối loạn lo âu (Shin & Liberzon, 2010). Hơn nữa, nhiều nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người nhận được sự chẩn đoán về chứng rối loạn lo âu, thì phần vỏ não phía trước của họ hiển thị ít hoạt động hơn (Wright, Shin, & Cannistraro, 2005). Một bằng chứng mới đây cho thấy ở những người mắc chứng rối loạn lo âu thì sự liên kết giữa hai vùng này có thể bị thiếu sót. Những khiếm khuyết trong liên kết giữa phần vỏ não phía trước và hạch hạnh nhân có thể gây ảnh hưởng lên thời lượng hiệu quả và sự biến mất của lo âu (Yehuda & LeDoux, 2007).



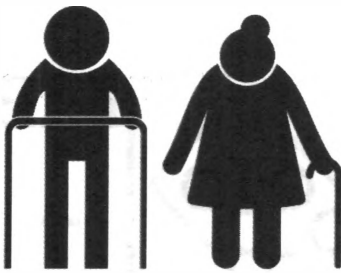
Một yếu tố khác chính là gen di truyền. “Các cá thể thừa hưởng các khuynh hướng để trở thành một người hay lo lắng, [và] có từ 30 đến 40% các đặc tính đó có liên quan đến yếu tố di truyền. “, Amy Przeworski, nhà tâm lý học, giáo sư và trợ lý giáo sư tại trường đại học Case Western Reserve ở Cleveland giải thích. Ví dụ, nếu như bố hoặc mẹ bạn mắc bất kì một loại rối loạn lo âu nào, khả năng bạn mắc phải nó sẽ cao hơn so với những người bình thường khác.

Vậy thì, những loại viễn cảnh nào sẽ gợi lên sự lo âu mà người bệnh luôn tránh né? Câu trả lời khá thi nhất đến từ những cuộc nghiên cứu chỉ ra rằng, những người mắc chứng GAD đã tường thuật lại những chấn thương trong quá khứ liên quan tới cái chết, chấn thương hoặc bệnh tật (Borkovec & Newman, 1998). Ở một cuộc nghiên cứu mà hơn 1000 người tham dự với độ tuổi từ 3 đến 32, những nhà nghiên cứu đã thu thập hàng loạt các hình thức ngược đãi từ thời thơ ấu, bao gồm sự từ chối từ phía mẹ, những hình phạt nghiêm khắc, và sự ngược đãi trẻ em. Các hình thức ngược đãi mang đến nguy cơ phát triển GAD tăng gấp bốn lần. Có thể chính sự lo lắng cũng là một cách để người bị GAD phân tâm khỏi những sang chấn trong quá khứ. (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012).



Theo DSM-V, tuổi tác cũng được coi như là một yếu tố chủ chốt: Trẻ em và thanh thiếu niên thường hay lo lắng về vấn đề

trường học và thể thao hơn, trong khi người lớn quan ngại nhiều hơn về hạnh phúc của gia đình hoặc vấn đề sức khỏe của riêng họ. Người trẻ tuổi trải qua triệu chứng nặng hơn là những người lớn tuổi. Vì thế, sự lo lắng của một cá thể còn ảnh hưởng theo các độ tuổi thích hợp. Càng mắc các triệu chứng của chứng GAD sớm hơn trong cuộc đời, thì càng nhiều hơn những chứng bệnh khác mà bệnh nhân có thể có, và họ càng trở nên suy yếu hơn. Sự xuất hiện của các bệnh lý mãn tính có thể là một vấn đề tiềm năng cho sự lo lắng thái quá ở người già. Đối với những người lớn tuổi yếu ớt, sự lo lắng về an toàn và đặc biệt là ngã có thể sẽ hạn chế các hoạt động của họ.



Cuối cùng nhưng không kém quan trọng, giới tính cũng là một tác nhân có thể quan sát được mà liên quan tới GAD. Tỷ lệ mắc các chứng rối loạn lo âu giữa nam và nữ, trong khoảng thời gian toàn bộ cuộc đời và trong 12 tháng lần lượt là 1:1.7 và 1:1.79. Nữ giới có tỷ lệ được chẩn đoán bị một trong các chứng rối loạn lo âu trong suốt cuộc đời cao hơn nam giới, ngoại trừ chứng sợ xã hội là một chứng rối loạn không có sự khác biệt về giới tính ở trong tỷ lệ người mắc (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). Hơn nữa, phụ nữ đạt điểm cao hơn trong thang điểm tính cách Five Factor Model (FFM) về sự bất ổn và sự dễ chịu (Costa, Terracciano, McCrae, & RR, 2001) bởi lối sống nghiện ngập (lối suy nghĩ liên tục về một vấn đề không có kết cục) của họ. Nhiều nhà nghiên cứu đã

xác nhận ở nữ giới, tỷ lệ của lối nghiện ngập này cao hơn, dù có những giả thuyết cho rằng đàn ông có khả năng bị mất tập trung nhiều hơn vẫn chưa được nhất trí (Strauss, Muday, McNall, & Wong, 1997). Sự nghiện ngập càng lớn, khả năng mắc bất kỳ một chứng rối loạn lo âu nào ở một người càng tăng, bởi vì có nhiều cuộc nghiên cứu đã cho thấy sự lo âu và sự nghiện ngập có tương quan với nhau, và chúng đều dẫn tới chứng trầm cảm và lo âu ở mỗi người (McLaughlin, Borkovec, & Sibrava, 2007).

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VỀ MẶT TÂM LÝ

Các kỹ thuật thư giãn có thể bao gồm việc thư giãn các nhóm cơ hoặc tạo ra các hình ảnh làm dịu đi tâm trí. Cùng với sự thực hành, thông thường nhiều bệnh nhân đã học được cách để thư giãn nhanh chóng. Nhiều cuộc nghiên cứu chỉ ra rằng điều trị bằng phương pháp thư giãn thì hiệu quả hơn so với điều trị mà không có hướng đi, hoặc không điều trị (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012). Một dạng của CBT bao gồm các chiến lược để giúp đỡ những bệnh nhân chịu được những điều không chắc chắn, bởi người mắc chứng GAD thường phiền muộn với những gì không chắc chắn hơn là những người không mắc chứng GAD (Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon, & Thibodeau, 2000), và kiểu trị liệu này đã được chứng minh là hiệu quả hơn và hữu ích hơn việc chỉ điều trị bằng phương pháp thư giãn (Dugas, Francis, & Bouchard, 2009). Liệu pháp hành vi-nhận thức có hai thành phần, bao gồm (Melinda Smith, Robert Segal, & and Jeanne Segal, 2016):

- **Liệu pháp nhận thức** sẽ khảo sát làm thế nào mà những suy nghĩ tiêu cực, hoặc nhận thức tiêu cực đóng góp vào sự lo âu.

- **Liệu pháp hành vi** sẽ khảo sát cách bạn hành động và phản ứng ở những trường hợp mà có thể khơi lại sự lo âu.

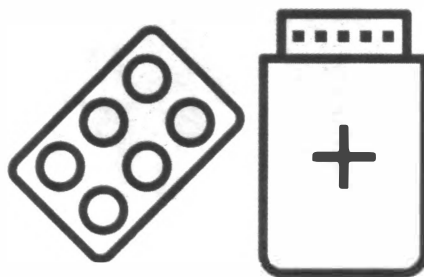
Về cơ bản, CBT là một phương pháp điều trị có hiệu quả trong trường hợp này vì nó giúp cho bệnh nhân hiểu về cách mà suy nghĩ trong họ hoạt động, điều chỉnh suy nghĩ và thay đổi những loại hành vi mà khiến các triệu chứng trở nên tệ hơn.

PHƯƠNG PHÁP DƯỢC TRỊ LIỆU (ĐIỀU TRỊ CÓ SỬ DỤNG THUỐC)

Đối với rối loạn lo âu, nhiều bằng chứng ủng hộ cho hai cách cấp thuốc mà có hiệu quả đối với việc giảm lo âu, đó là: nhóm gồm các thuốc an thần nhẹ (benzodiazepines) ví dụ như Valium và Xanax và thuốc chống trầm cảm, bao gồm nhóm chống trầm cảm 3 vòng, ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs), và một loại các chất mới được gọi là chất ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrine (Hoffman & Mathew, 2008). Tuy nhiên, chúng ta không được khuyến khích và không được phép sử dụng các loại thuốc trên mà không có đơn thuốc của bác sĩ hoặc nhà trị liệu. Nếu một bệnh nhân không tuân thủ theo đơn thuốc hoặc ngừng uống thuốc đột ngột mà không xin phép hay thông báo với bác sĩ, họ sẽ có nguy cơ phát triển các tác dụng phụ nghiêm trọng, tái phát bệnh, hoặc thậm chí là tổn thương não. Nếu như bạn có bất kì một câu hỏi hoặc mối lo ngại nào, tốt hơn hết hãy đặt một cuộc hẹn với bác sĩ hoặc chuyên gia về tâm thần học. Về lâu dài, các bác sĩ khuyến cáo không nên chỉ

sử dụng thuốc, bởi vì một vài loại có thể gây nghiện (đối với các loại thuốc an thần nhẹ). Một vài tác dụng phụ có thể đến từ SSRIs, bao gồm bồn chồn, mất ngủ, đau đầu và suy giảm chức năng tình dục (Bandelow, Zohar, & Hollander, 2012), điều mà có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bạn.

Một trong những nguyên do tại sao người được chẩn đoán mắc GAD phải sử dụng thuốc chống trầm cảm như SSRIs, SSNIs... là bởi vì các cuộc nghiên cứu mới đây đều chỉ ra rằng các phản ứng lo âu nhất định (cụ thể là phản ứng lại bằng sự nghiến ngậm và các nhận thức vô vọng) có thể tăng cao các rủi ro về triệu chứng trầm cảm, đóng góp vào bệnh kết hợp lo âu-trầm cảm (Lisa & Joanne, 2012).



KẾT HỢP TRỊ LIỆU VỀ MẶT TÂM LÝ VÀ THUỐC

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng những bệnh nhân mà tiếp nhận hình thức điều trị kết hợp tư vấn và được trị liệu đã cho thấy một kết quả khả quan hơn là chỉ điều trị theo một trong hai cách (Otto, Smits, & Reese, 2005). Thế nhưng, ngay cả những hình thức kết hợp như trên cũng cần phải được chẩn đoán và xem xét kỹ lưỡng bởi các bác sĩ về tâm thần học.

RỐI LOẠN HOẢNG SỢ

Trước khi đưa ra định nghĩa của bệnh rối loạn hoảng sợ, chúng ta cần phải hiểu một cơn hoảng loạn nghĩa là gì. Cơn hoảng loạn là một nỗi sợ hãi dữ dội bất chợt xuất hiện kèm theo ít nhất bốn triệu chứng sau (Kannis-Dymand & Carter, 2015):

Nhịp tim tăng nhanh, cảm giác tim đập mạnh | Khó thở | Cảm thấy nghẹt thở, giống như bị bóp ngạt | Đau ngực | Đổ mồ hôi và run rẩy | Buồn nôn, chóng mặt, đầu óc quay cuồng | Đau bụng | Cảm thấy nóng nực và ớn lạnh | Cảm thấy yếu đuối, không còn sức lực | Tiêu chảy | Tê hoặc ngứa ngoài da, nhất là ở ngón tay và ngón chân | Tay chân lạnh ngắt

Ngoài ra người bệnh cũng có thể mắc một số triệu chứng khác như giải/phi nhân cách hoá (cảm giác như hồn bị tách rời ra khỏi cơ thể), giải/phi thực tế hoá (cảm thấy cả thế giới hoặc mọi vật xung quanh trở nên vô thực). Người bệnh cũng hay nghĩ rằng cơn hoảng loạn là dấu hiệu của bệnh tim mạch hay suy nhược cơ thể, và từ đó hình thành nên những nỗi sợ hãi khác nhau như sợ không kiểm soát nổi bản thân, sợ rằng sẽ trở nên điên dại hoặc sợ chết (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2012). Khi bị tấn công bởi một cơn hoảng loạn, người bệnh thường hay muốn trốn chạy, không cần biết mình đang ở đâu và đang trong tình huống nào. Một cơn hoảng loạn thông thường kéo dài từ 5 đến 20 phút, rồi sau đó sẽ từ từ lắng xuống.

Bị tấn công bởi những cơn hoảng loạn là một tình trạng khá phổ biến. Đôi khi những cơn hoảng loạn đó liên quan đến một số mối đe dọa từ bên ngoài, ví dụ như khi chúng ta bị căng thẳng quá mức (như: căng thẳng thi cử, hoặc căng thẳng sợ hãi trước một sự kiện quan trọng), khi ở trong vùng nguy hiểm (khu vực sóng thần, động đất hay bão tố), hoặc thậm chí là khi chúng ta đối đầu với thú dữ như hổ, báo. Mọi tình trạng trên đều có thể dẫn đến cơn hoảng loạn. Bên cạnh đó, cơn hoảng loạn cũng có thể xuất hiện mà không vì bất kì lí do rõ ràng nào. Bạn sẽ đột nhiên "cảm thấy" hoảng loạn, sau đó tim đập mạnh, tay chân run rẩy và đổ mồ hôi. Thật ra thì việc bạn hiếm khi bị hoảng loạn là chuyện bình thường.

Nhưng bệnh rối loạn hoảng sợ là gì? Đó là khi bạn thường xuyên bị tấn công bởi những cơn hoảng loạn (đặc biệt là khi chúng đột nhiên xảy đến mà không vì nguyên nhân cụ thể nào). Để có cái nhìn toàn diện hơn về bệnh rối loạn hoảng sợ, trong mục này chúng ta sẽ cùng điếm qua một vài ví dụ thực tiễn, triệu chứng và nguyên nhân gây bệnh.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Linh (22 tuổi) là sinh viên năm cuối của trường Đại học Sài Gòn. Cô bị mắc chứng rối loạn hoảng sợ từ khi mới 10 tuổi. Linh trải qua cơn hoảng loạn đầu tiên ngay trước kì thi tốt nghiệp cấp hai. Linh không ngủ được và tim thì đập nhanh đến mức cô có thể nghe rõ mồn một tiếng đập. Sau đó Linh bắt đầu run rẩy và cảm thấy ớn lạnh khắp người. Khi đó Linh đang ở trong phòng một mình, cô cố không đánh thức bố mẹ dậy. Nhưng rồi cô chợt cảm thấy khó thở. Linh bắt đầu sợ hãi. Đó là lần đầu tiên trong đời Linh trải qua cảm giác cận kề cái chết. Cô đã nghĩ rằng mình thực sự sẽ chết ngay trong thời điểm đó. Sau đó Linh gọi bố mẹ và họ đưa cô đến bệnh viện. Bác sĩ làm mọi xét nghiệm, nhưng mọi thứ đều ổn. Linh không bị bệnh tật gì và bác sĩ cũng không tìm thấy dấu hiệu gì bất thường. Cuối cùng bác sĩ đưa Linh thuốc an thần để cô có thể ngủ được.

Khi Linh khoảng 17 tuổi và chuẩn bị thi lên Đại học, cô bắt đầu có lại những triệu chứng cũ. Khi đang cùng bạn bè đến lớp học thêm, tim cô đột nhiên đập mạnh dữ dội và cô bắt đầu đổ mồ hôi, tay chân tê cứng và lạnh buốt. Linh dựa vào tường và cố thở thật sâu vì cô cảm thấy như bị nghẹt thở. Cơn hoảng loạn biến mất sau 10 phút và Linh bắt đầu cảm thấy lo ngại về tình trạng

của mình. Linh đã luôn có suy nghĩ "Mình bị gì vậy nhỉ?", "Có phải mình bị bệnh gì đó không? Cảm thấy như đang sắp chết vậy."

Từ sau đợt đó, Linh thường xuyên kiểm tra nhịp tim để xem có gì bất thường không. Chỉ trong vòng một năm, cô đã bị tấn công bởi những cơn hoảng loạn. Vì thế Linh đã phải đến bệnh viện để khám điện tâm đồ, xét nghiệm máu, phổi và não. Nhưng rồi cũng như lần trước, mọi thứ đều ổn, cô không mắc bệnh gì cả. Linh cảm thấy bất lực dù cho kết quả học tập không có gì xấu. Nhưng rồi mọi chuyện lại đầu vào đó khi Linh 22 tuổi và đang làm luận văn tốt nghiệp. Đó là năm cuối cấp, tất cả mọi người đều phàn nàn về áp lực cũng như điểm số. Một ngày nọ, khi Linh vừa mới đi ra khỏi khuôn viên trường, cô cảm thấy chóng mặt và khó thở, tim cô lại đập nhanh. Linh bắt đầu hoảng sợ và nghĩ "Trời ạ, lại nữa. Sợ quá thôi". Cô liên tục kiểm tra nhịp tim nhưng tim không hề đập chậm lại. Lần đó Linh đã trải qua một cơn hoảng loạn cực độ, đến mức mà mọi người phải gọi xe cấp cứu. Nằm trong bệnh viện, Linh nói với bạn bè của mình "Tớ cứ tưởng mình bị đau tim thật rồi cơ". Những chuyện thế này đã gây nhiều tác động xấu đến Linh. Cô thường xuyên bị tấn công bởi những cơn hoảng loạn. Cô không thể đi đâu xa mà không có người bên cạnh. "Để đề phòng trường hợp xấu xảy ra thôi" – Linh nghĩ. Linh không thể tự mình lái xe vì cô luôn bị run chân mỗi khi đi ra ngoài. Linh cũng không thể đến siêu thị một mình vì cô luôn muốn rời khỏi những nơi đông người.

TRIỆU CHỨNG VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

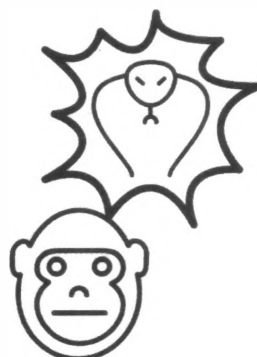
Dưới đây là những triệu chứng và tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh theo DSM-V:

- Thường xuyên bị tấn công đột ngột bởi những cơn hoảng loạn mà không vì lí do cụ thể nào.
- Trong số những cơn hoảng loạn đó, ít nhất phải có một cơn hoảng loạn kèm theo một hoặc hai triệu chứng sau (và một hoặc cả hai triệu chứng phải kéo dài trong một tháng hoặc hơn):
 - Hay lo lắng về những cơn hoảng loạn và hậu quả của chúng (ví dụ như người bệnh sợ sẽ mất kiểm soát, lên cơn đau tim hay bị điên).
 - Hành vi thường ngày thay đổi đáng kể, và sự thay đổi này thường không khả quan (ví dụ như để không bị tấn công bởi các cơn hoảng loạn, người bệnh tránh tập thể dục hoặc rời xa những địa điểm hay tình huống lạ lẫm).

NGUYÊN NHÂN

Rối loạn hoảng sợ là một dạng của rối loạn lo âu. Đối với những bệnh rối loạn lo âu

nói chung, nỗi sợ hãi có vai trò đáng kể. Với chứng rối loạn hoảng sợ nói riêng, nhân lục là một phần quan trọng của nỗi sợ hãi. Nhân lục là nguồn dẫn chính của chất dẫn truyền thần kinh norepinephrine trong não, và hầu như norepinephrine chính là thứ kích thích hệ thần kinh giao cảm (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2012). Trong một vài thí nghiệm với loài khỉ, các nhà nghiên cứu đã khiến chúng sợ hãi khi để chúng đối đầu với loài rắn. Kết quả cho thấy nhân lục trong não khỉ đã hoạt động mạnh. Đáng chú ý hơn nữa là sự thay đổi trong cơ chế hoạt động của nhân lục còn khiến khỉ có hành vi giống như là chúng đang bị tấn công bởi một cơn hoảng loạn vậy (Gold & Redmond, 1977).



Một nhân tố khác là hành vi. Theo lý thuyết thì những cơn hoảng loạn chính là phản ứng đối với những tình huống dễ tạo ra sự lo âu hoặc với những cảm giác kích thích trong cơ thể (Bouton, Mineka & Barlow, 2001). Nếu những cảm giác này tạo ra cơn hoảng loạn, gọi là (phản xạ) điều kiện hoá nội cảm thụ, tức là cơn hoảng loạn đầu tiên sẽ tạo ra sự lo âu và một vài triệu chứng thể chất. Dần dần, những triệu chứng thể chất này dẫn đến những cơn hoảng loạn.

Một yếu tố nữa dẫn đến bệnh rối loạn hoảng sợ là nhận thức. Người bệnh thường hiểu sai về sự thay đổi thể chất, và họ hay hướng nhận thức của mình đến những hiểu lầm trầm trọng đó (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996). Dựa theo mô hình sau, nếu bạn cho rằng những triệu chứng thể chất tiêu cực chính là dấu hiệu cho thấy bạn đang cận kề cái chết, thì bạn đã vô tình tạo cơ hội để những cơn hoảng loạn tiếp tục xảy ra. Ví dụ: người mắc bệnh rối loạn hoảng sợ nghĩ rằng cô ấy sắp trải qua một cơn truy tìm khi nhịp tim bắt đầu tăng nhanh. Dĩ nhiên là suy nghĩ này sẽ chỉ khiến bệnh nhân thêm lo sợ, và nỗi lo âu này sẽ càng tạo thêm nhiều triệu chứng thể chất khác (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2012). Vậy là một vòng luẩn quẩn lại bắt đầu.

Bên cạnh đó, để biết một người cảm thấy sợ hãi đến mức nào trước những triệu chứng thể chất, nhiều nhà nghiên cứu đã sử dụng một bài kiểm tra có tên là *Chỉ số nhạy cảm của nỗi lo âu* (Telch, Shermis & Lucas, 1989). Trên một mức thang gồm có những sự lựa chọn mẫu như "những triệu chứng thể chất bất thường khiến tôi cảm thấy sợ hãi" và "khi tôi cảm giác tim đập mạnh, tôi sợ mình bị đau tim". Trong một nghiên cứu, một nhóm sinh viên đại học chưa từng trải qua những cơn hoảng loạn được chia ra làm hai nhóm: một nhóm đạt điểm cao và một nhóm điểm thấp trong

bài *Chỉ số nhạy cảm của nỗi lo âu* trên (Telch & Harington, 1992). Những nhà nghiên cứu đã điều chỉnh khí CO₂ để kiểm tra xem ai sẽ hoảng loạn. Cũng như nghiên cứu của Rapee, chỉ có một nửa trong số những sinh viên là được thông báo trước rằng CO₂ sẽ dẫn đến một vài thay đổi về thể chất, nửa còn lại thì không hay biết gì. Kết quả là những cơn hoảng loạn đã dễ dàng tấn công những người cảm thấy sợ hãi về triệu chứng thể chất của họ, nhất là khi họ không hề hay biết về tác động của khí CO₂ với cơ thể con người. Điều này hoàn toàn giống với mô hình trên: khi một người không được nghe giải thích về sự thay đổi thể chất, họ sẽ cảm thấy sợ hãi và nỗi sợ hãi này dẫn đến những cơn hoảng loạn (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2012).

Cũng như GAD, di truyền là một nguyên nhân của bệnh rối loạn hoảng sợ (Torgersen, 1983). Theo như Torgersen cho biết, khả năng một cặp sinh đôi cùng trứng cùng có bệnh rối loạn hoảng sợ là 31%. Đối với sinh đôi khác trứng, phần trăm chúng bị bệnh là 0%. Hơn nữa, một nghiên cứu cho thấy khả năng rối loạn hoảng sợ có thể bị di truyền là 0.40 (Hettema & Neale, 2001a).

Cuối cùng, một trong số nguyên do quan trọng dẫn đến bệnh rối loạn hoảng sợ là môi trường. Dựa theo DSM-V, tuổi thơ bị lạm dụng tình dục và bạo hành phổ biến trong những trường hợp rối loạn hoảng sợ hơn là những dạng rối loạn lo âu khác. Hút thuốc cũng dễ dẫn đến những cơn hoảng loạn và bệnh rối loạn hoảng sợ. Hầu hết người bị mắc bệnh đều bị căng thẳng trong vài tháng trước khi bị tấn công hần bởi cơn hoảng loạn đầu tiên. Ví dụ như họ có thể gặp căng thẳng với những người xung quanh hoặc căng thẳng vì những vấn đề liên quan trực tiếp tới sức khoẻ (như trải nghiệm tiêu cực với việc sử dụng chất kích thích, thuốc thang, bệnh

tật hoặc sự ra đi của người thân trong gia đình).



ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP

Tương tự như GAD, người mắc chứng rối loạn hoảng sợ có thể chữa bệnh bằng thuốc, tâm lý trị liệu hoặc kết hợp cả hai phương pháp trên. Thuốc benzodiazepines thường có tác dụng trong việc làm giảm nhẹ hầu hết mọi triệu chứng lo âu. Nếu bạn cảm thấy lo sợ tột độ, hoặc môi trường xung quanh khiến bạn trở nên lo âu, thì bạn có thể dùng benzodiazepine loại có tác dụng ngắn. Trong trường hợp nỗi lo âu chỉ ở khoảng

nửa chừng hoặc bạn bị tấn công bởi cơn rối loạn lo âu tổng quát, thì bạn có thể dùng loại có tác dụng lâu. Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin như Sertraline hay Fluoxetine có thể dùng để chữa bệnh lâu dài bởi vì chúng rối loạn hoảng sợ thường hay đi kèm với bệnh trầm cảm, bởi vì nồng độ serotonin trong não thấp.

Đối với những biện pháp chữa trị tâm lý, phương pháp thở và CBT vẫn được biết đến như những cách chữa truyền thống của GAD và rối loạn hoảng sợ. Nghiên cứu gần đây cho biết còn có một cách khác để chữa bệnh rối loạn hoảng sợ. Đó chính là liệu pháp "tự phơi nhiễm" (Alicia, Kate, Michael & Michelle, 2012). Biện pháp này cho bệnh nhân tiếp xúc với những vật thể kích thích sự lo âu nhằm mục đích giảm thiểu phản ứng sợ hãi (Dr Johanna & Dr David, 2011).

Và cuối cùng, sự kết hợp giữa thuốc và tâm lý trị liệu cũng rất thích hợp với bệnh nhân rối loạn hoảng sợ. Bệnh cần được chẩn đoán từ bác sĩ.

CHỨNG SỢ XÃ HỘI

Chứng sợ xã hội là một trong những bệnh tâm lý phổ biến nhất. Bệnh này thường bị nhầm lẫn với tính nhút nhát và tính cách nội tâm, nhưng thực sự bệnh sợ xã hội trầm trọng hơn rất nhiều. Đặc điểm của bệnh sợ xã hội là nỗi sợ hãi phi lý nhưng dai dẳng và dữ dội về những tình huống xã hội có bao gồm việc bị người lạ soi xét hay thậm chí là bị người lạ nhìn thấy (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012). Bệnh sợ xã hội khác tính nhút nhát và nỗi lo âu khi biểu diễn trước đám đông ở chỗ bệnh sợ xã hội nặng hơn, dai dẳng hơn và dễ dẫn đến nhiều đau đớn cũng như chất lượng cuộc sống giảm sút. Người mắc bệnh này thường cố gắng tránh xa những tình huống mà họ có thể sẽ bị nhận xét, đánh giá. Ngoài ra người bệnh cũng mắc chứng lo âu và cư xử ngại ngùng. Một số nỗi sợ hãi phổ biến mà người bị bệnh sợ xã hội mắc phải đó là nỗi sợ khi phải nói trước đám đông, sợ phát biểu trong lúc họp hoặc trên lớp, sợ gặp người lạ và sợ nói chuyện với những người có quyền lực (Ruscio, et al., 2008). Người bị chứng sợ xã hội thường không đạt được nhiều kết quả tốt trong công việc và học tập như những người bình thường khác. Hơn nữa, khả năng cao là hai người cùng mắc bệnh sợ xã hội sẽ lấy nhau (Katzelnick, Kobak, & DeLeire, 2001). Hầu hết các trường hợp bị bệnh đều không được chữa trị kịp thời.

Vì căn bệnh tồi tệ này mà rất nhiều người đã chọn làm những công việc tuy không mấy thoả đáng bởi vì họ hoàn toàn có đủ khả năng để làm những việc tốt hơn thế. Song,

những việc đó lại không yêu cầu giao tiếp xã hội nhiều. Bệnh sợ xã hội thường bắt đầu ở độ tuổi thanh thiếu niên (Kessler, et al., 2005). Mặc dù bệnh phổ biến ở nữ giới hơn nam giới, song số lượng ở cả hai giới đi khám và chữa bệnh là như nhau. Những người đến khám chữa bệnh thường được chẩn đoán là họ đã mắc các triệu chứng của bệnh được 10 năm hoặc hơn, và việc người bị chứng sợ xã hội còn mắc thêm những bệnh tâm lý khác cũng khá phổ biến (Franklin R. Schneier, 2012). Trong số họ, tỉ lệ các ca bị những bệnh ám ảnh là hơn 50%; tỉ lệ các ca bị trầm cảm và lạm dụng chất kích thích là từ 15 đến 20% (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992).

TRIỆU CHỨNG VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Sau đây là tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh sợ xã hội dựa theo DSM-V:

- Những ánh nhìn soi mói từ người ngoài thường dẫn đến những nỗi sợ hãi rõ rệt có cường độ khác nhau.

- Người bệnh sợ rằng anh/ cô ấy để lộ ra triệu chứng lo âu và bị người ngoài chỉ trích vì những triệu chứng đó.
- Tình huống mang tính chất xã hội gần như lúc nào cũng dẫn đến nỗi sợ hãi hoặc lo âu. Thường thì người bệnh sẽ cố tránh né hoặc trải qua những tình huống đó với nỗi sợ sệt hoặc lo lắng tột đỉnh.
- Triệu chứng kéo dài ít nhất 6 tháng.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Minh là một chuyên gia trẻ trong lĩnh vực công nghệ thông tin. Cậu ra trường với điểm số xuất sắc và được giới thiệu bởi các nhân viên và giáo viên trong khoa. Với vẻ bề ngoài sáng lạn, lòng tốt bụng và trí thông minh, Minh được xem như một hình mẫu lí tưởng. Nhưng có một điều ở Minh mà cậu chưa hề nói với ai: Cậu rất sợ đám đông và người lạ (đôi khi cậu còn sợ người quen và bạn bè). Đã có một lần Minh được mời đến đọc một bài diễn văn trước toàn thể các sinh viên năm cuối. Cậu ấy không hề muốn từ chối thẳng thừng, vậy nên đầu tiên Minh đồng ý đi, nhưng chỉ 2 ngày trước buổi diễn thuyết, Minh nói rằng mình bị ốm và không thể đến được. Dĩ nhiên tất cả mọi người đều tin cậu và nói cậu giữ gìn sức khỏe.

Song, Minh không thể che giấu được điều đó mãi, nhất là khi cậu ấy vẫn đang hoạt động tích cực trong xã hội. Cậu đã cố từ chối đến dự hầu hết tiệc sinh nhật của bạn bè lẫn những cuộc tụ tập gia đình mà không phải chỉ có riêng bố mẹ và em trai Minh góp mặt. Cũng như bao người khác, Minh cũng từng có tình cảm với một người. Cô ấy rất năng động và được nhiều người trong trường biết đến. "Tôi không thể nói chuyện với cô ấy được. Tôi không thể. Lỡ tôi nói phải điều gì đó ngu ngốc thì sao? Nếu tôi tự làm xấu mặt mình trước mặt cô ấy thì biết phải làm thế nào? Lỡ cô ấy nghĩ tôi là kẻ quái đản và dị hợm thì sao?" ... Trong đầu Minh có hàng nghìn câu hỏi nếu như, và chỉ việc nghĩ ngợi như vậy thôi cũng đã đủ để cậu ấy cảm thấy phát bệnh: Minh bắt đầu đổ mồ hôi, tim đập mạnh và cảm thấy buồn nôn mặc dù Minh thậm chí còn chưa từng có bất kì tiếp xúc nào với cô gái kia. Những triệu chứng này giống hệt với những triệu chứng của Minh khi cậu bắt buộc phải nói trước đám đông hoặc thảo luận với bạn bè trong nhóm. Sau khi ra trường, Minh được mời đến làm cho một công ty lớn ở Singapore. Vì là một nhà nghiên cứu khoa học máy tính nên Minh luôn được giao cho việc quản lý những dự án lớn. Sếp của Minh muốn đơn cử cậu ấy làm quản lý dự án, nhưng rồi cậu ấy đã từ chối. Quản lý dự án đồng nghĩa với việc giao tiếp với tất cả mọi người trong tổ cũng như các cổ đông và thậm chí là khách hàng để đảm bảo độ chính xác trong thông tin về các điều kiện thiết yếu trong dự án. Công việc này vượt quá khả năng của Minh vì cậu ấy không thể chịu được việc phải tiếp xúc và nói chuyện với người lạ. Minh cảm thấy như bị giam lỏng trong chính suy nghĩ của mình và quyết định chữa bệnh.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Những nguyên nhân dẫn đến bệnh sợ xã hội nghiêng về mảng yếu tố tính cách, hành vi và kinh nghiệm mang tính chất xã hội hơn là yếu tố di truyền và sinh học. Dĩ nhiên, cũng như mọi chứng lo âu khác, người mắc bệnh sợ xã hội luôn tin rằng những chuyện tồi tệ dễ xảy ra hơn là chuyện tốt đẹp mang tính tích cực. Người bệnh cho rằng họ không thể kiểm soát được môi trường xung quanh mình, và nếu so sánh họ với những người bình thường khác thì người mắc bệnh sợ xã hội sẽ để ý nhiều hơn tới những thứ tiêu cực.

Những yếu tố liên quan đến hành vi có ảnh hưởng khá lớn đến quá trình hình thành chứng sợ xã hội. Theo mô hình điều kiện hoá cổ điển, khi một người trải qua những tình huống tiêu cực, anh hoặc cô ấy sẽ ngay lập tức cảm thấy sợ hãi khi đối mặt với những tình huống tương tự và vì thế cố tránh xa những tình huống như vậy. Dựa theo mô hình điều kiện hoá từ kết quả, người bệnh sẽ luôn giữ hành vi tránh xa tình huống gây sợ hãi trên bởi vì việc đó giúp giảm thiểu nỗi lo sợ. Cũng khó có thể xoá bỏ hoàn toàn nỗi sợ sệt đó vì người bệnh thường luôn cố tránh những tình huống mang tính chất xã hội. Thậm chí khi người bệnh giao tiếp với những người xung quanh, anh hoặc cô ấy có thể sẽ bộc lộ những hành vi mang tính tránh né. Những hành vi né tránh này tuy rất nhỏ nhưng lại khiến người bệnh thấy an toàn, ví dụ như tránh nhìn trực tiếp vào ánh mắt người đối diện, không tham gia vào cuộc đối thoại và đứng cách xa những người khác (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012).



Một yếu tố phổ biến khác của bệnh còn có liên quan đến nhận thức. Người mang chứng sợ xã hội sẽ có những suy nghĩ tiêu cực và phi lý về hậu quả từ những hành vi của họ. Ví dụ như người bệnh có thể nghĩ rằng điều họ nói không phù hợp với hoàn cảnh, hoặc cử chỉ, điệu bộ của họ khiến người khác cảm thấy khó chịu. Người bệnh nghĩ rằng những người xung quanh có thể sẽ cho họ ra rìa vì những điều họ đã làm sai (dù cho những điều sai trái đó chỉ đơn giản là những ánh nhìn, hay việc đỏ mặt hoặc cách ngừng nghỉ trong lúc trò chuyện). Ngoài ra, người bệnh còn chú ý đến cách họ ứng xử trong những tình huống mang tính xã hội cũng như cảm giác của riêng họ hơn những người xung quanh. Người bệnh thường nghĩ hoặc hiểu sai về cách mà người khác nhìn nhận họ ("Hắn là anh ấy nghĩ tôi thật bất lịch sự" hay "Cô ấy biết tôi là một tên ngốc!"). Người bệnh thường tự nghĩ ra những phản ứng tiêu cực mà những người xung quanh dành cho họ (Hirsch, Meynen, & Clark, 2004). Dĩ nhiên, điều kiện để có một cuộc hội thoại tốt đẹp giữa hai người đó là sự tập trung nhất định về phía người đối diện, vậy nên việc suy nghĩ quá nhiều về cảm xúc của bản thân và đánh giá nhận thức có thể sẽ tạo ra sự lúng túng, ngượng ngùng. Nỗi sợ này khiến cho việc giao tiếp trong xã hội trở nên khó khăn hơn bao giờ hết, và nó tạo ra một vòng tuần hoàn – ví dụ, người bệnh không để ý nhiều đến những người khác, và vì đó mà những người khác sẽ nghĩ rằng người

bệnh hoàn toàn không quan tâm đến họ (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012).

ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP

Đối với chứng sợ xã hội, người bệnh có thể dùng SSRIs như Paroxetine (Paxil) hoặc Setraline (Zoloft), cũng như một vài loại thuốc khác như Benzodiazepines hoặc thuốc chẹn beta. Việc sử dụng thuốc chữa bệnh phụ thuộc vào sự chỉ dẫn của các sĩ, và không phải bệnh nhân nào cũng dùng cùng loại thuốc. Tuy nhiên, cách chữa bệnh hiệu quả và lâu dài chính là những liệu pháp tâm lý có bao gồm liệu pháp "tự phơi nhiễm" và/ hoặc CBT.

Những biện pháp này thường bắt đầu với việc thực hành cùng nhà trị liệu hoặc thực hành trong nhóm trị liệu nhỏ trước khi bệnh nhân "tự phơi nhiễm" bản thân trong những tình huống mang tính xã hội công khai (Marks, 1995). Thường thì việc "tự phơi nhiễm" kéo dài sẽ xoá bỏ nỗi sợ hãi. Đối với những người không biết phải

làm gì hay nói gì trong những tình huống mang tính xã hội thì việc được nhà trị liệu rèn luyện các kĩ năng giao tiếp dựa theo một mô hình hành vi đầy đủ chi tiết sẽ giúp ích rất nhiều. Những hành vi mang tính an toàn như lẩn tránh ánh mắt của người đối diện sẽ làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị chứng sợ xã hội (Clark & Wells, 1995). Tiếp theo nữa, liệu pháp "tự phơi nhiễm" sẽ có hiệu quả hơn khi người bệnh được dạy cho cách ngừng sử dụng những hành vi mang tính an toàn (Kim, 2005). Điều đó có nghĩa là người bệnh sẽ phải tham gia những hoạt động xã hội, và khi ấy họ phải nhìn trực tiếp vào mắt người đối diện, tham gia vào những cuộc đối thoại và luôn phải góp mặt trong những buổi hoạt động trên. Khi đã hoàn thành những việc trên, người bệnh sẽ nhận ra rằng nỗi sợ hãi và lo âu của họ chỉ là những hiểu lầm. Ngoài ra, qua cách giao tiếp phù hợp và hiểu biết đúng đắn, người bệnh cũng sẽ biết rõ hơn cách mọi người xung quanh họ diễn đạt.

CÁC ÁM ẢNH SỢ CỤ THỂ

Một chứng ám ảnh sợ cụ thể là một cảm giác sợ hãi cùng cực một đối tượng hay tình huống cụ thể nào đó, ví dụ như sợ bay (hoặc sợ đi ra ngoài, sợ đám đông vùn vùn...), sợ rắn, hay những đối tượng khác. Người đó nhận ra rằng nỗi sợ này là thái quá tuy nhiên họ vẫn nỗ lực hết sức để tránh những vật thể/đối tượng hoặc tình huống đáng sợ này (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012), ngay cả khi không gặp nguy hiểm thật sự nào.

Theo như DSM-V, tiêu chuẩn chẩn đoán chứng ám ảnh sợ này bao gồm những điều sau:

- Sự sợ hãi rõ rệt và không cân xứng (nổi bật hẳn lên nếu so với những nỗi sợ khác) thường xuyên được kích hoạt bởi những đối tượng xác định hoặc các tình huống nhất định.

- Đối tượng hoặc tình huống đó bị lảng tránh hoặc nếu không thì sẽ được chịu đựng bởi nỗi sợ và lo lắng mãnh liệt.
- Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng.

Bảng dưới đây mô tả sơ qua sự phân loại và các kiểu ám ảnh sợ khác nhau phobias (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012)

Loại ám ảnh sợ	Ví dụ	Đặc tính liên quan
----------------	-------	--------------------

Động vật	Các loại rắn, côn trùng	Thường xuất hiện vào thời thơ ấu
Môi trường tự nhiên	Các cơn bão, độ cao, nước	
Máu, sự nhiễm trùng, vết thương	Máu, chấn thương, sự nhiễm trùng hoặc thủ tục y tế xâm lấn khác	Thể hiện trong gia đình (yếu tố di truyền); nhịp tim được mô tả là chậm lại và có thể ngắt khi nỗi sợ hãi bị kích thích (LeBeau, et al., 2010)
Tình huống	Phương tiện giao thông công cộng, đường hầm, thang máy, đi máy bay, lái xe, không gian hẹp/kín, hoặc ở trong đám đông	Có xu hướng xuất hiện trong thời thơ ấu hoặc vào giữa độ tuổi 20
Khác	Sợ bị ghen, sợ bị mắc một căn bệnh, âm thanh lớn, sợ những chú hề...	

Dưới đây là một vài ví dụ khác về những ám ảnh sợ được cập nhật đến thời điểm hiện tại, ví dụ như:

- Acousticophobia – Sợ tiếng ồn.
- Acrophobia – Sợ độ cao.
- Aeroacrophobia – Sợ những nơi cao và thoáng đãng.
- Agoraphobia – Sợ không gian mở hoặc ở trong đám đông, những nơi công cộng như chợ. Sợ rời khỏi nơi an toàn.
- Bacteriophobia – Sợ vi trùng.
- Bathophobia – Sợ độ sâu.
- Cainophobia hoặc Cainotophobia – Sợ sự mới mẻ, mới lạ.
- Catoptrophobia – Sợ gương.
- Decidophobia – Sợ đưa ra quyết định.
- Dementophobia – Sợ mất trí.

- Dentophobia – Sợ nha sĩ.
- Elurophobia – Sợ mèo.
- Emetophobia – Sợ nôn, ói.
- Enetophobia – Sợ đinh, ghim.
- Maieusiophobia – Sợ sinh nở.
- Pedophobia – Sợ trẻ em.
- Stenophobia – Sợ những vật hoặc những nơi hẹp.
- Suriphobia – Sợ chuột.
- Verminophobia – Sợ mầm bệnh.

Và rất nhiều chứng ám ảnh sợ khác... Các phương pháp điều trị có sẵn cho những chứng ám ảnh sợ này có thể bao gồm được trị liệu (điều trị bằng thuốc), CBT, trị liệu bằng thôi miên, hay các kỹ thuật thư giãn. Nó khác biệt với mỗi người và còn tùy thuộc vào việc bác sĩ chẩn đoán thế nào về tình trạng của từng bệnh nhân.

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Khánh Linh

Biên dịch: Phạm Nguyễn Minh Châu | Nguyễn Trà My

CHƯƠNG 4

RỐI LOẠN ÁM ẢNH CƯỜNG CHẾ

Bệnh rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) được xác định bằng những suy nghĩ và hành vi thái quá đến nỗi chúng ảnh hưởng đến cuộc sống hằng ngày của người bệnh (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012). Nó được miêu tả bằng những hành vi ngoài tầm kiểm soát, hoặc những suy nghĩ dai dẳng và ám ảnh. Ám ảnh là những ý tưởng, suy nghĩ hay hình ảnh cứ xuất hiện một cách lặp đi lặp lại, xâm nhập vào đầu óc của người bệnh, khiến họ hành động theo một cách rập khuôn và ngoài ý muốn của họ. Thường thì những ý nghĩ ấy đều rất vô lý, tục tĩu hoặc có bản chất bạo lực, còn không thì rất vô nghĩa. Mặc dù người bệnh có thể nhận biết rằng những suy nghĩ ấy là của họ, họ cảm thấy bất lực trước chúng. Tương tự, những hành động, thói quen mang tính cưỡng chế là những hành vi rập khuôn, được thực hiện lặp đi lặp lại mà không có sự hoàn thành, hay bất kì một việc có ích nào cả. Nỗi ám ảnh thường gặp nhất là nỗi sợ bị vấy bẩn bởi bụi bặm, vi khuẩn hay dầu mỡ, dẫn đến những hành vi vệ sinh cưỡng chế. Những dạng ám ảnh khác có liên quan đến sự hung hăng, tính trật tự, bệnh tật, tình dục, sự đối xứng và tôn giáo. Một số hành vi cưỡng chế bao gồm việc đếm hay kiểm tra, đa phần là theo thói quen, và lặp đi lặp lại với số lần “kỳ diệu” nào đó.

Có 4 mảng chính mà thường thì một người bị OCD có thể rơi vào:

Sự kiểm tra	Sự dơ bẩn	Sự tàng trữ	Sự nghiến ngấm/ Sự xâm nhập của ý nghĩ
-------------	-----------	-------------	--

Theo Viện Quốc gia về Sức khỏe Tâm lý, 2.2 triệu người Mỹ đã được chẩn đoán với căn bệnh OCD. Trang web Nền tảng về Ám ảnh cưỡng chế khẳng định rằng 1 trong 40 người trưởng thành và 1 trong 2000 trẻ em mắc chứng OCD, điều này có thể đồng nghĩa với việc có khoảng 5 triệu người đang sống với OCD tại Hoa Kỳ. OCD là một rối loạn rất nghiêm trọng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), OCD đã được xếp vào danh sách 10 nguyên nhân dẫn đầu dẫn đến các tình trạng khuyết tật trên thế giới.

Chương này cũng sẽ nói về Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế. Nó được xếp vào hàng ngũ những rối loạn về nhân cách – được liệt kê dưới DSM-V, nhưng chúng tôi vẫn muốn đề cập nó ở đây để độc giả có thể phân biệt giữa hai căn bệnh này.

RỐI LOẠN ÁM ẢNH CƯỜNG CHẾ

Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) được cho là một chứng rối loạn lo âu. Đặc tính của bệnh này bao gồm 2 phần chính: ám ảnh và cưỡng chế.

Đầu tiên, chúng ta nên quay lại với định nghĩa của lo lắng. **Lo lắng** bao gồm những suy nghĩ đem lại sự phiền muộn hoặc hồi hộp. Tuy nhiên, những ý nghĩ cụ thể gây ra sự

khó chịu có trong sự lo âu sẽ thay đổi từ ngày này sang ngày khác. Nếu bạn gặp sếp của bạn ở hành lang nhưng anh/ cô ấy không cười với bạn, bạn có thể sẽ lo lắng. “Có thể anh/ cô ấy đang nổi giận với mình.” Bạn thậm chí còn có thể nghiền ngẫm về nó trong vài tiếng đồng hồ trong ngày. Nhưng qua ngày hôm sau thì bạn quên mất nỗi lo này và bắt đầu một nỗi lo khác.

Ám ảnh là những suy nghĩ, hình ảnh, hay sự thúc giục lặp đi lặp lại, dai dẳng, xâm nhập, và ngoài tầm kiểm soát (người bị ám ảnh không thể nào tự khiến các ý nghĩ ấy dừng lại), và thường xuất hiện một cách rất vô lý đối với người đang chịu đựng chúng. Khi mắc bệnh OCD, những nỗi ám ảnh ấy có một sức mạnh và tần số đủ để ảnh hưởng đến cuộc sống hằng ngày. Một số ám ảnh thường gặp bao gồm sự lo sợ việc vấy bẩn, sự thúc giục trở nên hung hăng hay mang tính tình dục, những vấn đề về cơ thể, và tính đối xứng hay trật tự (Bloch, Landeros- Weisenberger, Rosario, Pittenger, & Leckman, 2008).

Cưỡng chế là những hành động hay những cử chỉ trong tâm trí mà một người cảm thấy bị thúc giục phải làm để giảm thiểu sự lo âu đến từ những ý nghĩ ám ảnh hoặc để phòng tránh những hiểm họa có thể ập đến. Samuel Johnson, một trong những cây bút nổi tiếng nhất của thế kỷ 18, được cho rằng đã phải chịu đựng nhiều sự cưỡng chế khác nhau. Một ví dụ là ông ấy cảm thấy “bị ép buộc phải chạm vào mọi cây cột trên đường hoặc phải bước chính xác vào giữa mọi viên gạch đường. Nếu ông ấy cho rằng một trong những việc làm trên chưa được chính xác, bạn bè ông ấy buộc phải đợi, một cách ngớ ngẩn, trong khi ông ta quay lại để sửa nó” (Szechtman & Woody, 2004).

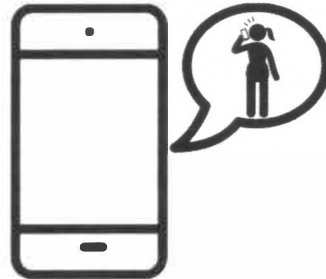
MẢNG CHÍNH CỦA OCD

Có những mảng khác nhau mà những ý nghĩ do OCD gây ra thường tập trung:

SỰ KIỂM TRA

Sự cưỡng chế này bao gồm việc kiểm tra tới lui núm cửa (lo rằng mình đã cho phép một kẻ trộm hay sát nhân vào nhà và gây hại), hay những vật dụng có tiềm năng gây nguy hiểm (bếp ga). Ngoài ra, nó không chỉ liên quan đến việc kiểm tra đồ đạc, mà còn cả người nữa (liên tục gọi hoặc nhắn tin đến người mình yêu thương để chắc rằng họ an toàn. Đối với người bình thường, họ sẽ kiểm tra một hoặc hai lần thôi, và họ sẽ hiểu rằng chẳng có gì xấu có thể xảy ra đâu; nhưng đối với người có hành vi kiểm tra cưỡng chế bắt nguồn từ OCD, họ có thể sẽ kiểm tra một cách thái quá (có thể là 10, 20 lần hay thậm chí là hàng trăm lần một ngày) nhưng họ vẫn

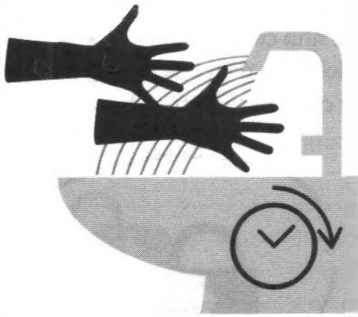
không bao giờ cảm thấy chắc chắn là có an toàn hay không.



SỰ DƯ BẦN

Nhu cầu cần phải vệ sinh hay tẩy rửa là một sự cưỡng chế, một nỗi sợ ám ảnh rằng một thứ gì đấy bị vấy bẩn và/ hoặc có thể gây bệnh, hoặc là cái chết, cho một người thân hay cho chính họ (OCD-UK). Nó có thể bao gồm việc tránh sử dụng toilet công cộng, chạm vào núm cửa/ tay cầm, di chuyển bằng phương tiện công cộng, hoặc là bắt tay. Người bị OCD có thể

sẽ tẩy rửa liên tục hoặc cố gắng loại bỏ bất kỳ vi khuẩn nào được hay có khả năng truyền cho họ (Patrick, 2007).



SỰ TÀNG TRỮ

Một ám ảnh được xem là một phần của OCD từ lâu là việc không thể vứt bỏ những vật vô dụng hay cũ kỹ, nỗi ám ảnh này còn được gọi là “sự tàng trữ” (OCD-UK). Người có những hành vi tàng trữ đến từ bệnh OCD có thể chống lại việc vứt bỏ đồ dùng vì họ lo rằng những vật đó có thể sẽ giúp ích trong tương lai (Patrick, 2007). Một dạng khác là sự e dè khi vứt bỏ vật dụng, mà không màng tới giá trị và tính hữu dụng của chúng. Người đó có thể lục lọi lại rác rưởi để chắc chắn rằng không có gì quý giá bị vứt đi, hay thu thập những vật vô dụng.

SỰ NGHIỆN NGÃM/ XÂM NHẬP CỦA Ý NGHĨ

Việc này bao gồm nhiều loại suy nghĩ xâm nhập, ngoài mong muốn khác nhau, đại loại là:

- Sự e ngại: Nỗi sợ có những suy nghĩ báng bố hoặc nói những điều xấu, hoặc nỗi sợ sẽ bị trừng phạt cho những suy nghĩ đó. Một người có thể lo lắng về một quan niệm tôn giáo, và/hoặc cứ lặp lại hay bị mắc kẹt bởi hình ảnh và/hoặc suy nghĩ mang tính tôn giáo.
- Sự hung hăng: Nỗi sợ việc gây hại cho người khác đến từ những hành vi cưỡng chế để chắc chắn rằng một người nào đó đã, hoặc sẽ không làm

tổn thương ai cả (Patrick, 2007). Một ví dụ có thể khi bạn đang lái xe hơi, bỗng dưng bạn nghĩ “Nếu lỡ mình cán chết người đi bộ kia thì sao”, và rồi bạn liên tục lo lắng về việc bạn có phải là người tốt hay không. Một ví dụ khác có thể là khi bạn ở trong nhà bếp và cầm một con dao, bạn có thể nghĩ về việc đâm chết một người thân nào đó, và rồi điều ấy dẫn đến bạn tránh nhìn thấy những vật bén nhọn hoặc tránh ở gần người thân của mình.

- Những thúc giục/ hình ảnh/ suy nghĩ mang tính tình dục và vô cùng khó chịu: Nỗi sợ việc có những ý nghĩ muốn xâm sỡ con của mình hoặc con của người khác, hoặc hoài nghi về giới tính của mình. Chỉ việc nhìn người cùng giới thôi cũng đủ để kích động việc này vì họ có thể cảm thấy mình đang có dấu hiệu của xu hướng tính dục Đồng tính, hoặc họ có thể cảm thấy rằng người đồng tính có thể “lây nhiễm” cho họ chỉ bằng việc đi ngang qua.

Một số kiểu khác có thể bao gồm chứng bứt tóc, chứng bóc da, chất kích thích/ thuốc gây rối loạn ám ảnh cưỡng chế và các rối loạn có liên quan

TRIỆU CHỨNG VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Theo DSM-V, tiêu chuẩn và triệu chứng của bệnh được miêu tả như dưới đây:

A: Sự có mặt của sự ám ảnh hay cưỡng chế, hoặc cả hai:

- Sự ám ảnh được xác định bằng:
 - Những suy nghĩ, sự thúc giục hay hình ảnh dai dẳng và tái hiện nhiều lần, đã gặp trong quá khứ, ở một số thời điểm của sự hỗn loạn, đồng thời xâm nhập và ngoài ý muốn, và thường

đem lại cho nhiều người sự lo âu và khổ sở.

- Những cố gắng cá nhân để lờ đi và kìm nén suy nghĩ, thúc giục và hình ảnh ấy, hoặc để trung hòa chúng bằng những suy nghĩ khác hoặc bằng hành động (bằng cách thực hiện một cường chế).
- Sự cường chế được định nghĩa bằng:
 - Những hành vi lặp đi lặp lại (rửa tay, sắp xếp, kiểm tra) hoặc những cử chỉ trong tâm trí (cầu nguyện, đếm, lặp lại một từ nào đó trong im lặng) mà cá nhân cảm thấy bị thôi thúc phải thực hiện để đáp lại sự ám ảnh hoặc để tuân theo những quy luật bắt buộc phải tuân theo nghiêm khắc.
 - Những hành vi và cử chỉ tâm lý này có mục đích là để phòng ngừa hoặc giảm sự lo âu và khổ sở, hoặc để đề phòng một tình huống tồi tệ nào đó; tuy

nhiên, những hành vi hay cử chỉ tinh thần này không liên quan gì đến các hướng giải quyết, phòng chống thực tế cả, hoặc rõ ràng là thái quá. Lưu ý: Trẻ nhỏ có thể không có khả năng giải thích mục đích của những hành vi hay cử chỉ tinh thần của chúng.



B. Sự ám ảnh hay cường chế chiếm nhiều thời gian (hơn 1 giờ đồng hồ mỗi ngày) hoặc gây ra khổ sở nghiêm trọng về mặt tâm lý hay cản trở đối với các các mối quan hệ xã hội, nghề nghiệp, hay những khía cạnh quan trọng khác của cuộc sống.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Sự dơ bẩn

Hưng là một bác sĩ đứng tuổi với một gia đình hạnh phúc bao gồm vợ ông và 2 đứa con. Ông ấy là một người cha đầy tình cảm. Vào một ngày nọ, ông trở về nhà sớm hơn thường lệ vì ông đã để quên một thứ gì đó. Khi ông về đến cửa, ông kiểm tra một cách cẩn thận xem còn vết bẩn nào ở núm cửa hay không. Bỗng dưng, đứa con gái 8 tuổi của ông đã khiến ông ngạc nhiên bằng một cái ôm khi ông mở cửa và bước vào nhà. Ông ấy hết hoảng, sốc, và tức giận với con gái của mình. Ông thét lên: “Con không nên làm thế! Điều con vừa làm là rất nguy hiểm đấy, con hiểu không?”. Ông ấy chạy ngay vào phòng tắm, quăng quần áo vào máy giặt, và tiếp đến là rửa tay, rửa mặt liên tục trong vòng 20 phút.

Sau đó ông quay sang con gái và buộc con bé phải tắm ngay lập tức. Ngơ ngác, cô con gái bảo ông rằng cô đã vừa tắm sáng nay trước khi đến trường rồi. Mặc dù vậy, cha cô ấy tiếp tục nài nỉ cô, và bởi vì ông ấy trông có vẻ giận và lo sợ, cô bé không còn lựa chọn nào khác ngoài việc buộc mình vào tắm một lần nữa. Bình thường, ông ấy về đến nhà khá trễ, và lúc đó thì con gái ông đang học hoặc thậm chí là đã ngủ nên ông có thời gian để làm sạch cửa và tắm rửa. Nhưng mỗi khi người nhà của ông (vợ, con gái,...) muốn ôm hay hôn ông khi ông không “đủ sạch”, ông sẽ từ chối họ (mặc dù ông đã để áo choàng ở bệnh viện và đã rửa tay trước khi về nhà) và tin rằng làm vậy sẽ bảo vệ họ khỏi bệnh tật và thậm chí là cái chết. Chưa kể, ông còn tốn tổng cộng khoảng 3-4 giờ mỗi ngày để kiểm tra và rửa tay một cách không cần thiết, dù ở bệnh viện hay ở nhà. Những hành vi như vậy rút cạn sức lực của ông và nó xảy ra trong khoảng 2 năm gần đây.

Sự nghiền ngẫm/ xâm nhập của ý nghĩ

Thanh mới sinh đứa con trai đầu lòng. Cô ấy đã trải qua một vài nỗi lo thường gặp về việc mang thai, nhưng rồi một ngày, bỗng dưng, một cái gì đó xuất hiện trong đầu cô và cô không thể quên nó đi được. Tất cả những việc đó dẫn đến những suy nghĩ ám ảnh về sức khỏe con cô, rồi dần trở thành những suy nghĩ kì quái về việc làm hại chính con của cô. Thanh là một cô gái tốt bụng, yêu thương và sẽ không làm đau thậm chí đến một con kiến. Nhưng giờ đây cô đang cố tránh ở một mình với con cô. Một đêm khi cô về nhà, cô đi vào bếp, cái suy nghĩ kinh hoàng về việc cô cầm con dao và đâm đứa con của mình đột nhiên xuất hiện trong đầu. Mặc dù đã cố buộc cái suy nghĩ đó ra khỏi đầu, Thanh vẫn không thể nghĩ khác được và cô đã phải trải nghiệm cái cảm giác tội lỗi và thiếu tự cách ghê rợn. Run sợ, lúng túng và toát mồ hôi, cô không thể nói điều này với ai vì cô sợ mọi người sẽ nghĩ cô là một sát nhân máu lạnh hay một kẻ rối loạn nhân cách chống xã hội bệnh hoạn. Cô ấy yêu con rất nhiều, nhiều hơn bất cứ gì khác, nhưng kể từ khi suy nghĩ này đi vào đầu cô, cô cố hết sức không giữ con một mình vì lo sợ rằng mình sẽ làm hại con. Cô ấy mất ngủ trong nhiều ngày và khóc rất nhiều.

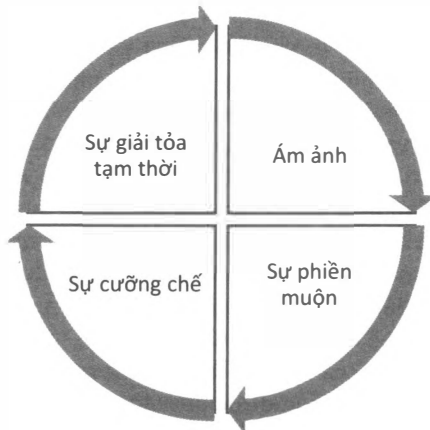
NGUYÊN NHÂN

Một trong những yếu tố gây ra OCD là di truyền. Đã có bằng chứng rằng những người có OCD dạng tàng trữ thường có tiền sử gia đình có OCD (Gustad, 2003) (Taylor, Jang & Asmundson, 2010). Yếu tố di truyền đáng kể trong sự phát triển của OCD lên một cá nhân, trong đó khoảng 30-50% khả năng được di truyền (Taylor et al., 2010).

OCD có liên hệ đến một số vùng của não. Những nghiên cứu hình ảnh não cho thấy có ba vùng liên quan mật thiết với nhau hoạt động thường xuyên trong những người có OCD: vỏ não trán ổ mắt (một khu vực của vỏ não trước trán trung gian nằm ngay phía trên mắt), nhân đuôi (một phần của hạch đáy), và vỏ não vành trước (Menzies, Chamberlain, Laird, et al., 2008; Rotge, Guehl, Dilharreguy, et al., 2009).

Giả thuyết học thuật xem sự ám ảnh và cưỡng chế như là những phản xạ có điều kiện để giảm bớt sự lo âu, và dần được thiết lập khi người bệnh cảm thấy được xoa dịu bởi cơ chế này, qua đó lại củng cố hành động đó. Những thói quen mang tính thôi thúc cũng mang đến cảm giác trật tự và sự kiểm soát, điều mà đa số bệnh nhân OCD luôn quan tâm đến và sợ mất đi. Đối với những người có những suy nghĩ nghiến ngấm và xâm nhập, họ

thường đè nén và cố gắng “gạt những suy nghĩ đó đi”. Nhưng nó chỉ làm tình hình tệ hơn.



Một tác nhân khác nữa là tuổi tác. Theo DSM-V, ở Mỹ, độ tuổi trung bình xuất hiện OCD là 19.5 tuổi và 25% trường hợp bắt đầu từ năm 14 tuổi. Sự xuất hiện sau 35 tuổi là bất thường nhưng vẫn xảy ra. Độ tuổi xuất hiện ở nam giới sớm hơn nữ giới: gần 25% nam giới có biểu hiện trước 10 tuổi. Sự xuất hiện của triệu chứng thường là dần dần; Tuy nhiên, đã có những báo cáo cho thấy sự xuất hiện đột ngột.

Cuối cùng, những bất thường về sinh – hóa là yếu tố quan trọng gây ra OCD. Những bất thường, hay mất cân bằng trong chất dẫn truyền xung thần kinh, hay

chất hóa học trong não, serotonin, cũng có thể là thủ phạm. Serotonin là hóa chất trong não có nhiệm vụ truyền tin giữa các tế bào não và được cho là có liên quan đến việc điều hòa mọi thứ từ sự lo âu, đến trí nhớ, và giấc ngủ. Sự xuất hiện của nhiều chất ức chế SSRIs và hiệu quả của chúng trong việc cải thiện những triệu chứng ám ảnh tạo điều kiện cho sự bất thường trong hệ thống serotonin và cơ chế phát sinh của OCD.

ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP

ĐIỀU TRỊ TÂM LÝ

CBT và liệu pháp phơi nhiễm là những liệu pháp tâm lý chính mà có thể giúp bệnh nhân OCD thoát khỏi xiềng xích của nó. CBT là một liệu pháp giao tiếp nhằm xác định mối liên hệ giữa những suy nghĩ, cảm xúc và hành động của bệnh nhân. Nó bao gồm việc cố tình cho bệnh nhân tiếp xúc với một số kích thích tạo nên sự lo âu, ví dụ: chạm vào những vật nhiễm bẩn như tay nắm cửa hay sàn nhà và thường được nối tiếp bằng việc ngăn chặn phản xạ như hạn chế người bệnh rửa bàn tay bị “nhiễm khuẩn” của mình. Trong phương pháp này, bệnh nhân được dạy việc thách thức tính thực tế của nỗi lo trong họ - thường là sự đánh giá quá cao rủi ro. Việc phóng đại và suy nghĩ trắng-đen là những sự bóp méo trong nhận thức khác, mà vẫn còn gây tranh cãi.



Phản phơi nhiễm của CBT hoạt động bằng cách giúp người có OCD đối mặt với nỗi

ám ảnh của họ và củng cố lại sự thôi thúc thực hiện hành vi đó. Mục đích là dần giúp họ trở nên bớt lo lắng về những suy nghĩ ám ảnh và khiến họ ít thực hiện những hành vi bị thôi thúc hơn. Ví dụ, nếu anh ta/cô ta sợ rằng mình sẽ làm hại người khác và từ đó tránh những vật sắc nhọn, họ có thể tham gia một khóa trị liệu nơi mà họ sẽ cầm một con dao và ngồi trong một căn phòng có những người khác. Kỹ thuật này cần được quản lý một cách chặt chẽ để tránh gây ra sự phiền muộn và lo sợ, thế nên việc bệnh nhân hiểu kỹ về liệu pháp này và tin vào nhà trị liệu của mình là rất quan trọng.

PHƯƠNG PHÁP DƯỢC TRỊ LIỆU (CÁCH CHỮA TRỊ DÙNG THUỐC)

Trụ cột của liệu pháp y học cho OCD là thuốc chống trầm cảm, đặc biệt là thuốc hoạt động trên hệ thống serotonin, như là fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, citalopram và sertraline. Thuốc chống trầm cảm ba vòng clomipramine cũng được cấp phép là một phương thuốc cho những trạng thái ám ảnh ở người lớn. Thuốc này thường chỉ được kê toa nếu liều thuốc chống trầm cảm SSRI đã được sử dụng và không có hiệu quả. Tác dụng phụ của những thuốc này bao gồm buồn nôn, chống mặt, nhức đầu, đổ mồ hôi, mỗi mệt, và sự bồn chồn. Nó cũng có thể gây ra những vấn đề về tình dục.

Thuốc ổn định cảm xúc hoặc thuốc an thần cũng có thể hỗ trợ cho người có triệu chứng OCD nặng (ngoài việc uống thuốc chống trầm cảm) như là lithium (nếu bệnh nhân bị trầm cảm nặng), hoặc diazepam (để giải tỏa sự bồn chồn tức thời). Gần đây, clonazepam là loại benzodiazepine duy nhất, và cũng là chất được cho rằng có những tác dụng giảm ám ảnh.

PHỐI HỢP GIỮA LIỆU PHÁP Y TẾ VÀ LIỆU PHÁP TRỊ LIỆU

Bệnh nhân OCD thường được khuyến khích thực hiện cả liệu pháp trị liệu tâm lý và trị liệu bằng thuốc. Tuy nhiên, sự phối hợp như thế cũng cần được chẩn đoán và cân nhắc kỹ lưỡng của bác sĩ tâm lý.

Về những liệu pháp khác ở Việt Nam, xin hãy tìm đến các chuyên gia hay những bệnh viện, trung tâm có uy tín để biết thêm thông tin.

RỐI LOẠN NHÂN CÁCH ÁM ẢNH CƯỜNG CHẾ

KHÁC NHAU GIỮA OCD VÀ OCPD

Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế (OCPD) là một trạng thái không bình thường của nhân cách. Người bệnh thường quan tâm quá mức đến các chi tiết, quy luật, sắp xếp trật tự mà bỏ qua mục tiêu chính trong hoạt động. Sự hoàn hảo chi phối con người họ, điều đó gây ra sự cứng nhắc và thiếu thích nghi khiến cuộc sống và công việc của họ đảo lộn. (Directory, n.d.).

OCD	OCPD
Các thành viên trong gia đình thường cảm thấy bị kiểm soát và rất khó chịu, điều này dẫn đến những xung đột không đáng có trong gia đình.	
Họ nhận thức các suy nghĩ ám ảnh của mình là bất hợp lý.	Họ cảm thấy thoải mái với hệ thống các quy tắc họ đưa ra và cảm nhận điều đó là tốt nhất.
Những suy nghĩ hay hành vi thôi thúc thực hiện nhằm giảm bớt sự căng thẳng thường không liên quan đến tình huống thực tế.	Những quy tắc sắp xếp, kiểm tra của họ có liên quan đến cách họ quản lý công việc.
Thông thường, người bệnh OCD gặp trở ngại ở một số lĩnh vực bao gồm công việc hoặc cuộc sống gia đình.	Người bệnh OCPD gặp trở ngại ở các mối quan hệ, vì họ quá chú trọng đến công việc và khả năng hoàn thành ở mức hoàn hảo, điều đó đem lại những mối bất hòa.
Người bệnh OCD cảm thấy quá khổn quẫn và nặng nề bởi tình trạng căng thẳng kéo dài, họ cảm thấy tội lỗi vì những đòi hỏi vô lý có thể áp đặt lên người khác vì vậy họ có nhu cầu điều trị để chấm dứt tình trạng này sớm.	Người bệnh OCPD thường không muốn điều trị, vì họ tin rằng nếu mọi người hòa hợp được với các quy tắc nghiêm ngặt của họ, thì mọi thứ sẽ tốt hơn.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Ông A – một luật sư 45 tuổi đã phải nhập viện điều trị bởi vì vợ ông quá mệt mỏi với tính cách cầu toàn và ương ngạnh của ông. Trong công ty, ông được xem là nhân viên trẻ tuổi nhất, nổi tiếng là người xử lý nhiều vụ án và ông không bao giờ từ chối bất kì vụ án nào được giao. Tuy nhiên, ông không bao giờ hài lòng với chất lượng công việc, và rất ít ai làm việc chung được với ông. Ông yêu cầu quá cao, và rất nghiêm khắc với sai phạm dù rất nhỏ, đến mức các báo cáo tài liệu được giao đến, ông liên tục chỉnh sửa và tóm tắt lại. Khối lượng công việc quá nhiều và ông không biết bắt đầu từ đâu. Vì vậy, ông thực hiện một lịch trình nghiêm ngặt và tuân theo chúng một cách kĩ luật.

TRIỆU CHỨNG

OCPD ước tính khoảng 1% dân số và từ 3-10% mắc phải khi điều trị thăm khám tâm thần. Tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ.

Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế là một một dạng rối loạn nhân cách. Đặc tính chung là sự chú tâm quá mức tới những chi tiết, quy tắc, sắp xếp trật tự và hoàn hảo. Điều này khiến cho họ khó hoàn thành được công việc hoặc khi làm việc chung với người khác rất dễ xảy ra những mâu thuẫn vì những hệ thống giá trị họ đưa ra không phù hợp với những người khác. Mặt khác họ lại rất sợ phạm phải sai lầm, chính vì vậy họ tốn khá nhiều thời gian để nghiền ngẫm và hay lưỡng lự.



Về mặt cảm xúc thường đè nén, gặp trở ngại trong giao tiếp, thiếu khôi hài, cởi mở. Khi tương lượng với người khác thường cứng nhắc (Steve Bressert, n.d.).

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

OCPD nằm trong cụm C rối loạn nhân cách (lo lắng hoặc sợ hãi), dựa theo DSM-V), bệnh khởi phát đầu tuổi trưởng thành và người bệnh phải có ít nhất bốn hoặc nhiều hơn các triệu chứng để được chẩn đoán:

- Quá bận tâm vào các chi tiết, các quy tắc, sự sắp xếp theo các trình tự...mà bỏ qua mục tiêu chính của hoạt động.

- Chú trọng đến sự hoàn hảo quá mức (đảm bảo tuân theo các tiêu chí bản thân đặt ra) dẫn đến ảnh hưởng đến khả năng hoàn thành công việc.
- Tập trung thời gian dành cho công việc và khả năng hoàn thành công việc, từ đó không còn thời gian dành cho gia đình và bạn bè (trừ trường hợp hy sinh vì gánh nặng kinh tế gia đình).
- Quá quan tâm, tỉ mỉ và cứng nhắc đối với các vấn đề đạo đức, giá trị (trừ trường hợp bản thân là người hoạt động văn hóa, tôn giáo)
- Có xu hướng giữ lại những vật dụng đã cũ nát hoặc không còn giá trị dù rằng những vật dụng đó không có giá trị tình cảm với họ.
- Khó làm việc chung hoặc hoàn thành công việc với người khác, trừ phi họ đáp ứng các tiêu chuẩn về cách làm việc mà người bệnh đặt ra.
- Hà tiện tiền của bản thân và của cả người khác. Vì họ nghĩ rằng tiền có thể phòng hờ bất trắc trong tương lai.
- Quá cứng nhắc, ương ngạnh.

(Terwilliger & M. Williams, n.d.)

NGUYÊN NHÂN

Chưa có nguyên nhân chính thức gây ra rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế nên bệnh được giải thích dưới mô hình sinh tâm xã hội. Tuy nhiên, vẫn chưa có các nghiên cứu cụ thể yếu tố di truyền có thể dẫn đến gây bệnh.

Dưới góc nhìn của Phân tâm học, Freud cho rằng sự tương tác và giáo dục của cha mẹ đối với đứa trẻ được xem là yếu tố khá quan trọng để hình thành nhân cách của đứa trẻ. Các nghiên cứu hiện nay dần khẳng định tầm quan trọng của những kinh nghiệm thời thơ ấu, cho thấy sự phát triển hoàn thiện về mặt tình cảm phụ thuộc 2 yếu tố quan trọng: sự ảm áp của

cha mẹ và sự đáp ứng phù hợp nhu cầu cho đứa trẻ. Khi cả hai yếu tố này đều hiện hữu, đứa trẻ sẽ cảm thấy an toàn và xác định các giá trị của bản thân một cách thích hợp. Một nhà nghiên cứu đã ghi nhận rằng, những người mắc bệnh OCPD có thể trong quá khứ họ từng bị cha mẹ trừng phạt vì vi phạm một quy tắc nào đó, và hiếm khi được khen thưởng. Kết quả, những đứa trẻ đó không cảm thấy an toàn, và các triệu chứng của OCPD phát triển như một cách để chúng tự xác lập đối phó (Disorders, 2003).

Sự ảnh hưởng của văn hóa cũng là một phần trong sự phát triển thành bệnh OCPD. Sự áp đặt rập khuôn hoặc các quy tắc ràng buộc có thể góp phần gây ra bệnh, mặt khác, đơn giản chỉ vì một nền văn hóa tương đối chặt chẽ hoặc có một đạo đức làm việc theo quy tắc không có nghĩa là nó không lành mạnh. Trong các xã hội Nhật Bản, ví dụ như sự tận tâm trong công việc, hạn chế biểu hiện cảm xúc, và sự chú ý các vấn đề về đạo đức được đánh giá là tốt trong nền văn hóa đó. Tương tự như vậy, một số tôn giáo và các ngành nghề đòi hỏi sự chính xác và cẩn thận chú ý đến các quy tắc đối với các thành viên hoặc nhân viên của họ và quân đội là một ví dụ. OCPD không được chẩn đoán ở những người chỉ đơn giản là cư xử phù hợp với mong đợi của bên ngoài như các quy định quân sự hay sự cai trị của một dòng tu. Sự đánh giá phù hợp của những người đến từ các nền văn hóa khác đòi hỏi phải kiểm tra chặt chẽ để chẩn đoán phân biệt chuẩn xác hơn (Alarcon, D., Foulks, & Vakkur, 1998).

ĐIỀU TRỊ

THUỐC

Trong nhiều năm, thuốc men dành cho các trường hợp RLNC nói chung và OCPD nói riêng được cho là không hiệu quả vì

chúng không tác động đến các nguyên nhân cơ bản của rối loạn. Nhiều nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng điều trị bằng thuốc đặc hiệu có thể là một phụ trợ hữu ích (trợ giúp) để trị liệu tâm lý. Đặc biệt, SSRIs, thuốc chống trầm cảm, chẳng hạn như Prozac, Zoloft, Paxil hoặc, có thể giúp giảm bớt lo âu và trầm cảm xuất hiện để giúp các bệnh nhân OCPD, ngay cả khi bệnh nhân không có dấu hiệu của bệnh trầm cảm từ trước. Thuốc có thể giúp các bệnh nhân suy nghĩ rõ ràng hơn và đưa ra quyết định tốt hơn và nhanh hơn mà không được nên bị phân tâm bởi những chi tiết nhỏ. Điều quan trọng là cần lưu ý rằng họ không chữa OCPD, và thay vào đó là biện pháp từng phần để cải thiện khả năng đối phó của người đó (Terwilliger & M. Williams, n.d.).

TRỊ LIỆU TÂM LÝ



Đối với việc điều trị tâm lý cho người bệnh OCPD sẽ là một thách thức lớn cho các nhà trị liệu để có thể thiết lập sự tin tưởng với họ. Người bệnh chấp nhận việc điều trị với tâm thế muốn kiểm soát tình hình và cả nhà trị liệu, họ miễn cưỡng tin tưởng người khác và có khuynh hướng nghi ngờ về tình hình điều trị. Như vậy, nhà trị liệu cần chú ý quá trình làm việc và thiết lập cam kết với bệnh nhân tuân thủ quá trình điều trị. Nếu không có cam kết, các nhà trị liệu có thể bị lừa vào suy nghĩ liệu pháp này thành công khi trên thực tế bệnh nhân chỉ tuân thủ một cách hời hợt. Hơn nữa, các nhà trị liệu cần phải đảm bảo người bệnh cảm thấy thoải mái, đủ

để cởi mở và chia sẻ suy nghĩ và cảm xúc của họ.

Phương pháp điều trị tâm lý dành cho người mắc bệnh OCPD bao gồm CBT và liệu pháp phân tâm học được xem có hiệu quả với nhiều bệnh nhân. Các kỹ thuật nhằm giúp cho người bệnh tìm thấy sự hài lòng trong cuộc sống thông qua mối quan hệ chặt chẽ với các nhu cầu giải trí khác nhau, thay vì chỉ tập trung thông qua các hoạt động liên quan đến công việc (Steve Bressert, n.d.).

CBT: đối với cá nhân có rối loạn tâm lý, họ nhìn nhận thế giới và bản thân dưới suy nghĩ và cách thức diễn giải tự động và không lành mạnh. Những cách giải thích đó được thúc đẩy bởi niềm tin cốt lõi hình thành từ thời thơ ấu và mục tiêu của liệu pháp này là giảm niềm tin sai lệch và thay thế bằng những niềm tin phù hợp hơn. Bằng cách lắng nghe bệnh nhân bày tỏ

mối quan tâm của họ, nhà trị liệu sẽ giúp người bệnh tìm hiểu các vấn đề đó và tìm ra mô hình tư tưởng không lành mạnh được hình thành từ thời thơ ấu của người bệnh.

Liệu pháp phân tâm học: mục đích của liệu pháp này là giúp đỡ người bệnh xác định cảm xúc đối với một tình huống và khuyến khích họ dừng lại, suy nghĩ về lý do tại sao họ lại như vậy, tại sao không thể kiểm soát. Bên cạnh đó, trị liệu giúp người bệnh chấp nhận con người của mình - tập trung vào tư tưởng rằng họ có thể phạm sai lầm như bất cứ ai khác và điều đó không xấu như họ nghĩ. Trong một số trường hợp trị liệu cũng có thể sử dụng dưới các góc độ của việc hướng dẫn họ nhận ra cách kiểm soát quá mức của họ và nhu cầu cầu toàn mọi thứ có thể làm tổn hại đến các mối quan hệ họ. Trong tiến trình điều trị, việc điều chỉnh lại cái siêu tôi là một ưu tiên quan trọng.

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Khánh Linh | Nguyễn Hoàng Bảo Trâm | Trần Thị Anh Đào

Biên dịch: Nguyễn Khánh Linh | Nguyễn Thanh Hà

CHƯƠNG 5

TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Tâm thần phân liệt là một dạng rối loạn tâm lý nghiêm trọng và kéo dài nhiều năm với những đặc điểm như suy nghĩ lệch lạc, những hành vi xã hội và nhận thức dị thường. Những người mắc tâm thần phân liệt thường không nhận thức được thực tế, và từ đó dẫn đến những trở ngại đối với cuộc sống thường ngày, công việc và những mối quan hệ cá nhân của họ. Tâm thần phân liệt không phải là rối loạn đa nhân cách (tên mới là rối loạn xác định phân ly) như nhiều người lầm tưởng. Đặc điểm của dạng rối loạn này là những giai đoạn loạn thần mà người bệnh mất đi nhận thức với thực tế và có thể hành xử hay có những tính cách khác nhau. Độ nghiêm trọng và số giai đoạn loạn thần thường khác nhau với từng người bệnh. Mặc dù chưa có phương pháp chữa khỏi hoàn toàn chứng bệnh này, các phương pháp điều trị và tham vấn tâm lý có thể giúp quản lý bệnh tốt hơn, ngăn ngừa tái phát và giúp người bệnh tái hoà nhập cộng đồng để họ có được một cuộc sống bình thường (NIMH, Schizophrenia, 2016).

Theo phần lớn nghiên cứu ở các nước châu Âu và Hoa Kỳ, tâm thần phân liệt ảnh hưởng từ 0,5% đến 1% dân số thế giới và thuộc về một trong những dạng rối loạn với nhiều gánh nặng bệnh lý nhất trên thế giới (CDC, 2013). Đây là một căn bệnh tốn kém bậc nhất với những chi phí trực tiếp bao gồm thuốc men, tham vấn, nội trú ở bệnh viện... và những chi phí gián tiếp như tử vong sớm, sự giảm thiểu về mặt năng suất, chi phí chăm sóc và thất nghiệp (Rosenberg, 2009). Năm 2004, một nghiên cứu ở Canada ước tính chi phí cho bệnh lên đến 2,2 tỷ đô la Canada. Tuổi thọ trung bình giảm 10 năm vì những người mắc tâm thần phân liệt có nguy cơ tự tử cao (Rossler, Salize, van Os, & Riecher-Rossler, 2005).

Trong chương này, chúng ta sẽ tìm hiểu những triệu chứng dương tính, âm tính, nhận thức, và vô tổ chức của tâm thần phân liệt, cũng như các tiêu chuẩn chẩn đoán, nguyên nhân và điều trị. Hy vọng rằng sau chương này độc giả sẽ hiểu rõ hơn về một trong những dạng rối loạn tâm lý có sức huỷ hoại, mức độ gây khuyết tật, và hay bị hiểu lầm nhất trên thế giới.

TRIỆU CHỨNG

Người mắc tâm thần phân liệt thường mắc, chải chuốt cũng bị ảnh hưởng biểu hiện hành vi bất thường trong các mặt xã hội, nhận thức, và cá nhân. Họ có thể không có khả năng phân biệt được những hình ảnh, âm thanh hay niềm tin không thật. Biểu hiện của cảm xúc lẫn ngôn từ trở nên ngắc ngứ, rời rạc. Đồng thời, sự tương tác xã hội không thích hợp hay thiếu tương tác cũng có thể xảy ra. Những hoạt động thường ngày như ăn

mặc, chải chuốt cũng bị ảnh hưởng (Passer, Smith, & al, 2011).



Dù trong phổ tâm thần phân liệt có rất nhiều kiểu tiểu dạng, nhưng chúng vẫn có những điểm đặc trưng chung nhất định, có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức khác nhau mà DSM-V đã liệt kê. Người bệnh phải có từ hai triệu chứng dưới đây trở lên và các triệu chứng này phải bộc lộ trong phần lớn thời gian trong một tháng. Và ít nhất một trong những triệu chứng phải là ảo giác, hoang tưởng và rối loạn ngôn ngữ để được chẩn đoán là tâm thần phân liệt.

TRIỆU CHỨNG DƯƠNG TÍNH HAY TRIỆU CHỨNG LOẠN THẦN

Bao gồm hoang tưởng và ảo giác. Hoang tưởng là niềm tin lệch lạc kéo dài dai dẳng dù những bằng chứng đối lập được đưa

ra. Người ngoài thường nhận thấy những niềm tin này không thực, không thể tin được và kỳ dị. Người mắc bệnh có thể tin anh ta là một cái cây hay những ngón tay của anh ta đã bị ăn cắp mất.

Ảo giác là những trải nghiệm sinh động và rõ ràng, xảy ra trong trạng thái tỉnh táo mà không có sự kích thích từ bên ngoài. Trong khi ảo thanh là triệu chứng phổ biến nhất, thì ảo giác có thể xảy ra với bất kỳ giác quan nào. Nghe thấy những âm thanh không tồn tại và không phân biệt được nó với âm thanh thật là một ví dụ của ảo thanh.

Những triệu chứng này thể hiện rõ ràng trong trường hợp của một người tên Dương dưới đây:

Dương là một người đàn ông 40 tuổi nhưng có ngoại hình trẻ hơn mười tuổi. Anh được mẹ đưa vào bệnh viện lần thứ 12 vì bà dần cảm thấy sợ anh. Dương mặc một chiếc áo choàng dài rách bươm, mang đôi dép ngủ, đội chiếc mũ bóng chày và đeo vài tấm huy chương quanh cổ. Triệu chứng bệnh của anh ta trải từ cơn giận vô cớ với mẹ mình ("Bà ta cho tôi ăn phân từ ruột già của người khác") đến cười khúc khích, xun xoe dụ dỗ người khám. Ngôn ngữ và thái độ của anh ta như một đứa trẻ con, bước đi ông ẹo, đánh eo quá mức. Mẹ anh cho biết anh không chịu uống thuốc chừng một tháng trước. Rồi từ đó, anh bảo mình lúc nào cũng nghe có một giọng nói trong đầu, cách ăn mặc và hành xử càng lúc càng kỳ quái. Khi được hỏi anh đang làm gì, Dương trả lời, "Tôi đang ăn dây điện và chuẩn bị đốt lửa."

RỐI LOẠN TƯ DUY

Đặc trưng của triệu chứng này là ngôn ngữ rời rạc, cùng với những triệu chứng khác như thường xuyên chuyển đề tài khi giao tiếp. Trò chuyện với người có triệu chứng rối loạn tư duy có thể khó hiểu vì ngôn từ và cú pháp ngắt ngứ hay bị bóp méo.



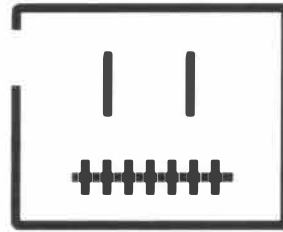
HÀNH VI HUNG BẠO VÔ LỐI HOẶC CĂNG TRƯƠNG LỰC

Loại này bao gồm vận động quá mức và cả thiếu vận động. Những vận động này có thể có chủ đích hoặc là ngẫu nhiên, bằng lời nói hoặc là thể chất. Một người có thể vận động quá mức, đủ để gây cản trở khiến họ không thể hoạt động bình thường hằng ngày, ví dụ như xoa tay theo một hướng đặc biệt nào đó trong hàng giờ, hoặc cứng người ở tư thế dị thường trong khoảng thời gian dài. Điểm điểm của thể căng trương lực này là bệnh nhân có thể giữ nguyên tư thế cứng nhắc, dị thường trong hàng giờ ví dụ như nằm thẳng người với đầu hơi nâng cao một chút, và không chịu thay đổi tư thế mặc dù nó cực kỳ khó chịu.

TRIỆU CHỨNG ÂM TÍNH

Trong khi phần lớn những triệu chứng nói trên biểu hiện chiều hướng tăng dần của các chức năng trên mức bình thường, thì những triệu chứng tiêu cực biểu hiện những đặc điểm chức năng dưới mức bình thường, hoặc suy giảm hoạt động. Điều này bao gồm giảm thiểu biểu đạt cảm xúc, ngôn ngữ, khả năng hưng phấn, cùn mòn cảm xúc, hoặc không hứng thú với tương tác xã hội. Họ không vui cũng không buồn. Gương mặt của họ có thể vô cảm xúc và lãnh đạm. Những sự kiện diễn ra xung quanh dường như không thể làm họ hứng thú. Vài bệnh nhân tâm thần phân liệt biểu hiện sự thoát ly, có thể là triệu chứng hoặc cách để họ đối phó với triệu chứng. Dạng này được biết dưới tên giảm năng động. Người mắc chứng giảm năng động thường trở nên lãnh đạm và không còn muốn cố gắng đạt được mục tiêu cá nhân. Anh ta có thể ngồi trên ghế cả ngày và không làm gì, kể cả đánh răng hay chải đầu.

Một loại triệu chứng âm tính khác được gọi là giảm tư duy ngôn ngữ, có thể hiểu theo nghĩa đen là “sự câm lạng”. Là một dạng của giảm tư duy ngôn ngữ, được biết đến như nghèo nàn ngôn ngữ, những người với triệu chứng này biểu hiện sự giảm sút đáng chú ý về số lượng lời nói. Họ không biết nói gì và suy nghĩ của họ bị chặn lại trước khi ý tưởng được được hình thành trong đầu (Oltmanns & Emery, 2014).



Trường hợp của Ly sẽ giúp bạn hiểu được triệu chứng âm tính.

Ly là một phụ nữ 39 tuổi, lúc nào cũng khom người, cúi gằm mình xuống. Cô có gương mặt như một đứa trẻ với những bím tóc và ruy băng hồng. Cô được giới thiệu tới văn phòng tâm lý bởi bác sĩ gia đình, người ái ngại về tình trạng cô hoạt động cơ thể ở mức quá thấp. Điều duy nhất mà cô nói với bác sĩ là “Có những lúc tôi không chăm sóc bản thân và cuộc sống của tôi tệ hơn bình thường.” Rồi sau đó, cô tiếp tục giữ im lặng và nhốt mình trong phòng. Hai mươi năm về trước, sau khi chồng sắp cưới hủy bỏ lễ đính hôn, cô bắt đầu không thể tự sắp xếp mọi thứ, lang thang một mình trên những con đường, mặc những bộ đồ không đi đôi với nhau. Ly bị sa thải và được đưa tới bệnh viện, sau đó được mẹ cô làm giấy xuất viện với hy vọng là cô sẽ mau chóng hồi phục tinh thần và bắt đầu cuộc sống mới. Nhưng bao năm trải qua, cô vẫn trốn tránh xã hội, và càng ngày càng ít hoạt động hẳn đi. Hầu hết thời gian cô dành cho việc nấu nướng và xem TV. Những món ăn của cô là hỗn hợp lạ kỳ của những nguyên liệu như cải súp lơ với bánh ngọt, cô ăn một mình vì không ai trong gia đình muốn ăn những thứ đó. Khi mẹ cô bước vào phòng thì cô luôn quơ đại một cuốn tạp chí hay sách gì đó rồi giả vờ như đang đọc nhưng thực tế thì cô chỉ ngồi đó và ngẩn ngơ nhìn vào khoảng không. Ly không tắm hay chải đầu. Cô ăn càng lúc càng ít đi. Lúc đi khám thì cô từ chối nhìn thẳng và đối thoại với bác sĩ.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Sau nhiều năm nghiên cứu về rối loạn này, các nhà nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình phát triển tâm thần phân liệt.

YẾU TỐ SINH LÝ

GENE VÀ MÔI TRƯỜNG

Tâm thần phân liệt thường có xu hướng di truyền trong gia đình. Như đã nói trong

phần tổng quan, tỷ lệ người mắc tâm thần phân liệt ít hơn 1% dân số nói chung, nhưng tỷ lệ này tăng gấp mười lần đối với người có thân nhân đời đầu như cha, mẹ, hay anh chị em ruột mắc chứng bệnh này. Người có thân nhân đời thứ hai như ông bà nội ngoại, cô dì, chú bác, cháu mắc chứng bệnh này thì bệnh cũng dễ phát triển hơn so với những người khác. Đối với anh em sinh đôi cùng trứng, nếu một người mắc tâm thần phân liệt, thì 40 đến 80% người còn lại cũng sẽ mắc bệnh. Điều này chứng tỏ gene có vai trò quan trọng trong phát triển bệnh (NIMH, Schizophrenia).

Nhiều nhà khoa học tin rằng không chỉ có một gene gây ra bệnh mà có hàng trăm loại gene khác nhau cùng liên quan làm tăng nguy cơ mắc tâm thần phân liệt. Sự tương tác giữa gene và môi trường cũng rất quan trọng (NIMH, Schizophrenia). Bị nhiễm virus trong thời kỳ mang thai là một yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng phát triển bệnh tâm thần phân liệt. Virus sống có thể lan đến và gây ảnh hưởng não bộ của thai nhi. Sự thay đổi các chất hóa học ở cơ thể người mẹ có thể gián tiếp làm thay đổi quá trình phát triển não bộ thai nhi, hoặc phản ứng của các kháng thể phản ứng có thể tác động chéo và làm tổn hại đến cấu trúc não bộ thai nhi (Boksa, 2008).



Một bài báo gần đây được đăng hồi tháng 1 trên tờ *New York Times* cho biết các nhà nghiên cứu đã tìm ra được một trong

những yếu tố làm phát triển bệnh tâm thần phân liệt, đó là quá trình mang tên tia khớp thần kinh, là khi não bộ loại bỏ những liên kết yếu hoặc không cần thiết giữa các nơ ron khi chúng trưởng thành. Ở thanh thiếu niên và thanh niên trẻ, quá trình tia được thực hiện ở vùng vỏ não trước trán, khu vực có chức năng trong việc lưu trữ ký ức và các quá trình suy nghĩ logic và nhận thức, lên kế hoạch và ra quyết định. Bởi vì thế, bệnh tâm thần phân liệt thường có nguy cơ phát triển cao hơn ở những người có gene đẩy nhanh hoạt động tia xén ở vùng vỏ não trước trán hơn những người không có gene này (Carrey, 2016).

Thai phụ bị thiếu dinh dưỡng trầm trọng trong những tháng đầu mang thai cũng là một yếu tố nguy cơ gây ra tâm thần phân liệt. Đây là kết luận từ nghiên cứu về các dữ liệu y tế và tâm thần từ những người sinh ra ở miền Tây Hà Lan. Nước Đức chặn cảng và đường cung cấp nhu yếu phẩm tới khu vực này, dẫn tới nạn đói trầm trọng vào cuối Thế chiến II. Những người được thụ thai và sinh ra trong khoảng thời gian này có khả năng mắc tâm thần phân liệt nhiều gấp đôi.

CẤU TRÚC NÃO VÀ CHẤT HÓA HỌC KHÁC BIỆT

Dopamine là chất dẫn truyền thần kinh điều khiển trung tâm tưởng thưởng, thúc đẩy chúng ta hành động hướng tới mục tiêu. Thuyết về dopamine cho rằng sự điều tiết bất thường hay hoạt động quá mức của dopamine được phát hiện ở những bệnh nhân mắc tâm thần phân liệt. Có rất nhiều thuốc chống loạn thần trên thị trường như clozapine (Clozaril), olanzapine (Zyprexa), hay risperidone (Risperdal) là đối chủ vận của dopamine, làm ức chế hoạt động, chèn cơ quan thụ cảm D2 của dopamine. Tuy nhiên các nghiên cứu đã chỉ ra rằng các chất dẫn truyền thần kinh khác như GABA, serotonin, v.v. cũng có liên quan đến bệnh

lý học của tâm thần phân liệt. Cơ chế hoạt động của mỗi loại thuốc chống loạn thần tốt đều có liên quan đến dopamine và sự tương tác của nó với các chất dẫn truyền thần kinh khác, ví dụ như những chất đã được liệt kê bên trên (Brisch, Saniotis, Wolf, Biela, & al., 2014).

Một học thuyết khác xuất hiện gần đây, học thuyết glutamate, đề xuất ra một nguyên nhân hóa học khác gây ra tâm thần phân liệt. Thuyết này cho rằng sự thiếu hoạt động của glutamate có thể dẫn đến sự phát triển của bệnh. Thuốc kích thích cơ quan thụ cảm của glutamine, nhất là cơ quan thụ cảm NMDA, cho thấy những kết quả đáng kỳ vọng trong các nghiên cứu tiền lâm sàng. Khám phá này đề xuất rằng thuyết glutamate có thể dẫn đến những khái niệm mới và hướng chữa trị mới cho tâm thần phân liệt. Tuy nhiên, thuyết này không bác bỏ thuyết dopamine (Daniel C. Javitt, 2010).

Với những người mắc tâm thần phân liệt, cấu trúc não bộ của họ có hơi khác so với những người khỏe mạnh bình thường. Não thất, vùng trống chứa dịch nằm ở trung tâm não bộ, thường lớn hơn ở những người mắc tâm thần phân liệt. Bệnh nhân cũng thường có ít chất xám và hoạt động ở một số phần não bộ cũng ít hơn (NIMH, Schizophrenia, 2016).

Trong một nghiên cứu kéo dài nhiều năm Iowa về sự khác biệt trung bình của thể tích não qua thời gian, các nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng những bệnh nhân nằm trong nghiên cứu này bị mất nhiều tế bào não qua thời gian so với những người khỏe mạnh. Sự thay đổi này có ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng não bộ, liên quan đến mức độ nặng nhẹ của các triệu chứng dương tính và làm suy yếu khả năng suy nghĩ và nhận thức (Andreasen, Liu, Ziebell, Vora, & Ho, 2013).

Bằng cách sử dụng hình ảnh não bộ trong việc nghiên cứu tâm thần phân liệt, nhất là MRI, các nhà nghiên cứu đã tìm thấy kích thước của hồi hải mã, hồi cạnh hải mã, hạch hạnh nhân và đồi thị bị nhỏ đi ở các bệnh nhân tâm thần phân liệt. Những khu vực này có vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh cảm xúc cũng như hòa hợp giữa suy nghĩ và nhận thức. Trong các ảnh chụp chức năng não bộ, kết quả cho thấy chức năng não bộ bị suy giảm ở vài vòng tuần hoàn thần kinh, bao gồm một số khu vực ở vỏ não trước trán ở những người mắc tâm thần phân liệt (Oltmanns & Emery, 2014).

YẾU TỐ XÃ HỘI

Một nghiên cứu nhóm ở Anh năm 1946 đã cho thấy chất lượng mối quan hệ giữa mẹ và con trong bốn năm đầu đời là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất gây tâm thần phân liệt. Mối quan hệ nghèo nàn như thiếu kỹ năng và thiếu hiểu con có thể làm tăng khả năng mắc tâm thần phân liệt gấp sáu lần. Trong một nghiên cứu khác, nghiên cứu Dunedin, kết quả cho thấy mẹ của những đứa trẻ mà sau này mắc rối loạn dạng tâm thần phân liệt đã có thái độ và hành vi tệ bạc với con mình lúc chúng tầm ba tuổi. Tuy nhiên chiều hướng của mối quan hệ này vẫn còn chưa rõ ràng. Liệu những yếu tố nguy cơ này là hệ quả do người mẹ tệ bạc hay do đứa trẻ tiền tâm thần phân liệt không thể tạo dựng mối quan hệ bình thường với mẹ mình?



Loạn chức năng gia đình là một yếu tố nguy cơ khác mà các nhà nghiên cứu đang điều tra. Nghiên cứu ở những gia đình Phần Lan nhận nuôi con đã báo cáo rằng con của những cha mẹ mắc tâm thần phân liệt được nhận nuôi mang đi có nguy cơ mắc tâm thần phân liệt cao hơn nếu như được nuôi dưỡng trong môi trường gia đình loạn chức năng và không lành mạnh. Báo cáo gần đây nhất của nghiên cứu này cho biết những đứa trẻ được nhận nuôi mang đi có ít nguy cơ mắc tâm thần phân liệt hơn những đứa trẻ ở lại với cha mẹ bị mắc tâm thần phân liệt. Nghiên cứu nhận nuôi Đan Mạch-Mỹ cũng có kết quả tương tự.

Những trải nghiệm bị bạo hành khi còn nhỏ cũng có thể ảnh hưởng đến sinh lý hoặc tâm lý, dễ phát triển các triệu chứng loạn thần. Ngoài những yếu tố này, một loạt các yếu tố xã hội khác như mất cha mẹ sớm, bị bỏ bê, giao tiếp lệch lạc trong gia đình... cũng được báo cáo là có liên can đến nguyên nhân gây ra tâm thần phân liệt. Tuy nhiên, không có nhiều bằng chứng củng cố các yếu tố này. Khả năng là có nhiều hơn một trong những cơ chế này hoạt động cùng nhau và ảnh hưởng đến quá trình phát triển của tâm thần phân liệt là rất lớn.



Sự khác biệt ở tỷ lệ loạn thần giữa khu vực thành thị và nông thôn được củng cố bởi nhiều nghiên cứu dịch tễ học (Faris & Dunham, 1939; Lewis, David, & al, 1992; Vassos, Pedersen, & al, 2012). Bằng chứng sớm nhất có thể thấy ở nghiên cứu của Faris và Dunham vào 1939, báo cáo sự khác biệt địa lý về tỷ lệ tâm thần phân liệt

ở các thành phố ở Chicago. Một phân tích tổng hợp gần đây của Vassos et al. vào năm 2012 cho thấy sinh sống ở những khu vực thành thị nhất làm tăng khả năng mắc tâm thần phân liệt lên gấp 2.37 lần so với sinh sống ở những vùng nông thôn điển hình. Tiếp xúc sớm với thành thị hóa làm tăng nguy cơ phát triển loạn thần (March, Hatch, & al, 2008) với một số nghiên cứu cho thấy sức ảnh hưởng khi sinh ra ở thành thị làm tăng gấp đôi nguy cơ phát triển loạn thần khi trưởng thành (Marcelis & al, 1998; Marcelis, Takei, & al; Pedersen & Mortensen, 2001a; (Pedersen & Mortensen, 2001b)). Nghiên cứu của Pedersen và Mortensen năm 2001b cũng cho thấy giáo dục ở thành thị liên quan tới nguy cơ mắc tâm thần phân liệt cao. Họ tìm thấy mối quan hệ giữa liều và phản ứng, trong đó yếu tố nguy cơ tăng cao tương đương với mức độ tiếp xúc càng cao, thể hiện qua mức độ thành thị hóa và khoảng thời gian sinh sống ở đô thị. Cá nhân sinh sống ở thành phố trong mười lăm năm đầu ở khu vực thành thị sầm uất nhất có nguy cơ mắc tâm thần phân liệt cao gấp 2,75 lần. Sức ảnh hưởng từ thành thị không thay đổi sau khi các nhà nghiên cứu đã kiểm soát những yếu tố gây nhiễu khác (Krabbebandam & van Os, 2005).

Tóm lại, chúng ta phải nhận ra rằng 1) yếu tố xã hội có thể ảnh hưởng lên sự phát triển của não bộ, 2) một vài yếu tố xã hội có thể ảnh hưởng lên mức độ dễ tổn thương tinh thần, và 3) nhiều yếu tố xã hội có thể gây ảnh hưởng xuyên suốt cuộc đời, gây nên những gánh nặng phát triển tâm lý. Tổn thương tâm lý cũng có thể là hệ quả từ sự tương tác giữa xã hội và môi trường chồng lấn lên nhau hay củng cố lẫn nhau về yếu tố nguy cơ cùng với những khiếm khuyết phát triển thần kinh di truyền và không di truyền (Boydell, Os, & Murray, 2004).

YẾU TỐ TÂM LÝ

Chỉ trích và thái độ thù địch có thể làm tăng nguy cơ tái phát tâm thần phân liệt ở bệnh nhân. Nam giới mắc tâm thần phân liệt thường phải nhập viện lại nếu họ sống với vợ hay cha mẹ. Người thân của bệnh nhân được phỏng vấn trước khi bệnh nhân xuất viện. Và câu trả lời của họ được dùng để làm thước đo “Cảm xúc được bày tỏ” (EE). Mức EE cao đại diện cho câu trả lời phản ánh thái độ tiêu cực với bệnh nhân, bộc lộ thái độ thù địch hay không ngừng chỉ trích hành vi của bệnh nhân.

Mặt khác, một số gia đình có vẻ bảo vệ quá mức. Người thân được xem là xen lẫn cảm xúc bản thân quá nhiều nếu họ phản ứng một cách quá lo âu hay những kiểu hy sinh bản thân quá mức. Đây cũng được coi như là một dạng EE cao. Bệnh nhân sống với ít nhất một người có EE cao thì thường dễ tái phát bệnh trong 9 tháng

đầu sau khi xuất viện so với những người sống với người thân có EE thấp (Oltmanns & Emery, 2014).

Một nghiên cứu kéo dài 26 năm được xuất bản vào năm 2010 cho thấy bệnh nhân tâm thần phân liệt có kết quả điều trị tệ hơn nhiều khi so sánh với bệnh nhân mắc những dạng rối loạn tâm lý khác, ngoại trừ chứng sa sút trí tuệ. Ngoài những yếu tố trên, còn những yếu tố nguy cơ khác liên quan đến quá trình hồi phục theo sau bởi giai đoạn tái phát bệnh mà hầu hết bệnh nhân tâm thần phân liệt đều trải qua. Những yếu tố này có thể liên quan đến căng thẳng hoặc mức độ dễ mắc loạn thần. Mặc dù những yếu tố này không gây ra giai đoạn loạn thần nhưng chúng ảnh hưởng đến tiến trình bệnh và dẫn đến phục hồi kém cho dù bệnh nhân sử dụng những loại thuốc chống loạn thần đã được chứng minh là có hiệu quả (Jobe & Harrow, 2010).

KHÁC BIỆT VỀ GIỚI

Những bằng chứng hiện tại cho thấy nam giới dễ phát triển tâm thần phân liệt hơn nữ giới từ 30 đến 40%. Độ tuổi phát bệnh trung bình ở nam giới sớm hơn 4 đến 5 năm so với nữ giới. Bệnh nhân nam giới cũng thường trải qua nhiều triệu chứng âm tính hơn bệnh nhân nữ giới. Họ cũng có tiến trình bệnh mạn tính hơn và tệ hơn.

Những yếu tố gây ra sự khác biệt này có thể là sự khác biệt về sinh lý giữa nam giới và nữ giới; ví dụ như: hoóc môn, hay sự

khác biệt về thời gian và môi trường, như những áp lực có liên quan đến vai trò giới. Một cách tiếp cận khác nhấn mạnh rằng tâm thần phân liệt có thể có hai tiểu dạng khác nhau: một dạng với độ tuổi phát bệnh sớm và ảnh hưởng lên nam giới nhiều hơn lên nữ giới, và một dạng phát bệnh trễ hơn và ảnh hưởng lên nữ giới nhiều hơn lên nam giới. Những cách tiếp cận này cho rằng bệnh có thể được quyết định sẵn theo di truyền cùng với việc khởi phát các triệu chứng do những yếu tố môi trường gây ra (Oltmanns & Emery, 2014).

ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP



Tâm thần phân liệt là một dạng rối loạn nghiêm trọng và phức tạp cần được chữa trị trong thời gian dài. Thuốc chống loạn thần là phương thức chữa trị chủ yếu giúp kiểm soát triệu chứng. Ngoài ra, tâm lý trị liệu cũng được dùng để chữa trị cho bệnh nhân tâm thần phân liệt. Phương pháp

này giúp cải thiện các kỹ năng xã hội và công việc (Oltmanns & Emery, 2014).

THUỐC

THUỐC CHỐNG LOẠN THẦN ĐIỂN HÌNH (THUỐC ĐỜI THỨ NHẤT)

Ví dụ: Chlorpromazine, Reserpine (Bennette, 2003)

Thuốc chống loạn thần điển hình là loại thuốc đầu tiên dùng để chữa trị cho tâm thần phân liệt, thường được gọi là thuốc an thần. Chúng làm giảm nồng độ dopamine trong não bằng cách chặn cơ quan thụ cảm D2 tại các đường viền giữa. Các loại thuốc này cũng giúp giảm mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng dương tính. Các triệu chứng dương tính như ảo giác phản ứng với thuốc chống loạn thần tốt hơn những triệu chứng âm tính (Oltmanns & Emery, 2014). Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc chống loạn thần lâu dài thường tạo ra những tác dụng thần kinh phụ, được biết như chứng ngoại bó tháp thần kinh (extrapyramidal), bao gồm: bồn chồn và hấp tấp, cử động chậm chạp, run rẩy, cơ cứng đau nhức, tê liệt tạm thời, tăng cân, thay đổi về nhịp thở và tốc độ tim đập... (Smith & Segal, 2016).

Một tác dụng phụ nghiêm trọng về vận động khi sử dụng thuốc đời đầu tiên chữa trị tâm thần phân liệt là tổ hợp các triệu chứng loạn vận động muộn gồm những vận động dị thường không tự chủ được ở vùng miệng và mặt như lưỡi lồi ra ngoài, môi uốn lại. Nó cũng bao gồm sự co thắt của các chi và thân, dẫn đến cơn đau ở các ngón tay và ngón chân. Những triệu chứng này thường không thể phục hồi và khiến bệnh nhân và gia đình họ cực kỳ đau buồn (Oltmanns & Emery, 2014).

THUỐC CHỐNG LOẠN THẦN KHÔNG ĐIỂN HÌNH (ĐỜI THỨ HAI VÀ ĐỜI THỨ BA)

Ví dụ: Clozapine, Asenapine (Saphris) (Frankenburg, 2015)

Thuốc chống loạn thần không điển hình là dạng thuốc đời thứ hai và đời thứ ba chữa trị tâm thần phân liệt. Thay vì gây ảnh hưởng tới nồng độ dopamine, những loại thuốc này kích thích cơ quan thụ cảm NMDA. Nhờ vào hiệu quả tốt hơn và ít các triệu chứng ngoại bó tháp thần kinh hơn so với thuốc đời thứ nhất, những loại thuốc không điển hình này hiện nay được sử dụng rộng rãi hơn để điều trị bệnh (Bennette, 2003). Tuy nhiên, ngược lại với khẳng định ban đầu, thuốc chống loạn thần không điển hình không có nhiều hiệu quả đối với các triệu chứng âm tính so với thuốc chống loạn thần đời thứ nhất (Oltmanns & Emery, 2014).

Tuy nhiên, một số tác dụng phụ của thuốc chống loạn thần đời thứ hai khá nghiêm trọng. Khoảng 1 đến 2% bệnh nhân giảm bạch huyết cầu, ở một số trường hợp có thể gây chết người. Vì lý do này, những bệnh nhân sử dụng các loại thuốc này cần phải thử máu thường xuyên để sàng lọc các dấu hiệu bất thường (Bennette, 2003). Một số các tác dụng phụ khác có thể bao gồm béo phì, tiểu đường và tăng huyết áp. Điều này dẫn đến việc nhiều bệnh nhân bỏ thuốc và do đó làm tăng khả năng tái phát bệnh (Oltmanns & Emery, 2014).

ECT

ECT là một trong những phương pháp chữa trị vật lý sớm nhất cho tâm thần phân liệt, là liệu pháp sử dụng dòng điện nhỏ chạy qua não để kích hoạt một cơn động kinh nhẹ và cải thiện trạng thái tâm thần của bệnh nhân khi họ đang dưới tác dụng của thuốc gây mê. Nói chung, ECT được cho là có hiệu quả đối với những dạng tâm thần phân liệt cấp tính và tiền cấp tính, nhưng không hiệu quả đối với

những trường hợp tâm thần phân liệt mạn tính.

Với sự ra đời của thuốc chống loạn thần, việc sử dụng trị liệu sốc điện đã giảm dần. Vẫn còn có nhiều tranh cãi xoay quanh việc sử dụng ECT vì những tác dụng phụ mà nó có thể mang lại, thường là các vấn đề liên quan đến những cơn động kinh mà ECT kích hoạt và sử dụng thuốc gây mê với bệnh nhân trước khi trị liệu (Bennette, 2003).

CAN THIỆP TÂM LÝ XÃ HỘI

Bên cạnh thuốc, can thiệp tâm lý xã hội cũng rất quan trọng bởi vì nó cung cấp cho bệnh nhân những phương pháp để hoạt động bình thường trong xã hội và ngăn ngừa tái phát bệnh. Thuốc và can thiệp tâm lý xã hội đã được chứng minh là có hiệu quả hơn khi được dùng chung hơn khi được dùng riêng. Dưới đây là một số phương pháp can thiệp tâm lý xã hội thông dụng.

TRỊ LIỆU TÂM LÝ CÁ NHÂN

Được cung cấp bởi những chuyên gia trị liệu, trị liệu tâm lý cá nhân giúp đỡ bệnh nhân ở nhiều mặt. Ngoài việc giảm nguy cơ tái phát bệnh, trị liệu còn khuyến khích bệnh nhân giải quyết vấn đề và nâng cao khả năng làm việc và hành nghề.

CAN THIỆP GIA ĐÌNH

Trong lúc chữa trị, các thành viên trong gia đình thường là những người chăm sóc bệnh nhân và vì thế có ảnh hưởng lớn đến tiến triển chữa trị của bệnh nhân. Vì thế, việc thành viên trong gia đình hiểu được tâm thần phân liệt là gì là điều cực kỳ quan trọng, cũng như vai trò của họ trong quá trình phục hồi của bệnh nhân. Họ cũng cần biết được cách giao tiếp với bệnh nhân để có thể giúp đỡ được bệnh nhân và giúp bản thân đối phó với những khó khăn về mặt cảm xúc (Smith & Segal, 2016).

RÈN LUYỆN KỸ NĂNG XÃ HỘI VÀ LÀM VIỆC

Bệnh nhân mắc tâm thần phân liệt thường rất khó kiếm việc hay duy trì công việc của mình vì bản chất của bệnh và những định kiến về nó trong xã hội. Cung cấp bệnh nhân kỹ năng xã hội và làm việc giúp họ duy trì lao động. Những phương pháp hành vi (làm mẫu, hướng dẫn, tăng cường tích cực) đã được chứng minh là giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng (Bennette, 2003).



NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Đỗ Khả Tú | Hoàng Thu Trang

Biên dịch: Nguyễn Đỗ Khả Tú | Hạ An

CHƯƠNG 6

RỐI LOẠN BIẾNG ĂN

Trong nhiều nền văn hoá khác nhau, vẻ đẹp ngoại hình luôn là một trong nỗi ám ảnh của con người từ cổ chí kim. Sự bùng nổ của các phương tiện truyền thông, đặc biệt là các công cụ mạng xã hội đã tác động không nhỏ tới vấn đề ngoại hình, nhất là những thanh thiếu niên mới lớn. Nếu như những bạn nam bị ám ảnh về vấn đề cơ bắp và gương mặt điển trai, thì các bạn nữ lại bị lo lắng về thân hình mảnh dẻ và vẻ đẹp hoàn mỹ. Vậy có mối liên hệ nào giữa những nỗi ám ảnh này với việc các bạn trẻ, đặc biệt là nữ giới mắc phải các căn bệnh rối loạn ăn uống?

Trong DSM-V, có 6 loại rối loạn tâm lý liên quan tới vấn đề ăn uống được liệt kê trong danh mục chẩn đoán, tuy nhiên, việc nhóm lại các loại rối loạn này với nhau vẫn còn gây tranh cãi. Chương này trong sách sẽ tập trung vào 3 căn bệnh phổ biến nhất là bệnh biếng ăn tâm lý, chứng ăn-ói và bệnh hấu ăn. Chương này cũng sẽ đề cập sơ lược về việc phân biệt giữa rối loạn tâm lý hấu ăn và sự liên quan tới việc bệnh béo phì có phải là một rối loạn tâm lý hay không. Nói chung, vấn đề ngoại hình bao gồm cân nặng và dáng hình là điểm cốt lõi của các chứng rối loạn ăn uống này, đặc biệt là trong giới trẻ và nữ giới.

CHỨNG BIẾNG ĂN TÂM LÝ

Chứng biếng ăn tâm lý, còn gọi là “cảm thấy chán ăn do lo lắng”, là một bệnh lý về ăn uống, mà người bệnh trải qua một nỗi sợ hãi cùng cực về việc tăng cân hoặc lượng mỡ trong cơ thể, cộng với việc cắt giảm một phần hoặc toàn bộ lượng thức ăn đưa vào cơ thể, dẫn đến việc trọng lượng cơ thể bị suy giảm nghiêm trọng (Butcher et al, 2013). Căn bệnh này không phải là một hiện tượng mới xảy ra trong thời đại hiện nay. Nó vốn từ lâu đã là một vấn đề sức khỏe xảy ra hàng thế kỉ trước. Bệnh chán ăn tâm lý khác với hội chứng mất kinh, vốn có nhiều biểu hiện tâm lý lâm sàng tương tự (Attia & Roberto, 2009). Hầu hết những người mắc chứng biếng ăn tâm lý là nữ giới, đặc biệt là những bạn gái trẻ và giới nghệ sĩ trong showbiz; tuy nhiên, hiện nay số lượng nam giới mắc chứng này cũng bắt đầu có dấu hiệu gia tăng.

Những bệnh nhân mắc hội chứng biếng ăn tâm lý thường không chấp nhận rằng họ đang mang căn bệnh này. Thậm chí họ còn tự hào và thoả mãn với cơ thể gầy gò đó, hoặc thậm chí còn cố giảm cân thêm nếu họ cảm thấy họ không đủ “ốm”. Thường thì hình ảnh của chính họ trong gương bị bóp méo khiến họ luôn cảm thấy bản thân mình béo mặc dù họ đã rất gầy.

Có 2 loại biếng ăn tâm lý: loại hạn chế tối đa và loại ăn liên tục rồi tống ra ngay. Ở loại đầu tiên, bệnh nhân thường cố hết sức để hạn chế tối đa việc thu nạp lượng thức ăn hoặc lượng calorie. Còn loại thứ 2 thì tương tự như những bệnh nhân mắc chứng ăn-ói, chỉ khác là những bệnh nhân biếng ăn hầu hết thời gian sẽ không ăn hoặc nếu ăn

liên tục rồi tìm cách tổng ra ngay lập tức, trong khi những người ăn-ói có thể ăn bình thường, nhưng có xu hướng tự làm mình ới để giảm lượng thức ăn tiêu thụ.

Theo thống kê có khoảng 4.2% phụ nữ chịu đựng chứng biếng ăn và 4% trong số đó tử vong vì căn bệnh này. Không may là chỉ có 30% số người mắc bệnh này ở Mỹ được chữa trị kịp thời.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Dựa theo DSM-V, một người được chẩn đoán là biếng ăn tâm lý nếu họ có những triệu chứng lâm sàng sau:

- Cắt giảm một cách đáng kể nguồn năng lượng cần thiết cho cơ thể, dẫn đến sự sụt cân trầm trọng và cân nặng ở mức thấp báo động theo độ tuổi, giới tính, giai đoạn phát triển và sức khỏe thể chất. Cân nặng ở mức thấp báo động được định nghĩa là chỉ số cân nặng cơ thể ở mức dưới bình thường hoặc thấp hơn mức cho phép.

- Sợ hãi một cách cực việc tăng cân hoặc trở nên béo, hoặc những hành vi trường kì nhằm giảm cân, mặc dù cân nặng đã ở mức thấp báo động.
- Nhận nhận sai lệch về cân nặng cơ thể hoặc dáng người, ảnh hưởng tới việc tự đánh giá khách quan về trọng lượng và vóc dáng, hoặc thường xuyên thiếu quan tâm tới việc trọng lượng cơ thể đang ở mức báo động.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Tâm là một cô gái xinh đẹp, có sức hút, học trung học, 15 tuổi, sống trong một thành phố lớn với gia đình của em. Mọi người xung quanh khen em là một đứa con ngoan và một học sinh giỏi. Lần đầu tiên khi cha mẹ em bắt đầu trở nên vô cùng lo lắng về chế độ ăn uống và cơ thể em là khi họ phát hiện xu hướng giảm cân liên tục của em cho đến khi em chạm mức 36kg dù em cao 158cm. Sau khi gặp chuyên gia tâm lý học lâm sàng, em có vẻ như được chẩn đoán bị chứng chán ăn tâm thần và phải bắt đầu điều trị ngay lập tức.

Về ngoài tiêu tụy và ốm yếu của Tâm làm cho mọi người xung quanh em lo lắng và lo ngại về chế độ ăn uống cũng như sức khỏe thể chất của em. Mặc dù chỉ số BMI em quá thấp và cơ thể em quá gầy, em vẫn tin rằng mọi thứ như vậy là “vừa vặn” với em. Em vẫn tiếp tục chế độ ăn uống nghiêm ngặt của mình và cẩn thận dò xét cân nặng cũng như những bộ phận trên cơ thể mình để đảm bảo em không có mỡ hoặc tăng một cân nào. Em có một nỗi sợ chết người về việc tăng cân, dẫn đến việc em từ chối bất kỳ những loại thức ăn nào có thể có nguy cơ làm em mập ra. Em sụt cân rất dễ, đôi khi còn sụt xuống một cách vô tình. Em đã giảm 10 kg trong vòng sáu tháng, và em vẫn khẳng khái theo đuổi chế độ ăn của mình vì nỗi sợ tăng cân lần nữa. Mỗi ngày, em dùng một chế độ ăn ít calories nhất mà em có thể đạt được, cũng như kiên trì đọc và tính toán lượng mỡ và calories của những bữa ăn của mình. Em ăn ba bữa, đôi khi chỉ hai bữa trong một ngày. Đa số những món ăn của em là trái cây và salad mà không có bất kỳ một loại nước sốt nào để ăn kèm. Em cũng uống nước quá nhiều để thay thế cảm giác đầy. Em thường uống soda ít đường để kiểm soát cảm giác thèm ăn khó chịu trường kỳ. Bố mẹ em thường hay động viên em ăn trong bữa tối nhiều hơn, và đôi khi em sẽ làm điều đó để vui lòng họ. Như một hậu quả, thỉnh thoảng em sẽ cố gắng nôn mửa sau bữa ăn tối vì em nghĩ rằng bố mẹ ép em ăn quá nhiều.

BỆNH ĂN-ÓI

Bệnh ăn-ói là một chứng bệnh được mô tả qua các vòng luẩn quẩn qua các giai đoạn ăn không ngừng nghỉ rồi lại dùng những cách thức không phù hợp để tránh việc tăng cân, như kích thích vom hợng để tự gây ới, hoặc sử dụng các chất kích thích nhuận tràng, nhịn ăn hoặc tập thể dục một cách điên cuồng. Điểm khác biệt lớn nhất của những bệnh nhân mắc chứng ăn-ới với những người mắc chứng biếng ăn tâm lý là họ không bị trọng lượng cơ thể ở mức thấp. Những người mắc chứng bệnh này sẽ cố kiểm soát những gì họ ăn và nguồn năng lượng thu nạp. Sau đó họ cảm thấy đói kinh khủng và điều này khiến họ ăn liên tục, nhưng rồi họ lại cảm thấy tội lỗi vì không kiểm soát được lượng thức ăn đó. Kết quả là, họ hoặc là sẽ nôn ra những gì đã ăn hoặc tập thể dục một cách điên cuồng, hoặc thậm chí kiểm soát 1 cách gắt gao hơn chế độ ăn uống để bù đắp lại.

Năm 2013, bệnh ăn-ới được thống kê ảnh hưởng tới 6.5 triệu người trên toàn cầu (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015). Ở phụ nữ, những người trẻ tuổi có nguy cơ mắc chứng bệnh này cao hơn. Khoảng 1.5% phụ nữ và 0.5% nam giới trải qua căn bệnh này trong cuộc đời (Hudson et al, 2007). Bệnh ăn ới ảnh hưởng nhiều nhất tới phụ nữ, vì 75%-90% số lượng người có những triệu chứng bệnh là nữ giới (Hoek & van Hoeken, 2003). Những người được sinh ra gần đây có mắc phải chứng bệnh ăn-ới này (Hudson et al, 2007)

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Theo DSM-V, một người được chẩn đoán mắc bệnh ăn-ới nếu họ có những dấu hiệu lâm sàng sau:

- Việc lặp đi lặp lại các giai đoạn ăn điên cuồng, trong đó việc ăn điên hấu được mô tả là:
 - Ăn một khối lượng thức ăn lớn trong một khoảng thời gian ngắn, lượng thức ăn lớn hơn khối lượng thức ăn 1 người bình thường ăn trong cùng khoảng thời gian.
 - Cảm thấy thiếu sự kiểm soát trong giai đoạn đó
- Việc lặp đi lặp lại những hành vi không phù hợp nhằm hạn chế tăng cân, như là tự gây ới, tự ý sử dụng các chất gây nhuận tràng, nhịn đói hoặc tập thể dục quá độ.
 - Cả việc ăn điên hấu và việc gây cản trở cơ thể hấp thụ thức ăn diễn ra trung bình ít nhất 1 lần 1 tuần trong 3 tháng
- Việc tự đánh giá bản thân phụ thuộc nhiều vào cân nặng và vóc dáng
 - Bệnh không xảy ra đồng thời trong thời gian bị biếng ăn tâm lý.

BỆNH HÁU ĂN

Bệnh hấu ăn được nhận diện là một khuynh hướng ăn không có sự kiểm soát. Người bệnh phải có ít nhất một trong 3 dấu hiệu:

- Ăn nhanh hơn bình thường
- Ăn cho tới khi cảm thấy phát ách, no một cách khó chịu.
- Ăn kể cả khi không đói
- Ăn một mình và cảm thấy tự xấu hổ với lượng thức ăn mình ăn.
- Có những cảm xúc tiêu cực về bản thân với khối lượng thức ăn mình ăn.

Những người mắc chứng háu ăn không cảm thấy thoải mái với cảm giác ăn uống, nhưng thường cảm thấy đau khổ khi ăn. Họ khác với những người mắc bệnh ăn-ói ở chỗ họ không thể hiện những hành vi kiểm soát lại lượng thức ăn đưa vào và thường bị béo phì. Trong khi đó, những người mắc chứng ăn-ói thường rơi vào trong khoảng hơi thiếu cân hoặc thừa cân nhưng không bị béo phì.

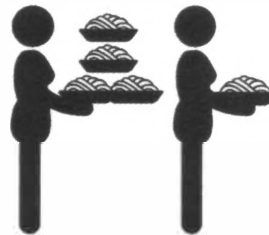
3.5% phụ nữ ở nước Mỹ, 2% nam giới, và tới 1.6% thanh thiếu niên trải qua hội chứng háu ăn trong một giai đoạn nào đó trong đời, khiến cho căn bệnh này trở thành căn bệnh liên quan tới ăn uống phổ biến nhất nước Mỹ (Hudson et al., 2007; Swanson et al., 2011). Độ tuổi trung bình của người mắc chứng bệnh này là vào khoảng 20 tuổi (Kessler et al., 2013)

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Theo DSM-V, một người được chẩn đoán là mắc chứng háu ăn nếu họ có những triệu chứng lâm sàng sau:

- Việc lặp đi lặp lại các giai đoạn ăn điên cuồng, trong đó việc ăn điên hấu được mô tả là:
 - Ăn một khối lượng thức ăn lớn trong một khoảng thời gian ngắn, lượng thức ăn lớn hơn khối lượng thức ăn 1 người bình thường ăn trong cùng khoảng thời gian.
 - Cảm thấy thiếu sự kiểm soát trong giai đoạn đó
- Chứng háu ăn liên quan tới 3 trong số các dấu hiệu:
 - Ăn nhanh hơn bình thường.
 - Ăn cho tới khi thấy phát ách.

- Ăn một lượng lớn thức ăn ngay cả khi không thấy đói.
- Ăn một mình và cảm thấy tự xấu hổ với lượng thức ăn mình ăn.
- Cảm thấy kinh tởm, trầm cảm và tội lỗi sau đó.
- Biểu lộ nỗi đau khổ khi bị háu ăn
- Việc háu ăn diễn ra trung bình ít nhất 1 lần 1 tuần trong 3 tháng
- Bệnh không liên quan tới việc lặp lại các hành vi tự kiểm soát lượng thức ăn trong như bệnh ăn-ói và cũng không diễn ra đồng thời với bệnh biếng ăn tâm lý.



NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Các bệnh rối loạn tâm lý liên quan tới ăn uống như bệnh biếng ăn tâm lý, bệnh ăn-ói, hay bệnh háu ăn là kết quả của nhiều nguyên nhân khác nhau. Từ tiêu chuẩn thẩm mỹ do xã hội đặt ra cho tới những lời nhận xét vô tâm của những người thân hay bạn bè, rối loạn tâm lý liên quan tới ăn uống là tổ hợp của nhiều căn nguyên tác động từ bên ngoài.

Yếu tố hoàn cảnh gia đình có một chút khác biệt giữa những bệnh nhân mắc rối

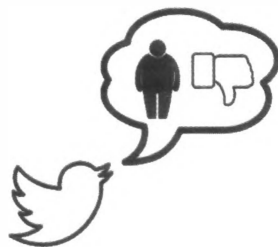
loạn tâm lý về ăn uống. Với những người mắc bệnh biếng ăn tâm lý, việc cha mẹ tỏ ra kiểm soát một cách công khai có thể là mầm mống tạo nên căn bệnh này. Cảm thấy chán nản với ranh giới nghèo nàn của cha mẹ, những đứa trẻ này dùng đến phương cách ăn uống kiêng khem để phân biệt chúng với cha mẹ mình, hoặc cũng có thể chỉ bởi chúng tin rằng đó là thứ duy nhất chúng tự nghĩ ra. Ngược lại, những người mắc chứng ăn-ói có thể sống trong một gia đình với một khoảng cách lớn

giữa các thành viên, đẩy chúng đến việc tạo ra các thói quen ăn uống thất thường nhằm tạo sự chú ý, hoặc để khoả lấp cái khoảng trống gây ra bởi bức tường vô hình giữa các thành viên. Khác với hoàn cảnh của hai căn bệnh trên, câu chuyện của bệnh nhân hấu ăn bao gồm các nhân vật mang tên “cha-mẹ” dùng thức ăn để làm hài lòng, làm phần thưởng hoặc gạt đi đứa trẻ. Tuy nhiên, có một vài điểm giống nhau trong quá trình trưởng thành của những bệnh nhân này. Ví dụ, bệnh nhân biếng ăn tâm lý và người bệnh ăn-ói có thể chứng kiến chính cha mẹ mình tập luyện quá đà, tự làm ới hoặc ăn kiêng quá mức. Cha mẹ của họ cũng có thể đặt nặng vấn đề ngoại hình và đánh giá về nhan sắc của họ. Nói chung, gia đình là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới khả năng bị bệnh của họ.

Khi một đứa trẻ lớn lên, chúng sẽ phải gặp phải những bước chuyển tiếp trong cuộc sống, một trong số đó có thể quá bất ngờ và kịch tính để chúng có thể vượt qua một cách toàn vẹn. Quá trình chuyển đổi có thể là sự khởi đầu của tuổi dậy thì, sự mất mát của một người thân, việc bắt đầu bước vào trung học hoặc đại học... Đối với một số bạn gái trẻ, tuổi dậy thì dường như khá đáng sợ. Những ý nghĩ về kinh nguyệt và trở thành một người phụ nữ trưởng thành có thể hù dọa và đẩy họ vào nỗi bất an. Do đó, nhận ra việc nhịn ăn theo một cách nào đó có thể ngăn chặn cơ thể của họ phát triển và trì hoãn quá trình dậy thì, đây rõ ràng là những bước đầu tiên của các bệnh rối loạn ăn uống. Ngoài ra, việc bước chân vào trường trung học hoặc đại học có thể ảnh hưởng đến thanh thiếu niên một cách đáng kể. Không quen với các phương pháp nghiên cứu, khối lượng công việc nặng hơn, mong muốn để hoà nhập hoặc được nổi tiếng có thể ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý của họ, do đó phá huỷ những thói quen ăn uống điều độ. Mất đi người thân như cha mẹ, anh

chị em ruột, hoặc một người bạn thân cũng có thể để lại những di chứng nặng nề đối với họ và do đó, việc ăn diên hấu hoặc kiêng khem như một cơ chế ứng phó. Ngoài tất cả điều này, thay đổi cuộc sống khác như di chuyển đến một thành phố hoặc quốc gia, mắc phải một căn bệnh nặng, đối mặt với một áp lực tài chính gia đình,... cũng có thể làm phát sinh các bệnh này. Trong những hoàn cảnh như vậy, người bệnh sử dụng các hành vi ăn uống bất thường để làm phân tâm và vượt qua các vấn đề của họ.

Ngoài ra, các căn bệnh này cũng có thể phát triển một cách dần dần hoặc đột ngột do xuất hiện những thay đổi lớn trong cuộc sống. Ban đầu, các rối loạn này có thể phát triển một cách kín đáo khi người bệnh đang cố gắng điều chỉnh để cuộc sống hàng ngày bình thường lại. Tham gia vào một hoạt động đòi hỏi phải giảm cân như múa ba lê, thể dục nhịp điệu hay thể dục có thể gây áp lực cho những người ăn kiêng để hòa nhập hoặc để trở nên thành công hơn. Tương tự như vậy, các công việc đòi hỏi một ngoại hình đẹp như người mẫu, diễn xuất... cũng có thể biến cơ thể của người bệnh rơi vào nỗi sợ hãi lớn nhất của họ. Cộng hưởng với những trường hợp này, nhữn trải nghiệm tổn thương hoặc chấn thương cũng có thể khơi mào những hành vi huỷ hoại mà khiến cho những người mắc bệnh cảm thấy bất lực.



Tiếp nhận những ý kiến tiêu cực hoặc thiếu tậ nhậ về hình ảnh cơ thể của người khác có thể phá vỡ sự tự tin và lòng tự

trọng của họ. Cùng với thiếu khả năng thích nghi, nỗi buồn và sự giận dữ của việc bị xa lánh, hoặc nỗi đau bị bắt nạt. Thất bại ở trường học, nơi làm việc, các hoạt động mang tính cạnh tranh hoặc các mối quan hệ tình cảm cũng có thể làm cho cuộc sống của một người trở nên bế tắc. Tội tệ hơn là các tình huống nêu trên là việc làm nạn nhân của lạm dụng thể chất hoặc tình dục. Theo NOVA (một seri phim tài liệu khoa học của Mỹ), một đến hai phần ba số bệnh nhân theo điều trị tại trung tâm điều trị rối loạn ăn uống có lịch sử bị lạm dụng tình dục hoặc thể chất. Nạn nhân của các cuộc tấn công tình dục, bất kể giới tính nào, có thể quá kiêng khem hoặc ăn quá đà để tìm một cảm giác được tự kiểm soát đã bị cướp khỏi bởi những kẻ hành hung. Trong số các nạn nhân nữ, việc phát sinh mong muốn giảm cân đến mức mà họ mất đi đặc tính sinh dục thứ cấp của họ (ví dụ bộ ngực) hoặc trở nên thừa cân khiến họ cảm thấy mất đi sự chú ý về thể xác. Trong những trường hợp này, thói quen ăn uống sai lầm được coi là một cơ chế ứng phó của người bệnh.

Đáng tiếc là, các vấn đề đề cập ở trên không được nhìn nhận một cách nghiêm túc khi chúng xảy ra với nam giới hơn. Theo trường Đại học Royal College of General Practitioners (RCGP), các quan niệm sai lầm rằng các rối loạn ăn chỉ xảy ra ở phụ nữ đẩy nam giới tới tình trạng nguy hiểm. Cùng với sự phân biệt giới tính và quan điểm về sự nam tính, rối loạn ăn uống được coi là "cấm kỵ" đối với các chàng trai và điều sỉ nhục nếu một người đàn ông mắc phải. "Thật là vô cùng khó khăn khi bạn có một rối loạn ăn uống, nhưng nếu bạn là một chàng trai thì khó khăn ấy lại còn tăng gấp bội", bác sĩ tâm thần Darren Cutinha nêu, "Những người nam giới cũng cần được hỗ trợ để đảm bảo họ có thể phục hồi." Do đó, các tác nhân bên ngoài ảnh hưởng tới cả nam và

nữ và không nên có sự kỳ thị hay xấu hổ đối với các bệnh về tâm lý, bất kể giới tính của bệnh nhân. Cần nhiều nỗ lực hơn để giúp phát hiện các dấu hiệu cảnh báo từ những bệnh nhân nam giới và khuyến khích họ lên tiếng khi họ cảm thấy bản thân có vấn đề.

Giống như căn nguyên từ bên ngoài của rối loạn ăn uống dường như có một mối liên hệ rất vững chắc tới cuộc sống của mỗi cá nhân, môi trường xã hội cũng là một nguồn nhiên liệu đáng kể để khởi đầu của những thói quen ăn uống bất thường. Sự hấp dẫn về hình thức của một người tỉ lệ thuận với khả năng họ được đánh giá cao và nhiều cơ hội hơn trong cuộc sống. Trong thực tế, điều đó chứng minh rằng đẹp là một đặc ân. Có thể hiểu là một ngoại hình hấp dẫn có thể để lại một ấn tượng tích cực đầu tiên. Ấn tượng đầu tiên của hầu như bất cứ điều gì có tác động rất mạnh mẽ; nó đọng lại trong tâm trí và ảnh hưởng đến cách mọi người nhìn nhận và đối xử với một cá nhân. Một khi nó đã ăn sâu vào trong tâm trí, rất khó để có thể thay đổi. Quan trọng hơn, ấn tượng tích cực đầu tiên có thể tạo ra hiệu ứng hào quang.



Được mô tả lần đầu tiên bởi nhà tâm lý học Edward Thorndike vào năm 1920, hiệu ứng hào quang là một sự thiên vị về nhận thức, trong đó ấn tượng chung của người quan sát về một người, công ty, ảnh hưởng thương hiệu, sản phẩm hay cảm xúc và thái độ của họ đối với nhân vật hoặc tài sản của con người đó. Ý nghĩa của tên hiệu ứng này là sự tái tạo lại hình ảnh

của một người có một vầng hào quang trên đầu của họ. Hiệu ứng này có thể khiến một đặc điểm của một người (ví dụ như vẻ đẹp hình thức) lấn át nhận thức của chúng ta về tất cả các đặc điểm khác của họ. Kết quả là, nếu chúng ta nhìn nhận một người là xinh đẹp, nhiều khả năng chúng ta thừa nhận họ là thông minh, tốt bụng, thú vị... Những người có ngoại hình bắt mắt, do đó, nhận được nhiều cơ hội và đối đãi tốt hơn trong cuộc sống. Điều đó giải thích vì sao sở hữu một thân hình quyến rũ là "điều tuyệt vời" trong xã hội của chúng ta.

Nếu cái đẹp về hình thể là điều đáng mong ước mà nó có thể mang lại nhiều lợi ích cho cá nhân, vậy cái gì thực sự gọi là "cái đẹp"? Đối với cả nam và nữ, tiêu chuẩn lý tưởng về thân hình thay đổi qua các thời kỳ. Từ 500-300 TCN ở Hy Lạp cổ đại, một cơ thể phụ nữ đẹp sẽ đầy đặn và nhiều đường cong trong khi một cơ thể nam giới chuẩn phải đại diện cho sự hoàn thiện về các chỉ số hình học cân xứng. Trong suốt triều đại nhà Hán (Trung Quốc, 206 TCN đến 220 SCN), phụ nữ có bàn chân nhỏ và những người đàn ông có khuôn mặt trái xoan, mũi dài được coi là đẹp. Italia trong thời Phục Hưng (1400-1700) đánh giá cao một cơ thể tròn ở nữ giới với đầy đủ hông và đôi hông đào khúng cùng với một cơ thể nam giới nam tính với cơ bắp rõ ràng. Hiện nay, với sự bùng nổ của văn hoá phương Tây, mặc dù cơ thể lý tưởng cho những người đàn ông và phụ nữ là khác nhau, có một sự tương đồng nhất định đó là nó không "béo". Mặc dù là cấu trúc xã hội thay đổi, tiêu chuẩn về đẹp vẫn còn ảnh hưởng đến cuộc sống của mọi người một cách đáng kể, đặc biệt là ngoại hình nữ giới được đánh giá cao và mong đợi. Như tiêu chuẩn về đẹp ngày nay nhấn mạnh độ mảnh mai và nổi ám ảnh về "béo" vẫn còn là một vấn đề chưa được giải quyết, nhiều người, đặc biệt là các cô gái trẻ và phụ nữ, sẽ làm bất

cứ điều gì để giảm thiểu kích thước cơ thể của họ, khiến họ có nguy cơ cao hơn về rối loạn ăn uống. Các ngôi sao điện ảnh, ca sĩ nổi tiếng, những người mẫu rạng rỡ luôn xuất hiện trong một thân hình tươi tắn và mảnh mai trong phương tiện truyền thông, cho thấy là việc gầy là một nét quyến rũ, gầy là một xu hướng. Hiểu được nhu cầu của xu hướng này, các công ty dinh dưỡng / dược phẩm vì lợi nhuận sản xuất vô số các sản phẩm khác nhau, từ máy đốt chất béo đến các loại thức uống ăn kiêng hứa hẹn sẽ cung cấp cho khách hàng một thân hình mảnh mai như mong muốn của họ. Để đạt được lợi nhuận, họ phải liên tục thúc đẩy hình ảnh cơ thể gầy. Trong thực tế, có một xu hướng thậm chí tôn vinh cơ thể biếng ăn, tuyên bố rằng bệnh biếng ăn tâm lý là một "lối sống" chứ không phải là một căn bệnh. Những xu hướng cho rằng việc thành công trong kiếm chế bản thân trong việc ăn uống là một bằng chứng của sự quyết tâm và sức mạnh. Sau này vô số các trang web và blog lan truyền các thông điệp "tạo cảm hứng" như "Bụng của bạn không cầu nhàu, nó đang vỗ tay!" hay "Tại sao ăn khi bạn có thể đẹp?" Phim ảnh, video ca nhạc, tạp chí, khá nhiều loại phương tiện truyền thông giải trí, miêu tả người gầy hạnh phúc, thành công và nổi tiếng, làm cho nhiều bạn trẻ tin rằng giảm cân là chìa khóa để giải quyết các vấn đề của họ. Kết quả là, họ tin rằng béo là nguyên nhân gây ra sự cô lập, chia tay, thất bại và như thế họ bắt đầu ăn kiêng quá mức. Đối với những lý do này, hiểu rõ về hiệu ứng hào quang và các tiêu chuẩn về đẹp của xã hội là rất quan trọng cho mọi người để đánh giá mọi thứ một cách khách quan hơn, và hơn nữa, để trân trọng sự đa dạng về cái đẹp.



Kết luận lại, tác nhân bên ngoài tới rối loạn ăn uống như bệnh biếng ăn tâm lý, bệnh ăn ói, và chứng háu ăn là rất đa dạng. Do đó, cuộc đấu tranh chống lại những rối loạn này không chỉ giới hạn trong các môi trường điều trị, mà còn nên kết hợp với các hoạt động xã hội khác và nhiều lĩnh vực khác, đặc biệt là giáo dục.

RỐI LOẠN TÂM LÝ CÙNG MẮC KHÁC

ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ CHỨNG CHÁN ĂN TÂM THẦN

Cách tiếp cận cũng như sự hiệu quả của các biện pháp điều trị cho rối loạn ăn uống là rất khác nhau. Đối với chứng chán ăn, điều trị thường nhắm đến hai mục đích: giúp bệnh nhân tăng cân đến một chỉ số nào đó, và rộng hơn là giải quyết vấn đề ăn uống.

Để đạt được mục tiêu đầu tiên, đôi khi bệnh nhân cần nhập viện nếu không có đáp ứng tốt với việc điều trị ngoại trú và/hoặc có những nguy cơ trầm trọng (như một vài bệnh nhân chán ăn có thể sụt nhiều cân đến mức nguy hiểm đến tính mạng). Bệnh nhân có thể được đưa vào những cơ sở hay khoa tâm thần, những nơi áp dụng cách tiếp cận quản lý đa chiều (từ bác sỹ tâm thần, nhà tâm lý học, bác sỹ, bác sỹ chuyên khoa dinh dưỡng, nhà sinh lý trị liệu).

Trong bệnh viện, bệnh nhân sẽ được truyền dinh dưỡng qua ven, hoặc bị bắt ăn, hoặc bị bắt tham gia những chương

Trong nhiều trường hợp, những người mắc chứng ăn-ói cũng bị trầm cảm. Các giai đoạn trầm cảm có thể phát sinh từ những thói quen tồi tệ trong ăn uống hay là một phản ứng tiếp theo trong quá trình một dạng rối loạn ăn uống trở nên trầm trọng. Trong một vài trường hợp khác, trầm cảm có thể liên quan đến sự khởi phát rối loạn ăn uống, và cả hai đều sinh ra từ sự thất vọng về hình thể và ý tưởng về việc gầy. Bất kể trầm cảm cùng mắc với rối loạn ăn uống ở giai đoạn nào, trầm cảm có thể khiến rối loạn ăn uống và sự suy giảm xã hội trầm trọng hơn.

Một vài rối loạn khác cùng xuất hiện với rối loạn ăn uống là rối loạn lo âu, rối loạn nhân cách và lạm dụng chất cần một cách nghiêm trọng.

trình trị liệu chuyên biệt để tăng cân. Việc nhập viện cũng giúp phòng ngừa hành vi tự sát của bệnh nhân, điều trị những bệnh tâm lý nghiêm trọng và cung cấp thuốc hợp lý. Tuy nhiên, các chuyên gia vẫn chưa tìm được một loại thuốc lý tưởng. Fluoxetine (1 loại SSRI) được dùng hữu hiệu trong can thiệp tái phát sau khi cân nặng được hồi phục. Một vài loại thuốc khác, như SSRIs, các thuốc chống loạn thần và thuốc kích thích vị giác Cyproheptidine cũng đang được sử dụng nhưng lợi ích của những loại thuốc này vẫn chưa được chứng minh.

Mục tiêu thứ hai của việc chữa chứng chán ăn tinh thần đòi hỏi rất nhiều nỗ lực từ những người thân cận với bệnh nhân. Nhiều bằng chứng cho thấy trị liệu gia đình có hiệu quả hơn điều trị cá nhân. Trị liệu gia đình có những tác động đáng kể đến những bệnh nhân trẻ mắc rối loạn ăn uống và còn sống phụ thuộc vào gia đình, đặc biệt là trước khi tình trạng trở nên mạn tính. Hình thức trị liệu này giúp bệnh nhân hiểu được ảnh hưởng của bệnh đến

mối quan hệ của họ với gia đình. Bên cạnh phương pháp trị liệu gia đình, sự can thiệp nói chung của gia đình và sự động viên của bạn bè cũng có vai trò quan trọng.

Một số phương pháp điều trị cá nhân được sử dụng bao gồm CBT tập trung vào điều chỉnh những suy nghĩ và hành vi tiêu cực, trị liệu theo hướng nữ quyền- động viên những thiếu nữ trẻ tránh việc áp đặt mù quáng những chuẩn mực xã hội tiêu cực về cái đẹp và tập trung vào vẻ đẹp cá nhân, và liệu pháp tâm động học đã được cải tiến của Bruch (1982) - nhằm điều chỉnh những nhận thức sai lệch về cá nhân.

ĐIỀU TRỊ CHỨNG ĂN-ÓI VÀ ĂN VÔ ĐỘ

Một số phương pháp điều trị chứng ăn-ói và ăn vô độ đã và đang được phát triển, trong đó những phương pháp tốt nhất bao gồm liệu pháp hành vi - nhận thức và thuốc chống trầm cảm.

Liệu pháp hành vi nhận thức được coi là “chọn lựa” của người bị rối loạn ăn uống, bao gồm cả điều trị và đề phòng tái phát. CBT là phương pháp có giới hạn thời gian và tập trung vào việc giúp người bệnh chống lại những suy nghĩ và tự thoại tiêu cực. Các nhà trị liệu tập trung vào việc xác định và thay đổi những đặc điểm trong các suy nghĩ, thái độ và niềm tin sai lệch có thể gây ra cho người bệnh những hành vi ăn uống tiêu cực. Lối tiếp cận về nhận thức hành vi coi việc ăn-ói là một sản phẩm của những nhận thức và suy nghĩ không đáp ứng phù hợp, bao gồm sự chú ý cực đoan vào cân nặng và hình thể; chủ nghĩa hoàn hảo; và cách suy nghĩ rành

rành “trắng-đen” (Fairburn, 1996). Trong hướng tiếp cận của Fairburn, quá trình điều trị có ba giai đoạn chính. Giai đoạn đầu tiên là bình thường hóa thói quen ăn uống, nhằm chấm dứt chu kỳ ăn và ói bất thường cùng cực. Giai đoạn thứ hai nhằm loại bỏ những suy nghĩ và niềm tin tiêu cực sai lệch về ngoại hình, vai trò xã hội và bản thân. Các kỹ thuật được sử dụng trong gian đoạn này nhằm điều trị trầm cảm hoặc xu hướng cầu toàn, và cải thiện vấn đề kém làm chủ sự kích động hay những mối quan hệ bị ảnh hưởng nếu cần thiết. Giai đoạn cuối cùng là sự chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân về những tái phát có thể diễn ra trong tương lai cùng với chiến lược đối đầu; cùng lúc đó phát triển những quan niệm thực tế về chế độ ăn, ăn vô độ và ám ảnh về cân nặng (Fairburn, 2002).

Nhìn chung, liệu pháp nhận thức hành vi giúp giảm hành động ăn vô độ và ói một cách đáng kể, có thể lên đến 80%. Hơn một nửa số bệnh nhân có thể ngưng hẳn thói quen ăn vô độ, và duy trì sự cải thiện từ 6 tháng đến 1 năm sau đó.

Thuốc không phải là lựa chọn đầu tiên để điều chỉnh rối loạn ăn uống. Tuy nhiên, cho chứng ăn vô độ và ăn-ói, thuốc trầm cảm (fluoxetine, desimipramine, imipramine...) được cho thấy là hữu hiệu ở một chừng mực nào đó. Việc bệnh nhân được kết hợp cả hai phương pháp để ngăn ngừa tái phát trong tương lai là quan trọng.

PHÒNG NGỪA

Câu hỏi liệu rối loạn ăn uống có thể phòng ngừa hay không là một trong những vấn đề quan trọng nhất trong việc giải quyết vấn đề rối loạn ăn uống, đặc biệt trong thời đại hiện nay với việc phụ nữ luôn bị ám ảnh bởi hình ảnh cơ thể và những tiêu chuẩn làm đẹp phi thực tế. Những chiến lược phòng ngừa hiệu quả bao gồm phát triển một cách rộng rãi giáo dục về những hậu quả nghiêm trọng của rối loạn ăn uống, cũng như việc giữ cho phụ nữ “miễn nhiễm” với văn hóa không hợp lý về sự gầy. Thêm vào đó, nỗ lực phòng ngừa thành công nhất là khuyến khích ăn uống

lành mạnh thay vì tập trung vào những thói quen ăn uống xấu. Điều này giúp thay đổi dự định và sự chú ý của con người từ một chế độ ăn tẻ sang ăn uống và vận động một cách lành mạnh. Không kém phần quan trọng đó là, những chương trình trao quyền xã hội cần được thiết lập để giúp phụ nữ và đàn ông tìm được sự cân bằng trong cuộc sống, giữa cảm giác được xã hội chấp nhận và cảm giác về giá trị bản thân và lòng tự tôn.

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyệt Minh | Đoàn Huỳnh Kim | Bạch Nguyễn Mai Phương | Nguyễn Thị Hồng Ngọc

Biên dịch: Vy Lê

CHƯƠNG 7

RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT

Chất được sử dụng thường xuyên trong cuộc sống chúng ta với những lý do khác nhau: làm phấn chấn tinh thần, giảm đau, làm thay đổi tâm trạng hay để giao tiếp. Mặc dù những chất gây nghiện khác nhau mang đến những ảnh hưởng khác nhau lên cơ thể, việc sử dụng không hợp lý có thể mang đến những hậu quả rất trầm trọng. Theo khảo sát đại diện quốc gia năm 2002, trong số 10 rối loạn tâm thần thường gặp nhất ở Việt Nam, rối loạn lạm dụng chất còn là phổ biến nhất (chiếm 5.3% dân số) trong khi ma túy đứng thứ 10 với độ phổ biến là 0.3% (Tomori et al., 2013). Gánh nặng kinh tế là một hậu quả xã hội phức tạp khác được gây ra từ vấn nạn thất nghiệp và bị mất việc làm vì sử dụng chất. Mặt khác, chi phí y tế bỏ ra không chỉ để điều trị rối loạn sử dụng chất mà còn để điều trị các bệnh liên quan đến việc tiêu thụ chất (ung thư, viêm gan, bệnh tim, HIV-AIDS) cũng là vấn đề lớn (Lachman, 2006).

Theo báo cáo từ Gánh nặng bệnh tật quốc tế 2000, gánh nặng bệnh tật do lạm dụng chất gây nghiện xảy ra ở các nước phát triển nhiều hơn ở nước đang phát triển. Số ca tử vong do rối loạn sử dụng chất xảy ra ở nam giới cao hơn 80% đối với sử dụng ma túy và 90% đối với thuốc lá. Tuy nhiên, các nghiên cứu mới cho thấy khoảng cách này đang dần thu hẹp lại do việc gia tăng sử dụng chất trong phái nữ (Grienfield et al., 2010).

Trước khi DSM-V được xuất bản vào năm 2013, DSM-IV chia rối loạn sử dụng chất thành hai loại: phụ thuộc chất gây nghiện và lạm dụng chất gây nghiện, còn DSM-V kết hợp cả hai vào thành một tên: rối loạn sử dụng chất với các mục phụ dựa vào mức độ nhẹ, vừa và nặng (bảng VII.1). Vì DSM-V vẫn còn tương đối mới, và một lượng lớn tài liệu hiện tại sử dụng cách phân chia của DSM-IV, chúng tôi xin giới thiệu các khái niệm của cả hai bản để độc giả có thể nắm được thông tin liên quan ở nhiều tài liệu khác nhau.

Theo như DSM-IV, **phụ thuộc chất** gồm 3 đặc điểm: dung nạp, cai và hành vi không cưỡng lại được việc sử dụng chất gây nghiện gồm triệu chứng về hành vi, tâm lý và tâm sinh lý khác. **Dung nạp** được biểu hiện bởi việc cần sử dụng chất nhiều hơn để đạt được cùng hiệu quả tương đương; hoặc bởi việc cảm thấy hiệu quả giảm đi khi tiêu thụ liều lượng quen thuộc. **Cai** chỉ những triệu chứng về tâm sinh lý hoặc nhận thức, xuất hiện khi ngừng sử dụng chất sau một thời gian dài dẫn đến việc suy giảm chất đó trong nồng độ máu hoặc mô. Các triệu chứng này thay đổi tùy theo các chất khác nhau. Sau đó bệnh nhân có thể tái sử dụng chất để làm giảm nhẹ hội chứng cai. **Hành vi không cưỡng lại được việc sử dụng chất** gồm những hành vi sử dụng chất mất thể kiểm soát mặc dù đã thấy được tác hại rõ ràng của chất lên các hoạt động xã hội và chức năng, và mặc dù người sử dụng cũng muốn cắt giảm.

Lạm dụng chất theo DSM-IV được biểu hiện bởi các hậu quả nghiêm trọng và lặp lại liên quan tới việc liên tục sử dụng chất. Những hậu quả đó gồm thất bại trong việc

hoàn thành trọng trách tại gia đình, trường học hoặc công sở, tiếp tục sử dụng kể cả trong trường hợp ảnh hưởng đến sức khỏe, hậu quả pháp lý và các vấn đề xã hội và cá nhân.

Chẩn đoán của lạm dụng chất theo DSM-V gồm 11 tiêu chí và các tiêu chí đó được chia thành 4 nhóm: suy giảm khả năng kiểm soát, suy giảm khả năng xã hội, sử dụng không an toàn và tiêu chuẩn dục lý. Rối loạn sử dụng thuốc cấp độ nhẹ được biểu hiện bởi sự xuất hiện của 2-3 tiêu chí, 4-5 đối với trung bình và lớn hơn 6 đối với nghiêm trọng.

Một thuật ngữ khác liên quan đến rối loạn sử dụng chất mà chúng ta vẫn thường hay nghe là **nghiện**, ám chỉ việc sử dụng chất quá nhiều, không cưỡng lại được và/hoặc độc hại (Montvilo, 2013). Thuật ngữ này không được dùng trong cả hai bản cẩm nang DSM để ngăn chặn việc kỳ thị những người bị rối loạn sử dụng chất (Montvilo, 2013). Trong một nghiên cứu về những người được thả ra từ trung tâm cai nghiện ma túy ở Hà Nội (Tomori et al., 2013), những người tham gia cho biết họ liên tục bị kỳ thị và phân biệt đối xử, bị nói là “bọn nghiện ngập” trong cộng đồng của họ. Việc này dẫn đến họ bị cô lập, gây ra căng thẳng trong gia đình, cản trở việc làm và làm trầm trọng thêm các vấn đề liên quan đến sử dụng chất của họ.

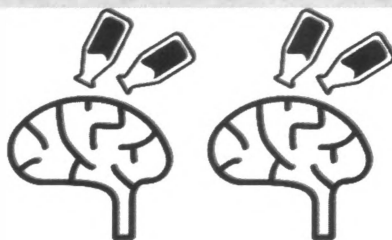
Dù rối loạn sử dụng chất cồn và ma túy thường hay bị gắn với suy đồi đạo đức (Kring et al., 2014) hoặc ý chí kém trong hành vi lối sống, nhiều bằng chứng đã cho thấy nguyên nhân dẫn đến rối loạn sử dụng chất có thể bao gồm các nhiều yếu tố sinh học, thần kinh và môi trường chứ không đơn thuần chỉ là sự lựa chọn cá nhân (Kring et al, 2014). Ví dụ, yếu tố di truyền có thể khiến một số người có nguy cơ mắc phụ thuộc chất hơn người bình thường (Lachman, 2006). Vì vậy, như những vấn đề tâm lý khác, ta cần hiểu hết các yếu tố xung quanh việc sử dụng chất của một cá nhân để có thể tìm thấy cách can thiệp hiệu quả.

Trong chương này, chúng tôi sẽ tổng quát các rối loạn liên quan đến sử dụng các chất thường gặp nhất có liên hệ tới Việt Nam, đó là: chất cồn (rượu bia), thuốc lá, và thuốc bất hợp pháp (bao gồm cần sa, thuốc phiện, chất kích thích và chất gây ảo giác).

RỐI LOẠN SỬ DỤNG CỒN

TÁC ĐỘNG CỦA CỒN LÊN CƠ THỂ

Tác động của cồn lên cơ thể phụ thuộc nhiều vào lượng và tần suất uống, có thể từ sự khó chịu tạm thời cho đến những tác hại vĩnh viễn. Những yếu tố cá nhân như tuổi, giới tính và trọng lượng cơ thể cũng ảnh hưởng đến tác động của cồn lên cơ thể (Dasgupta, 2011).



Tác động ngắn hạn của cồn khá phổ biến, xảy ra trong và sau khi uống vào buổi tối (Dasgupta, 2011). Với một liều lượng thấp, người uống có thể cảm thấy khoan khoái và trở nên thư giãn hơn. Khi liều lượng tăng dần, sự ức chế, phản xạ, nhận

thức và việc làm chủ hành động cũng dần bị sút kém. Việc tiêu thụ một lượng lớn chất cồn trong một thời gian ngắn có thể dẫn tới mất trí nhớ, bất tỉnh, rơi vào hôn mê, hay thậm chí tử vong (Dasgupta, 2011).

Việc tiêu thụ chất cồn quá nhiều trong một thời gian dài có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng lâu dài (Canadian Public Health Association, 2011). Nguy cơ đối với cơ thể bao gồm loét dạ dày, bệnh về gan (Canadian Public Health Association, 2011), giảm khối lượng xương, tăng khả năng đột quỵ, làm suy yếu hệ miễn dịch, vv (Dasgupta, 2011). Nguy cơ có hại cho

sức khoẻ tâm lý cũng nhiều như vậy, thậm chí có thể hơn. Não có thể bị hư hại nghiêm trọng bởi việc tiêu thụ cồn lâu dài, dẫn đến khả năng tư duy như kỹ năng cá nhân, trí nhớ và kĩ năng phân tích bị suy yếu. Trẻ vị thành niên đặc biệt nhạy cảm với tác động của cồn vì não của trẻ còn đang phát triển cho tới gian đoạn đầu của thời kì trưởng thành (Dasgupta, 2011). Ngoài việc dễ bị ảnh hưởng bởi những tác động ngắn hạn, tiêu thụ cồn trong giai đoạn này có thể dẫn tới những tác hại lâu dài lên các chức năng của não như về trí nhớ và trí tuệ, và những tật uống nguy hại như phụ thuộc và lạm dụng cồn.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

L. năm nay 30 tuổi và hiện tại đang thất nghiệp. Gia đình rất lo lắng về anh ta và việc anh ta uống rượu. Từ ngày bị đuổi việc, anh ta uống thường xuyên hơn. Anh ta thường bắt đầu ngày mới với 1 đến 2 ly rượu, sau đó thì ra ngoài với bạn vào buổi tối và say xỉn gần như mỗi đêm. Anh ta về nhà vào lúc 2- 3 giờ sáng, và dành hầu hết buổi sáng hôm sau để ngủ bù. Anh ta dường như chẳng bận tâm tìm việc mới. Mỗi lần bạn gái anh cố gắng nói về chuyện uống rượu và công việc của anh ta, L. rất dễ mất bình tĩnh, quát bạn gái mình và đôi khi còn định đánh cô ấy. Họ sau đó đã chia tay. Gia đình đang tìm cách động viên L. giảm uống rượu và đi đến trung tâm phục hồi.

Triệu chứng cai thường xuất hiện vài giờ đến vài ngày sau khi đã uống rượu rất nhiều trong thời gian dài dừng hoặc giảm uống. Chúng bao gồm những thay đổi về cả sinh lý và tâm lý như run tay, nôn nao, lo âu hay ảo giác (APA, 2013). Trong một vài trường hợp, người uống có thể sẽ trải qua cường sản rượu cấp do sự giảm nồng độ cồn trong máu bị giảm đột ngột (Kring et al., 2013). Họ có thể bị ảo giác khi mà họ cảm thấy những con vật khó chịu như gián, rắn hay tương tự bắt đầu bò lên khắp người hay tràn vào phòng (Kring et al., 2013). Các cơn co giật cũng có thể xảy ra.



Cồn (hoặc một chất gần như thế, như là benzodiazepine) được sử dụng để làm giảm nhẹ hoặc tránh đi các triệu chứng cai.

Theo WHO (2014), xu hướng tiêu thụ cồn tăng lên trong giai đoạn 1961- 2010 ở Việt Nam. Khoảng 6.6 lít cồn nguyên chất (bằng với 400 lon bia 5%) được tiêu thụ trên mỗi đầu người mỗi năm trong giai đoạn 2008-2010. Có một sự khác biệt rõ rệt về tiêu thụ cồn theo giới tính. Trung bình nam giới tiêu thụ hơn 12.1 lít cồn nguyên chất (733 lon bia) hằng năm, trong khi nữ giới tiêu thụ chỉ 0.2 lít (12 lon bia) (WHO, 2014).

Về sự lưu hành của rối loạn sử dụng cồn, Việt Nam ở mức 4.7% so với trung bình khu vực Tây Thái Bình Dương ở mức 4.6% năm 2010 (World Health Organization, 2014). Mặc khác, sự khác biệt theo giới tính vẫn tiếp diễn với nam giới chiếm 8.7% so với nữ giới ở mức 0.9%.

RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT KHÔNG HỢP PHÁP

CẦN SA

Cần sa là một chi thực vật, trong đó nhiều phần được sấy khô thành marijuana và hấp thụ bằng cách hút hoặc ăn. Marijuana chứa THC là chất tác động tâm thần được sử dụng rộng rãi với mục đích y tế và tiêu khiển. Tính hợp pháp của marijuana tùy từng nước trên thế giới và bị cấm làm chất tiêu khiển và dược phẩm tại Việt Nam.



Một điều quan trọng cần lưu ý là những loại cần sa khác nhau chứa nồng độ của THC khác nhau, và những người buôn thuốc có thể thêm một số chất nguy hiểm khác như cocaine, heroin, hoặc ngay cả chất ướp xác vào marijuana. Vì thế, thành phần trong các mẫu marijuana có thể thay đổi, dẫn đến khó khăn trong việc phán đoán chính xác những tác dụng của marijuana trong thực tế.

TÁC ĐỘNG CỦA CẦN SA LÊN CƠ THỂ

Là một chất tác động tâm thần, trong thời gian ngắn marijuana ảnh hưởng đến tâm trạng, nhận thức và sự tỉnh táo của người sử dụng. Người dùng có thể cảm thấy thư giãn và hạnh phúc hơn, trong khi các giác quan bị ảnh hưởng. Trí nhớ ngắn hạn, khả năng phán xét và phối hợp vận động cũng bị suy giảm, và dẫn đến việc người dùng dễ gặp nguy hiểm và chấn thương (Volkow et al., 2014). Phản ứng cơ thể đối với marijuana gồm tăng nhịp tim, mắt đỏ,

giãn nở đồng tử và tăng cảm giác thèm ăn.

Nghiên cứu về tác động lâu dài của marijuana đưa ra kết luận không đồng nhất, với các khẳng định về cả nguy hại và lợi ích. Một mặt, sử dụng marijuana có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh trầm cảm, loạn thần và lo âu. Mặt khác, marijuana cũng có những công dụng về mặt y dược trong việc giảm đau mãn tính và đau do nguyên nhân thần kinh cũng như là một tác nhân chống viêm. Tuy nhiên, việc sử dụng marijuana trong y tế còn gây nhiều tranh cãi khi các bằng chứng khoa học về độ an toàn của nó còn mâu thuẫn.

Trẻ vị thành niên đặc biệt dễ bị ảnh hưởng bởi những hậu quả tiêu cực của marijuana. Giống như chất cồn, THC có thể thay đổi quá trình phát triển và trưởng thành của bộ não. Chậm trưởng thành hơn so với những bộ phận khác nhưng tham gia vào những chức năng quan trọng như trí nhớ ngắn hạn, kiểm soát sự bốc đồng, điều tiết cảm xúc và xử lý vấn đề, thùy trước vỏ não dễ bị tổn thương vĩnh viễn vì sử dụng marijuana. Nguy cơ lạm dụng chất cũng tăng cao cùng với việc hút nhiều cần sa. Hơn nữa, vì marijuana ảnh hưởng tới trí nhớ ngắn hạn và khả năng học tập, người trẻ dùng cần sa có thể học tập kém và vì vậy ít khả năng theo đuổi việc học.

OPIOIDS

Opioids là một nhóm thuốc giảm đau hoạt động trên nguyên tắc giảm thiểu sự phản ứng của não bộ với những tác nhân gây đau đớn. Opioids thường được kê toa hoặc sử dụng bởi bác sĩ hoặc chuyên viên y tế để hỗ trợ giảm đau trong những trường hợp gây đau đớn như trong nha

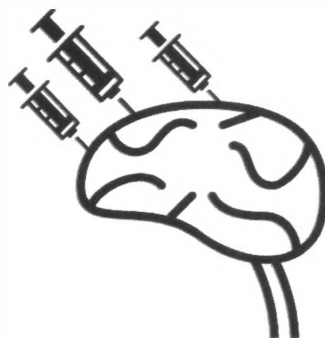
khoa hay phẫu thuật. Thuốc có thể kích hoạt cơ thể tự thưởng ở não, từ đó mang lại cảm giác hưng phấn cho một vài bệnh nhân. Opioids, vì thế, có thể sẽ được tiêu thụ vượt quá liều lượng thường dùng để giảm đau trong y tế. Những loại thuốc này thường được bất hợp pháp bởi những toa thuốc kê giả.

Opioids đã xuất hiện từ rất lâu trong lịch sử nhân loại, khởi đầu với cây thuốc phiện, được dùng để chế tạo morphine và sau đó là heroin. Morphine được biết đến là một loại thuốc giảm đau phổ biến được dùng trong chiến tranh, vì nó không ảnh hưởng đến sự tỉnh táo. Heroin trước đây được chiết xuất từ morphine, với ý định sử dụng như thuốc giảm đau không gây nghiện.

TÁC ĐỘNG CỦA OPIOIDS LÊN CƠ THỂ

Khi được chuyên gia y tế sử dụng, opioids là một loại thuốc giảm đau hiệu quả, rất ít hoặc không gây nghiện.

Tuy nhiên, việc sử dụng opioids thường xuyên và lâu dài có thể ảnh hưởng hệ tiêu hóa, gây táo bón nghiêm trọng. Opioids với liều lượng nhiều hơn có thể làm co đồng tử, gây mờ mắt. Quá trình tiêm thuốc vào cơ thể cũng tiềm ẩn nhiều rủi ro, như việc để lại nhiều vết kim tiêm trên da và khắp cơ thể. Khi những mạch nổi đã bị tổn hại do tiêm chích liên tục, người dùng có thể sẽ tiêm bằng đường dưới da, từ đó dẫn đến các tổn thương da nặng hơn. Nếu dùng kim tiêm không vệ sinh, người dùng chịu nhiều rủi ro mắc các bệnh nhiễm khuẩn như lao hay nhiễm virus như là viêm gan. Đặc biệt, bệnh nhân sử dụng opioid qua đường tiêm trực tiếp có 90% nguy cơ nhiễm HIV, tuy nhiên tỉ lệ chỉ còn 10% nếu kim tiêm đã được tiệt trùng (APA, 2013).



Opioids nếu hít hay ngửi có thể gây kích ứng cho lớp đệm niêm mạc của khoang mũi. Bệnh nhân cả hai giới đều có thể bị rối loạn tình dục; phụ nữ có nguy cơ hành kinh không đều (APA, 2013). Tử vong cũng là một rủi ro từ việc dùng opioids, từ nguyên nhân trực tiếp như dùng quá liều lượng hay những nguyên nhân gián tiếp như tai nạn, tổn thương hoặc bạo lực (APA, 2013).

CHẤT KÍCH THÍCH

Cocaine, amphetamine và methamphetamine là các chất kích thích mạnh và có tính gây nghiện cao. Theo DSM-V, rối loạn các chất kích thích có thể phát triển trong vòng một tuần từ lần sử dụng đầu tiên (APA, 2013).

Cocaine được tổng hợp từ lá coca, xuất xứ từ Bolivia, Peru và Columbia. Ở dạng nguyên chất, cocaine là chất có dạng bột, trắng, trong suốt (Drug Enforcement Administration, n.d.). Để tăng lợi nhuận, những người buôn thuốc thường làm loãng cocaine với những chất rẻ tiền khác. Trong quá khứ, cocaine được tiêu thụ qua việc nhai lá coca trong văn hoá nam Mỹ. Cocaine được coi là ít có tác dụng y tế, nhưng khả năng bị lạm dụng cao, nên hiếm khi được sử dụng trong y học.

Amphetamine và methamphetamine được phát triển làm thành phần thuốc chữa nhiều bệnh (Drug Enforcement Administration, 2015). Chúng có ở dạng

viên và bột. Tác động của amphetamine và methamphetamine giống cocaine, nhưng khởi phát chậm và kéo dài hơn. Ở Mỹ và Canada, amphetamine và methamphetamine chỉ được dùng kê đơn.

TÁC ĐỘNG CỦA CHẤT KÍCH THÍCH LÊN CƠ THỂ

Là một chất kích thích, tác động ngắn của cocaine bao gồm cảm giác phấn khởi, tăng sự tỉnh táo, sự cảnh giác và phấn khích (Drug Enforcement Administration, 2015). Người dùng cũng có thể trải qua cảm giác cáu gắt, lo âu và bị ức chế cảm giác thèm ăn. Các phản ứng sinh lý với cocaine bao gồm tăng huyết áp và nhịp tim, và giãn đồng tử. Các phản ứng dồn dập ban đầu sẽ giảm dần và sau đó là một thời kì suy sụp kiệt sức về cả thể chất và tinh thần với các triệu chứng của trầm cảm. Sự phụ thuộc vào cocaine hình thành nhanh chóng, và vì thế người dùng sẽ muốn một lượng dần dần lớn hơn sau thời kỳ kiệt sức.

Việc tiêu thụ cocaine nhiều và lâu dài thường dẫn đến hậu quả vĩnh viễn. Cơ quan phòng chống ma túy Hoa Kỳ (DEA) cho biết các xu hướng hành vi như thù địch, hoảng loạn, tự tử hay giết người thường liên quan đến người sử dụng quá nhiều. Người dùng có thể trải qua hoang tưởng, ảo giác âm thanh và hình ảnh.

Tác động về tâm trạng phấn khởi lên cao của amphetamine và methamphetamine tương tự với cocaine nhưng khởi đầu chậm hơn và kéo dài hơn, vì những chất này chuyển hoá trong cơ thể không nhanh bằng và lưu lại trong cơ thể nhiều hơn. Phản ứng sinh lý tương tự như nhau. Việc sử dụng lâu dài có thể dẫn đến nhiều triệu chứng của tâm thần phân liệt kèm theo các hành vi bất thường và bạo lực.

Tuỳ vào cách tiêu thụ chất kích thích mà các vấn đề y khoa có thể phát sinh sau đó (APA,

2013). Ví dụ, hít vào sẽ gây ra việc kích ứng, chảy máu đến phá hoại thành sụn mũi. Nhiễm trùng virus và vi khuẩn có thể xảy ra, cùng với nguy cơ nhiễm các bệnh qua đường tình dục như HIV khi tiêm qua ven. Hút methamphetamine cũng ảnh hưởng sức khoẻ răng miệng như sâu răng, bệnh về lợi hay đau miệng (APA, 2013).

Vì sự dung nạp hình thành nhanh, người dùng có thể sẽ liều lĩnh tìm cách có được nhiều thuốc hơn, và đẩy họ vào tình huống dễ bị chấn thương.

CHẤT GÂY ẢO GIÁC

Vừa có nguồn gốc tự nhiên từ tảo và thực vật và vừa được tổng hợp, Hallucinogens là một trong những loại thuốc cổ xưa nhất được dùng bởi nhiều nền văn hóa khắp thế giới (Parish, 2015). Hallucinogens là một nhóm các loại thuốc có thành phần đa dạng, và vì thế sẽ có các tác động khác nhau. Thông thường, chúng làm thay đổi nhận thức, tâm trạng và suy nghĩ của người sử dụng.

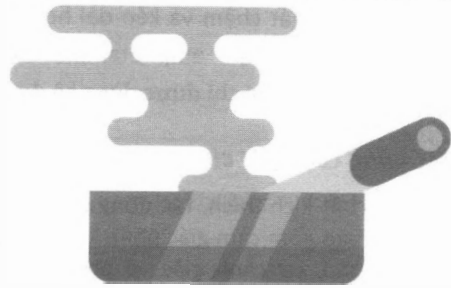
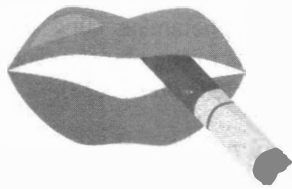
Là một chất tiêu khiển bất hợp pháp, bệnh nhân sử dụng hallucinogens có nhiều khả năng bị lạm dụng mà không phục vụ mục đích y tế. Những hợp chất gây ảo giác thường gặp có chứa Lysergic acid diethylamide (LSD), nấm và thuốc lắc. Chúng được hấp thụ vào cơ thể qua đường miệng hoặc được hút.

ẢNH HƯỞNG CHẤT GÂY ẢO GIÁC LÊN CƠ THỂ

Khi xâm nhập cơ thể, ảnh hưởng của LSD có thể kéo dài vài giờ đồng hồ. Người dùng có thể có những thay đổi về tâm trạng, gặp ảo giác và có cảm giác sai lệch về không-thời gian. Nhận thức thuộc thị giác như hình dạng, kích cỡ, chuyển động và màu sắc của mọi vật bị lệch lạc, tương tự với thính giác và xúc giác. Do nhận thức sút giảm, người dùng dễ tổn thương cơ thể hơn. Khi sử dụng quá liều, LSD gây ảo giác kéo dài, loạn thần và có thể tử vong.

RỐI LOẠN SỬ DỤNG THUỐC LÁ

TÁC ĐỘNG CỦA THUỐC LÁ LÊN CƠ THỂ



Hút thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây ra các bệnh có thể phòng tránh được (ASH, 2016) với khói thuốc chứa hơn 7000 hoá chất độc hại (Surgeon General, 2010a). Tác động của thuốc lá lên sức khoẻ thể chất khá là phổ biến với ước tính 80% tử vong từ ung thư phổi và 14% tử vong từ bệnh tim gây ra bởi việc hút thuốc (ASH, 2016). Thuốc lá có thể gây ra ung thư ở bất cứ bộ phận nào của cơ thể, điển hình là ung thư gan và ung thư miệng, qua việc phá hỏng DNA và làm suy yếu những tế bào chống lại các khối u (Surgeon General, 2010a). Thuốc lá gây ra một loạt các bệnh về phổi qua việc làm sưng lớp màng của phổi và ngăn cho phổi không thể trao đổi không khí. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm khí thũng phổi và viêm phế quản mạn tính là những bệnh không hồi phục được với 80% tử vong gây ra bởi hút thuốc (ASH, 2016). Viêm phổi và các vấn đề hô hấp khác cũng phổ biến ở người hút thuốc hơn so với người không hút thuốc. Hút thuốc cũng làm hình thành các mảng bám làm tắc và thu hẹp các động mạch, và có thể gây ra đau ngực, đột quỵ và đau tim.

Khói thuốc thụ động hay Khói thuốc từ môi trường bao gồm luồng khói phụ từ đầu thuốc bị đốt cháy và luồng khói chính mà người hút hít vào và thở ra. Khói thuốc thụ động được biết đến là chứa hơn 50 hoá chất gây ra ung thư (ASH, 2014). Tác động cấp tính của khói thuốc thụ động bao gồm khó chịu ở mắt, đau đầu, ho, nôn nao và chóng mặt. Khói thuốc thụ động đặc biệt nguy hiểm với người bị hen. Việc tiếp xúc thụ động với khói thuốc làm tăng nguy cơ ung thư phổi lên 20- 30% và nguy cơ bệnh tim mạch vành lên 25- 35% ở người không hút thuốc, theo một báo cáo của WHO năm 2004. Khói thuốc thụ động có những tác hại nghiêm trọng với trẻ con. Bằng chứng cho thấy tiếp xúc với khói thuốc trong nhà làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp dưới thêm 50% và gây ra nguy cơ cho rất nhiều các vấn đề về sức khoẻ như là hen, nhiễm trùng tai giữa, hay ung thư ở trẻ con (ASH, 2014). Phụ nữ mang thai hút thuốc có nguy cơ mắc các tai biến khi mang thai và sinh non, và đồng thời khiến cho con sinh ra mắc nguy cơ thiếu cân, chết trước khi sinh và hội chứng đột tử ở trẻ sơ (Surgeon General, 2010a).

Nicotine, chất gây nghiện trong thuốc lá, vừa là chất kích thích vừa là chất an thần. Nicotine kích hoạt một số chất dẫn truyền thần kinh, trong đó có dopamine, chất được cho là đóng vai trò vào sự khoan khoái mà người hút cảm thấy. Nó cũng có

tác dụng an thần tùy vào sự kích thích của hệ thần kinh và lượng nicotine hút vào. Nicotine có thể tác động lên não trong vòng 10s nếu được hấp thụ qua việc hút thuốc điếu (Psychology Today, n.d.).

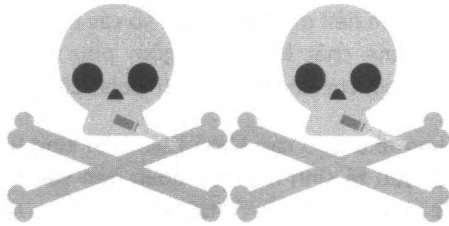
Một thông điệp mạnh mẽ trong báo cáo của Surgeon General về việc thuốc lá gây ra bệnh tật như thế nào (2010b) đó là: **không có một mức an toàn nào cho việc tiếp xúc với khói thuốc, và không tồn tại sản phẩm thuốc lá an toàn.** Điều này nhấn mạnh tính bức thiết của việc ngưng hút thuốc và phòng ngừa hút thuốc cho cộng đồng.

Giống các rối loạn sử dụng chất khác, rối loạn sử dụng thuốc lá được chẩn đoán dựa trên 11 tiêu chí trong DSM-V. Các hành vi sử dụng không an toàn với hậu quả pháp lý bao gồm việc hút thuốc ở nơi cấm, mua và sử dụng thuốc lá khi chưa đến tuổi hợp pháp, ở Việt nam là 18 tuổi. Triệu chứng của khiếm khuyết về xã hội trong trường hợp này có thể là việc cãi nhau với người khác về việc dùng thuốc lá hoặc rút lui khỏi các hoạt động xã hội do

vấp phải sự phản đối hút thuốc từ người khác (APA, 2013).

Dùng nạp thuốc lá xảy ra khi những người hút thuốc ngưng cảm thấy chóng mặt và nôn nao sau khi đã sử dụng liên tục và cảm thấy tác động thuốc mạnh hơn vào lần hút đầu tiên trong ngày. Việc ngưng hút thuốc có thể gây ra một loạt triệu chứng cai về sinh lý và tâm lý bao gồm: thao thức, tăng cảm giác thèm ăn, nôn nao, tâm trạng tệ như là dễ cáu giận, lo âu, tâm trạng u uất, khó tập trung và mất ngủ (APA, 2013).

Năm 2008, khoảng 40,000 ca tử vong do hút thuốc tại Việt Nam, và ước tính sẽ vượt quá 50,000 vào năm 2023 (WHO & Ministry of Health of Vietnam, 2010).



NGUYÊN NHÂN

YẾU TỐ VỀ GENE

Việc lạm dụng và sử dụng lâu dài các chất là yếu tố cần để dẫn đến rối loạn sử dụng chất; tuy nhiên, đó có thể không phải là lời giải thích đầy đủ cho cơ chế bệnh lý. Theo Kendler và cộng sự (2012), nguy cơ mắc rối loạn sử dụng chất do khác biệt về gene dao động từ 40- 70% trong một nhóm dân số, và nguy cơ cho mỗi chất là khác nhau. (Kendler et al., 2012). Nghiên cứu sinh đôi chỉ ra rằng các cặp sinh đôi cùng trứng có nguy cơ cao hơn các cặp sinh đôi khác trứng trong việc mắc rối loạn sử dụng cồn, hút thuốc hay dùng quá nhiều cần sa (Kring et al., 2013).

Gia đình của những người có vấn đề về uống rượu bia cũng có nhiều nguy cơ mắc

lạm dụng và phụ thuộc cồn hơn (Kring et al., 2013). Con cái của những người lạm dụng rượu bia có nguy cơ mắc phụ thuộc cồn gấp bốn lần (National Institute of Health, 2012). Một số nhóm sắc tộc như người châu Á có tỷ lệ về vấn đề sử dụng rượu bia thấp hơn, do những tác động sinh lý không dễ chịu sinh ra khi tiêu thụ dù chỉ một lượng nhỏ cồn, giúp ngăn họ uống quá nhiều. Những tác động này có thể là kết quả của sự thiếu hụt alcohol dehydrogenase (ADH) theo di truyền. Đây là loại enzyme có tác dụng chuyển hoá ethanol trong cơ thể (Kring et al., 2013).

Giống như các rối loạn tâm lý khác, vai trò của tương tác gene-môi trường rất quan trọng trong bệnh lý của rối loạn sử dụng

chất. Các điều kiện ngoại cảnh có thể giảm nhẹ tác động của yếu tố gene lên hành vi sử dụng chất (Kendler et al., 2012). Ví dụ, ảnh hưởng của yếu tố gene sẽ giảm nhẹ trong việc tiêu thụ rượu bia ở người theo tôn giáo cấm uống rượu bia; hoặc nguy cơ của việc hút thuốc do gene ở mức cao nhất ở những trường học có các học sinh nổi bật hút thuốc (Kendler et al., 2012).

YẾU TỐ VỀ THẦN KINH

Như đã đề cập ở trên, hệ thống dopamine, chất dẫn truyền thần kinh có liên quan cơ chế tự thưởng trong não, thường được kích thích khi tiêu thụ chất (Kring et al., 2013). Allele mang gene mã hoá cho tế bào thụ thể dopamine DRD2 có liên quan đến việc nghiện rượu ở những người da trắng, trong khi các biến thể của DRD2 có liên quan đến một số các rối loạn sử dụng chất khác bao gồm phụ thuộc nicotine, cocaine và opiod (Noble, 2003).

Theo như báo cáo khoa học thần kinh về các yếu tố sinh học liên quan đến vấn đề sử dụng chất của WHO (2004), việc sử dụng chất kinh niên có thể thay đổi chức năng của nhiều bộ phận trong não, trong đó có những bộ phận quan trọng liên quan đến chức năng tư duy và quá trình đưa ra quyết định. Uống quá nhiều có thể gây ra sự hư hại với vỏ não trán trước, làm giảm khả năng đánh giá và làm chủ việc đưa ra quyết định, trong đó gồm cả quyết định cắt giảm tiêu thụ rượu bia. Sự thay đổi trong chức năng của cấu trúc vỏ não ở những vùng liên quan đến chức năng tư duy và điều khiển hành vi có động lực có thể góp phần vào việc phát sinh chứng phụ thuộc rượu. Việc dùng cocaine lâu dài kích hoạt hệ thống dopamine và tạo ra một dòng điện khác thường ở nhiều bộ phận khác nhau của não, góp phần làm tăng sự thèm muốn dữ dội việc dùng cocaine và mất khả năng tự chủ trong việc tiêu thụ.

YẾU TỐ VỀ TÂM LÝ

Nhiều nghiên cứu cho thấy **stress** có liên quan đáng kể với nguy cơ mắc lạm dụng chất (Sinha, 2008). Một số lượng lớn tài liệu cho thấy mối liên quan giữa các sự kiện tiêu cực trong cuộc sống, hoặc stress mạn tính với việc gia tăng nguy cơ mắc lạm dụng chất (Sinha, 2008; Fuller-Thomson, Roane & Brennenstuhl, 2016). Theo Sinha (2008), những sự việc tiêu cực trong cuộc sống như vậy bao gồm một loạt các trải nghiệm tồi tệ như các vấn đề gia đình: mồ côi hoặc sống xa cha mẹ, bạo hành về thể chất và tinh thần, bị cô lập hoặc bị ngược đãi. Khi phân tích dữ liệu từ một cuộc khảo sát đại diện quốc gia về sức khoẻ tâm lý của cộng đồng người dân Canada, Fuller-Thomson, Roane & Brennenstuhl (2016) đã tìm ra rằng, ba loại trải nghiệm tồi tệ thời thơ ấu bao gồm: xâm hại tình dục, bạo hành thể chất và phải tiếp xúc với bạo lực gia đình do cha mẹ có thể làm tăng nguy cơ phụ thuộc vào ma túy và cồn. Giả thuyết đưa ra rằng những trải nghiệm khủng hoảng như trở thành nạn nhân của tình dục hay bạo hành thể chất có thể dẫn đến việc trẻ vị thành niên mất đi sự tin tưởng vào những người thân cận, và điều này làm ảnh hưởng đến những hành vi lệch lạc như sử dụng chất gây nghiện. Các nghiên cứu khác tìm thấy mối liên hệ giữa stress nơi làm việc và nguy cơ mắc các vấn đề sử dụng rượu bia. Các công việc có nhiều yêu cầu hay việc ít có khả năng làm chủ công việc của bản thân có thể đẩy các nhân viên vào nguy cơ uống nhiều rượu, rối loạn lạm dụng hoặc phụ thuộc rượu bia cao hơn (Frone, 1999).



Jedras, Jones & Field (2013) đưa ra lời giải thích về vai trò của sự kì vọng vào sự có sẵn và tác dụng hưng phấn của chất trong việc phát triển vấn đề sử dụng chất. Các chất được dùng với mục đích ban đầu là có được những cảm xúc thoải mái, hưng phấn. Với việc sử dụng liên tục, tính chất của cảm giác thoải mái sẽ gắn liền với những dấu hiệu về sự có mặt của chất. Khi nhận thức được những dấu hiệu liên quan đến chất như là nhìn thấy rượu bia hoặc là người thấy mùi khói thuốc, hoạt động của dopamine trong cơ chế tự thưởng sẽ tăng lên, kích thích người tiêu dùng muốn sử dụng chất. Mối liên quan giữa việc tiếp xúc với những dấu hiệu liên quan đến chất và sự thèm muốn dâng cao được quan sát ở người bị phụ thuộc cồn, nicotine, opiate và cocaine (Jedras, Jones & Field, 2013). Kỳ vọng vào việc sớm được dùng chất cũng ảnh hưởng đến sự thèm muốn. Trong nghiên cứu của Yamamoto và cộng sự (2007), hai nhóm tham gia đều nhận cocaine, nhưng một nhóm được khẳng định là họ sẽ nhận được cocaine, còn nhóm kia chỉ có 33% khả năng được nhận cocaine. Kết quả cho thấy mức độ thèm muốn ở nhóm được khẳng định chắc chắn cao hơn rất nhiều ngay cả khi chưa nhận thuốc, so với nhóm không chắc chắn.

YẾU TỐ VỀ VĂN HOÁ- XÃ HỘI

Để hiểu rõ bệnh lý của rối loạn sử dụng chất, việc xem xét vai trò của ảnh hưởng xã hội và bối cảnh văn hóa là rất quan trọng.

Nhiều tài liệu cho thấy mối liên hệ giữa ảnh hưởng của gia đình và bạn bè lên việc bắt đầu và vấn đề sử dụng chất (Branstetter, Low & Furman, 2011; Ramirez et al., 2012; Kring et al., 2013). Theo như nghiên cứu của Dinges và Oetting (1993), lượng tiêu thụ của bạn bè có quan hệ chặt chẽ với việc sử dụng cần sa và cocaine ở thanh thiếu niên. Nghiên cứu của Branstetter, Low & Furman (2011) cho thấy rằng tính chất của mối quan hệ cũng tác động lên lượng tiêu thụ chất. Các tương tác tiêu cực như xung đột, đối kháng và tranh cãi liên quan đến việc gia tăng lượng tiêu thụ cần sa và thuốc lá. Spooner & Hetherington (2004) đề xuất rằng việc sử dụng chất là một cách để cá nhân hòa nhập hoặc kết thân với một nhóm xã hội. Việc sử dụng chất ở thanh thiếu niên được cho là liên quan tới việc trở nên nổi tiếng, họ có nhiều khả năng tham gia vào việc sử dụng chất nếu họ tin rằng điều đó có thể giúp họ nổi tiếng.

Branstetter, Low & Furman (2011) cũng phát hiện ra rằng sự hỗ trợ của phụ huynh cũng có thể là yếu tố bảo vệ thanh thiếu niên khỏi lạm dụng chất. Trong nghiên cứu của họ, sự hỗ trợ của người mẹ có liên quan tích cực tới việc sử dụng ít chất hơn ở học sinh lớp 10 và việc cắt giảm một số chất như cocaine, thuốc phiện, chất gây ảo giác hoặc chất kích thích ở lớp 11. Sự giám sát và can thiệp của phụ huynh cũng được chứng minh là có tác động lên việc sử dụng chất ở trẻ em. Nghiên cứu của Chilcoat & Anthony (1996) trên hơn 900 trẻ từ độ tuổi 8 đến 10 cho thấy, nguy cơ bắt đầu sử dụng chất

gây nghiện sẽ gia tăng ở trẻ em với ít bị giám sát nhất trong thời kỳ dậy thì.

Báo cáo của WHO về việc tiêu thụ rượu bia ở các nước đang phát triển (2002) nêu ra một số yếu tố văn hóa được cho rằng có liên quan đến những hành vi uống rượu bia tiêu cực. Việc uống nhiều rượu thường được khuyến khích trong các sự kiện công chúng như các lễ hội. Ở nhiều nền văn hóa, việc có thể uống nhiều rượu được xem là điều chuẩn mực đối với đàn ông. Trong bối cảnh văn hóa phương Tây hội nhập vào các nước đang phát triển, việc uống “cho giống Tây” đang lớn dần thành trào lưu.



Truyền thông cũng ảnh hưởng đến việc sử dụng chất (Kring et al., 2013). Việc xem hoặc thích quảng cáo thuốc lá có liên quan đến việc hút thuốc lá và việc bắt đầu hút thuốc ở độ tuổi thanh thiếu niên. Trong nghiên cứu của Aitken và đồng nghiệp (1991), việc xem quảng cáo thuốc lá sẽ dẫn đến gia tăng ham muốn sử dụng thuốc lá sau này. Các nhà quảng cáo tìm cách gia tăng lượng tiêu thụ thông qua 5 cơ chế sau: (i) Khuyến khích giới trẻ thử hút thuốc lá và tiêu thụ thường xuyên; (ii) Sử dụng quảng cáo như một tín hiệu về thuốc lá để khuyến khích hút thuốc hằng ngày; (iii) Làm người hút không muốn bỏ thuốc; (iv) Khiến những người đã cai thuốc hút trở lại và (v) Làm cho người tiêu dùng quen với quảng cáo thuốc lá, từ đó tạo nên một môi trường mà việc hút thuốc là bình thường và được chấp nhận rộng rãi (Wakefield et al., 2003).

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT

Có hai hướng chính trong can thiệp cho rối loạn sử dụng chất, bao gồm kiêng khem và giảm tác hại. Hướng kiêng khem nhằm đến ngưng hoàn toàn việc sử dụng chất, với lý luận rằng lạm dụng chất làm cho bệnh nhân mất khả năng hồi phục và cải thiện. Hướng giảm tác hại, mặt khác, nhằm đến việc cải thiện tình trạng của bệnh nhân qua việc cắt giảm việc sử dụng thay vì ngưng hoàn toàn. Bệnh nhân có thể sẽ khước từ hướng kiêng khem, nếu phương pháp này không thực tế hoặc không hợp lý với họ, trong khi hướng giảm tác hại được chấp nhận nhiều hơn. Có những hướng tiếp cận khác, kết hợp cả hai phương pháp này, qua việc giảm từ từ việc lạm dụng chất cho tới thời điểm kiêng khem.

Điều trị rối loạn sử dụng chất có thể bao gồm cả phương pháp trị liệu và dược học. Có một loạt các phương pháp trị liệu hướng đến nhiều khía cạnh của rối loạn sử dụng chất. Ví dụ, phương pháp điều kiện hoá từ kết quả sử dụng lí thuyết kinh tế quy đổi để củng cố bệnh nhân khỏi việc lạm dụng chất. Các phương pháp khác tập trung giúp bệnh nhân giải quyết các yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát, như những tình huống căng thẳng hay cảm xúc tiêu cực. Thuốc có thể được dùng kết hợp với trị liệu để tăng cường tính hiệu quả của quá trình điều trị. Thuốc thường được dùng để khử độc, làm giảm các tác động cai độc hại, hoặc ngăn ngừa việc tái phát bằng cách làm cho các chất kém hấp dẫn hơn.

Can thiệp nhanh gồm các buổi tư vấn ngắn đang được sử dụng ngày càng rộng rãi để cải thiện hành vi sử dụng chất. Bằng chứng cho thấy hiệu quả của phương pháp này trong việc giảm uống rượu bia và cách để giảm lượng tiêu thụ xuống mức an toàn.

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Thanh Hà | Phạm Trần Đắc Thành

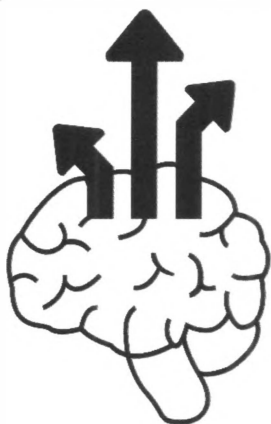
Biên dịch: Nguyễn Thanh Hà | Vy Lê | Nguyệt Minh | Đoàn Huỳnh Kim

CHƯƠNG 8

RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG/ GIẢM CHÚ Ý

Rối loạn tăng động / giảm chú ý (ADHD) là một dạng rối loạn phát triển thần kinh được đặc trưng bởi sự suy giảm khả năng chú ý kèm theo những hành động quá khích và bốc đồng (hành động trước khi suy nghĩ). ADHD thường được xác định khi trẻ em ở độ tuổi đến trường, nhưng có thể được chẩn đoán ở bất kỳ thời gian nào từ mầm non cho đến tuổi trưởng thành.

Cha mẹ có thể bắt đầu nhận thấy những dấu hiệu ngay từ khi trẻ mới biết đi, chúng có thể hoạt động quá mức như không thể ngồi yên, luôn luôn di chuyển, cắt ngang cuộc nói chuyện của người khác,... Tuy nhiên những hành vi này vẫn còn gặp nhiều khó khăn để phân biệt với các hành vi bình thường ở trẻ em trong độ tuổi này. Ở trường tiểu học, sự thiếu chú ý trở nên đáng quan tâm hơn và gây ảnh hưởng đến các hoạt động hằng ngày. Ví dụ, giáo viên thường nhận thấy một số học sinh không nghe theo hướng dẫn, không nghe giảng, luôn luôn làm mất tập vở hoặc bút chì, hay mắc lỗi trong các bài tập. Đến độ tuổi thiếu niên, trẻ có thể ổn định hoặc trở nên tồi tệ hơn. Hành vi



tăng động khó nhận thấy, nhưng hay bồn chồn, bốc đồng, khả năng chú ý bị suy giảm. Ở một số đối tượng, các triệu chứng có xu hướng phát triển theo hướng tiêu cực dẫn đến những hành vi chống đối xã hội như tội phạm, trộm cắp, uống rượu và lái xe, sử dụng chất trái phép, bỏ học, gây sự với người khác, hành hạ động vật...

Các cuộc điều tra dân số cho thấy ADHD xảy ra ở hầu hết các nền văn hóa chiếm tỉ lệ khoảng 5% trẻ em (Polanczyk et al. 2007) và 2.5% người lớn (Simon et al. 2009). Tỷ lệ nam : nữ có thể mắc ADHD là 2 : 1 ở trẻ em (Polanczyk et al 2007) và 1.6 : 1 ở người lớn (Kessler et al 2006.). Nữ giới thường biểu hiện chủ yếu các đặc điểm giảm chú ý hơn nam giới.

HẬU QUẢ

Cá nhân mắc phải ADHD thường bị hiểu nhầm là lười biếng hoặc vô trách nhiệm do không có khả năng tập trung và hoàn thành công việc được giao cho. Những đứa trẻ đó bị xem là những “rắc rối” trong mắt phụ huynh và giáo viên. Ví dụ, Long là một cậu bé 8 tuổi đã phải học lại lớp hai vì cậu không thể chú ý trong lớp học, không thể ngồi yên để hoàn thành bài tập của mình hoặc tham gia vào bất kỳ hoạt động của trường. Cậu ngồi ở một góc của lớp

học và loay hoay vẽ những bức hình nguệch ngoạc trong vở của mình, trong khi các bạn cùng lớp của mình thì đang tích cực tham gia vào bài giảng. Trước khi chẩn đoán, cha mẹ và giáo viên của cậu vô cùng thất vọng và bất lực trong việc giúp cậu tập trung học tập bất chấp mọi nỗ lực, từ khuyến khích cho đến các biện pháp kỷ luật. Cậu bị hiểu lầm, bị đánh đập, bị cô lập, và bị khinh thường vì chính căn bệnh của mình. May mắn thay, cuối cùng cậu

đã được chẩn đoán bị ADHD và điều trị bằng thuốc và các phương pháp tâm lý. Tình trạng của cậu đang được cải thiện và có thể tập trung tốt hơn trong lớp.

Trường hợp của Duy thì không được may mắn như vậy. Anh ta trưởng thành cùng với sự hiểu lầm. Không thể học tập ở trường, bị cha mẹ và thầy cô khinh thường, bạn bè thì cô lập, các triệu chứng ADHD ngày một mất kiểm soát, anh tham gia vào các băng nhóm, bắt đầu uống rượu, sử dụng ma túy bất hợp pháp, và tham gia vào các hoạt động tội phạm. Xu hướng hành vi của Duy không hiếm gặp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng so với các đứa trẻ đồng trang lứa khác, trẻ em mắc phải ADHD có nhiều nguy cơ hơn dẫn đến các rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên, rối loạn nhân cách chống xã hội ở

tuổi trưởng thành (Mannuzza et al. 1998), rối loạn sử dụng chất, bị bỏ tù, và liên quan đến các tai nạn giao thông.

ADHD không chỉ cản trở học tập và gặt hái thành công trong cuộc sống, nó cũng dẫn đến những xung đột gia đình và gây ra sự gián đoạn các mối quan hệ. Trong gia đình, Duy từ lâu đã bị ghét bỏ và bị xem như một sự thất bại. Người cha thì la mắng anh ta liên tục, còn người mẹ cố gắng để bảo vệ và bù đắp cho anh ta bằng cách cho tiền và che đậy những hành vi xấu của anh ta (tiệc tùng, sử dụng ma túy...). Anh ta không có một người bạn tốt để tâm sự. Tất cả bạn bè của anh là bạn tiệc tùng và bạn nghiện. Anh ta tiếp tục đấu tranh một mình nhưng lại thất bại trong khi anh ta đã có thể thành công khi được chẩn đoán và điều trị ADHD.

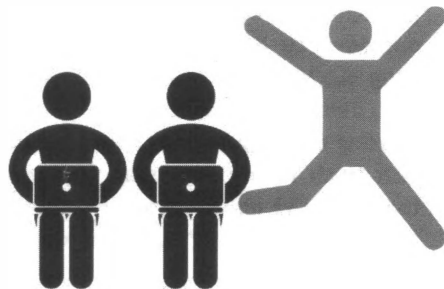
TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Để chẩn đoán một cá nhân mắc ADHD, người đó cần phải được đánh giá cẩn thận bởi một bác sĩ tâm lý được chứng nhận hoặc một chuyên gia sức khỏe tâm thần. Việc chẩn đoán được kết luận khi quan sát người bệnh có hành vi **thiếu chú ý / hoặc tăng động – bốc đồng** dai dẳng, và gây trở ngại cho các hoạt động hoặc sự phát triển trước giai đoạn tuổi 12, trong hai bối cảnh hoặc nhiều hơn (ví dụ: ở nhà, trường học, hoặc công việc ; với bạn bè hoặc người thân, trong các hoạt động khác), và rối loạn này không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của những rối loạn tâm thần khác (ví dụ, rối loạn tâm trạng, rối loạn lo âu, rối loạn tách rời, rối loạn nhân cách, say thuốc hay cai nghiện). Hãy nhớ rằng quá hiếu động không phải là hậu quả của sự thiếu chú ý hoặc ngược lại.

Các cá nhân mắc ADHD có thể có các đặc tính **(1) không tập trung chú ý, (2) hiếu động - bốc đồng hoặc (3) cả hai.**

KHÔNG TẬP TRUNG CHÚ Ý

Một cá nhân có mô hình không chú ý nếu người đó có sáu hoặc nhiều các triệu chứng sau đây (trong trường hợp là thanh niên, có 5 hoặc nhiều hơn) kéo dài trong ít nhất sáu tháng và có tác động tiêu cực trực tiếp vào các hoạt động xã hội và học tập / lao động.

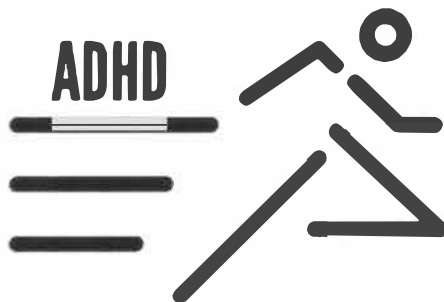


- Thường không chú ý tới các chi tiết hoặc bất cẩn trong học tập, công việc hoặc trong các hoạt động khác (ví dụ: không chú ý hoặc bỏ sót các chi tiết, làm việc không chính xác).

- Thường gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý trong công việc hoặc hoạt động vui chơi (ví dụ: gặp khó khăn trong việc tập trung nghe bài giảng, các cuộc trò chuyện hoặc đọc lâu).
- Thường có vẻ không lắng nghe khi được nói chuyện trực tiếp (ví dụ: tâm trí dường như ở những nơi khác, ngay cả trong trường hợp không có bất kỳ sự phân tâm nào ở đó).
- Thường không làm theo các hướng dẫn và không hoàn thành các nhiệm vụ trong học tập, công việc, hoặc tại nơi làm việc (ví dụ: bắt đầu làm việc nhưng nhanh chóng mất tập trung và dễ đi chệch hướng).
- Thường gặp khó khăn trong việc tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động (ví dụ: khó quản lý các nhiệm vụ một cách tuần tự, sắp xếp các vật liệu và đồ đạc theo trật tự; hay lộn xộn, vô tổ chức trong cách làm việc; quản lý thời gian kém, không đáp ứng đúng thời hạn).
- Thường tránh né, không thích, hoặc không muốn tham gia vào các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì tinh thần nỗ lực (ví dụ: bài tập ở trường hoặc ở nhà; ở thanh niên và người lớn thì chuẩn bị báo cáo, hoàn thành các văn bản, xem xét giấy tờ dài).
- Thường làm mất những vật dụng cần thiết cho công việc hoặc hoạt động (ví dụ: dụng cụ học tập, bút chì, sách, công cụ, ví, chìa khóa, giấy tờ, kính mắt, điện thoại di động).
- Thường dễ dàng bị phân tâm bởi các kích thích không liên quan (đối với thanh niên và người trưởng thành, có thể bao gồm những suy nghĩ không liên quan).
- Hay quên các hoạt động hay làm hàng ngày (ví dụ: làm việc nhà, việc vặt; đối với thanh niên và người trưởng thành, trả lời cuộc gọi, thanh toán hóa đơn, giữ cuộc hẹn).

HIỂU ĐỘNG QUÁ MỨC VÀ BỐC ĐỒNG

Một cá nhân có mô hình hiểu động / bốc đồng quá mức nếu người đó có sáu hoặc nhiều hơn các triệu chứng sau đây (trong trường hợp thanh niên, có 5 hoặc nhiều hơn) kéo dài trong ít nhất sáu tháng và có tác động tiêu cực trực tiếp vào các hoạt động xã hội và học tập / lao động.



- Thường bồn chồn hoặc vỗ tay, nhịp chân, loay hoay không yên tại chỗ ngồi.
- Thường rời khỏi vị trí trong các tình huống được yêu cầu giữ nguyên vị trí (ví dụ: rời khỏi chỗ ngồi của mình trong lớp học, trong văn phòng hoặc nơi làm việc khác, hoặc trong các tình huống khác).
- Thường chạy hoặc leo trèo trong tình huống không phù hợp. (**Lưu ý:** đối với thanh thiếu niên và người trưởng thành, có thể được giới hạn ở cảm giác bồn chồn).
- Thường không thể chơi hoặc tham gia vào các hoạt động giải trí nhẹ nhàng.
- Thường ở chế độ "sẵn sàng", hành động như thể "được thúc đẩy bởi một động cơ" (ví dụ: họ cảm thấy không thể hoặc không thoải mái khi thời gian cứ kéo dài, như trong các nhà hàng, các cuộc họp; có thể trải qua cảm giác bồn chồn hoặc khó khăn để bắt kịp nhịp độ.)
- Thường nói quá nhiều.
- Thường thốt ra câu trả lời trước khi câu hỏi kết thúc (ví dụ: trả lời câu của

người khác hoặc không đợi đến lượt mình trả lời).

thể xen vào những gì người khác đang làm).

- Thường gặp khó khăn trong việc chờ đợi đến lượt của mình (ví dụ: trong khi chờ đợi xếp hàng)
- Thường ngắt hoặc xen vào lời của người khác (ví dụ, xen vào cuộc trò chuyện, trò chơi, hoặc hoạt động; sử dụng vật dụng của người khác mà không hỏi hoặc xin phép; với thanh thiếu niên và người trưởng thành, có

PHA TRỘN TĂNG ĐỘNG VÀ GIẢM CHÚ Ý

Cá nhân được cho là mắc kiểu pha trộn nếu họ có các triệu chứng đáp ứng đầy đủ điều kiện chẩn đoán kết luận giảm chú ý và tăng động/ bốc đồng.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Mẹ của Steven không thể nhớ nổi được lúc nào mà con trai bà không làm gì hoặc không vướng vào rắc rối. Khi còn nhỏ, Steven vô cùng năng động, đến mức cậu gần như muốn lật tung cái nôi của mình. Tất cả các bu-lông và ốc vít đều trở nên lỏng lẻo và cần phải được siết lại theo định kỳ. Steven luôn đi vào những nơi bị cấm với con nít, lục tung tủ thuốc hoặc dưới bồn rửa chén. Cậu ta đã từng nuốt một số chất tẩy rửa và được đưa đến phòng cấp cứu. Thực tế, Steven gặp nhiều tai nạn và vụng về hơn cả anh trai và em gái của mình. Steven thường luôn đi chuyển rất nhanh. Mẹ cậu nhớ rằng Steven phát triển từ giai đoạn bò sang giai đoạn chạy mà rất ít khi đi bộ.

Rắc rối thực sự bắt đầu xuất hiện khi Steven bước vào mẫu giáo. Kể từ khi đi học, Steven đã gặp nhiều đau khổ và giáo viên dạy anh cũng thế. Cậu dường như không có khả năng thực hiện các nhiệm vụ được giao và làm theo hướng dẫn. Cậu hay long nhong nói chuyện với một bạn lớp bên hoặc lang thang khắp các phòng mà không cần sự cho phép của giáo viên. Khi ngồi học, giáo viên phải liên tục chú ý đến Steven để đảm bảo rằng cậu ta đang học, dù vậy cơ thể của Steven lúc nào cũng có vẻ là đang chuyển động. Steven hay gõ bút chì, cảm thấy bồn chồn, hay ngẩn ngơ ngoài cửa sổ và mơ mộng. Steven ghét đi học mẫu giáo và ít chơi với ai được lâu; thực sự, tuân thủ các quy định và yêu cầu của trường luôn là điều không thể với cậu. Sự ảnh hưởng của những điều không phù hợp này đều hiển thị trong việc học và thái độ của Steven. Cậu học tập sa sút và khó khăn trong việc nắm vững các khái niệm mới; cậu không còn theo những hướng dẫn của giáo viên và đã bắt đầu cãi lại". (Gelfand et al. 1982).

Cùng xem xét trường hợp của Steven. Hành vi của Steven đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán hiếu động/bốc đồng. Cậu có sáu trong số các triệu chứng trong chẩn đoán hiếu động/bốc đồng (tay chân không thể cử động, loay hoay tại chỗ, ra khỏi chỗ trong tình huống được yêu cầu giữ nguyên vị trí, hay leo trèo, bồn chồn, nói quá nhiều), và ba trong số các triệu chứng giảm chú ý (không thể duy trì sự chú ý khi học và làm bài, không làm theo hướng dẫn, lảng tránh không tham gia vào các hoạt động đòi hỏi sự kiên nhẫn). Ngoài ra, hành vi của Steven kéo dài hơn sáu tháng

(từ khi còn bé đến lúc vào học mẫu giáo). Hơn nữa, bằng việc bắt đầu cãi lại giáo viên của mình, cậu đã cho thấy dấu hiệu mất phần nào rối loạn thách thức chống đối.



CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MỐI TƯƠNG QUAN

Tương tự hầu hết các rối loạn tâm thần khác, không có một nguyên nhân cụ thể gây ra ADHD. Tuy nhiên, các nhà khoa học đã tìm ra rằng yếu tố di truyền tác động mạnh mẽ đến sự phát triển của ADHD. Ví dụ, có thân nhân đời đầu mắc ADHD là một yếu tố nguy cơ cao. Trong khi có một số gene đặc trưng có tương quan với ADHD (Gizer et al. 2009), nhưng chỉ riêng chúng không đủ là nguyên nhân gây ra ADHD. Ngoài ra, các yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của não của trẻ như sinh ra có cân nặng nhẹ (dưới 1.500 gam), và bị tiếp xúc với các chất, môi trường độc hại như: rượu, nicotine, chất độc gây loạn thần kinh (như chì), thuốc diệt cỏ, thuốc

trừ sâu, đều làm tăng nguy cơ mắc ADHD. Trên thực tế, các nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng trẻ sơ sinh cân nặng dưới 1500 gram có tỉ lệ mắc ADHD cao hơn gấp 2-3 lần. Các yếu tố từ môi trường như bị lạm dụng, không được quan tâm hay khi còn bé trải qua nhiều nhà nuôi dưỡng sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển tâm lý của trẻ và đồng thời cũng tăng nguy cơ mắc ADHD. Mặc dù chưa được hiểu rõ nhưng những quá trình bệnh lý xảy ra cùng một lúc như khiếm thị, khiếm thính, rối loạn tiêu hóa, rối loạn giấc ngủ, suy dinh dưỡng hay bệnh động kinh cũng làm nguy cơ trẻ mắc ADHD tăng lên.

ĐIỀU TRỊ

Để điều trị có hiệu quả nhất, cần bắt đầu từ sớm, phương pháp can thiệp phải phù hợp với từng đặc điểm, nhu cầu của đứa trẻ. Bước đầu tiên là phải có một bảng đánh giá cẩn thận và kỹ lưỡng bởi bác sĩ chăm sóc chính của gia đình hoặc với một chuyên gia sức khỏe tâm thần có trình độ. Với sự điều trị đúng, trẻ bị ADHD có thể cải thiện khả năng chú ý và kiểm soát hành vi của chúng. Việc chăm sóc đúng đắn có thể giúp trẻ phát triển, học hỏi, và cảm thấy tốt hơn về bản thân.

điều trị, nhưng sẽ có sự tăng trưởng với tốc độ bình thường sau đó.

THUỐC KHÔNG CÓ CHẤT KÍCH THÍCH

Atomoxetine, guanfacine và clonidine.

Tác dụng phụ thường gặp gồm: giảm nhịp tim và huyết áp, ngất xỉu, chóng mặt, buồn ngủ, mệt mỏi, đau đầu, táo bón và khô miệng. Một số ít trường hợp gồm ngứa, thay đổi khẩu vị, cân nặng, và trầm cảm.

THUỐC

Hầu hết các bé mắc ADHD điều trị bằng thuốc đều có tác dụng nhất định. Thuốc không chữa khỏi ADHD. Thuốc chỉ có thể giúp trẻ kiểm soát các triệu chứng của mình. Hiện nay có hai loại thuốc chính.

THUỐC KÍCH THÍCH

Methylphenidate, và muối amphetamine

Tác dụng phụ thường gặp bao gồm: giảm sự thèm ăn, sụt cân, khó ngủ, đau đầu và đau dạ dày. Một số trẻ có thể có sự chậm phát triển về chiều cao trong hai năm đầu

Tác dụng phụ của thuốc thường không nguy hiểm, nhưng các bậc cha mẹ nên chú ý tới con cái và nói cho các bác sĩ biết về mối bận tâm của mình. Các tác dụng phụ thường được giảm bằng cách điều chỉnh liều lượng, điều chỉnh thời gian sử dụng thuốc trong ngày, sử dụng dạng khác của thuốc, hoặc chuyển sang thuốc khác. Đa số các bé đã sử dụng thuốc chữa ADHD có hiệu quả lúc còn nhỏ thì khi vào độ tuổi thanh thiếu niên cũng có hiệu quả như vậy. Thực tế, nhiều người mắc ADHD cũng cảm thấy dùng thuốc có thể giúp họ.

Khi sử dụng đúng liều, thuốc kích thích và các loại thuốc ADHD khác sẽ giúp hầu hết

trẻ em trở nên tốt hơn trong việc tập trung và giảm tăng động cũng như bốc đồng, nhưng thuốc không làm thay đổi tính cách trẻ. Nhiều phụ huynh lo lắng chất kích thích trong thuốc có thể làm con họ dễ bị nghiện trong tương lai. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy điều trị bằng thuốc kích thích ADHD làm giảm nguy cơ và làm chậm sự khởi phát việc lạm dụng thuốc đến khi trưởng thành. Để đảm bảo các loại thuốc này được sử dụng một cách chính xác bởi trẻ bị ADHD, phụ huynh và người giám hộ phải đảm bảo thuốc được giữ ở một nơi an toàn, và việc sử dụng cần được theo dõi.

LIỆU PHÁP VÀ CÁC HỖ TRỢ KHÁC

Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự kết hợp của thuốc, các liệu pháp và sự hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng là sự điều trị tốt nhất cho các cá nhân bị ADHD. Những cách hỗ trợ sau đây được nghiên cứu và cho thấy có tính hữu dụng:

TẬP HUẤN CHO CHA MẸ

Giúp cha mẹ tìm hiểu về ADHD và cách kiểm soát các hành vi ADHD. Cha mẹ học cách giao tiếp hiệu quả hơn với con cái để hiểu con và để cùng đi với con trên đường đấu tranh với ADHD.

TẬP TRUNG ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ

Giúp đỡ trẻ và thanh thiếu niên bị ADHD học cách phát triển các kỹ năng xã hội, khả năng học tập, kỹ năng giải quyết vấn đề trong chương trình điều trị mùa hè, sau đó vẫn tiếp tục duy trì, rèn luyện, phát triển khi ở nhà hay lúc đi học tại trường.

CAN THIỆP THÔNG QUA NHÀ TRƯỜNG

Giúp đỡ giáo viên đáp ứng nhu cầu học tập của trẻ bằng cách giúp họ học hỏi những kỹ năng kiểm soát hành vi ADHD của trẻ trong lớp học (ví dụ như bằng các phần thưởng, các hiệu quả, vị trí chỗ ngồi trong lớp học, và sổ liên lạc gửi cha mẹ hằng ngày)

NỘI DUNG

Biên soạn: Christina Nguyễn

Biên dịch: Nguyễn Hoàng Bảo Trâm | Trần Thị Anh Đào | Nguyễn Đỗ Khả Tú

CHƯƠNG 9

RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Rối loạn phổ tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh được đặc trưng bởi những khiếm khuyết trong giao tiếp và tương tác xã hội, kiểu hành vi, quan tâm hạn chế và lặp đi lặp lại. Mặc dù nhận thức về rối loạn phổ tự kỷ gần đây đang ngày càng tăng trên thế giới với tuyên bố của Đại Hội đồng Liên Hợp Quốc chọn ngày 2 tháng 4 hàng năm làm Ngày thế giới nhận thức về tự kỷ từ năm 2008 (UN, 2008), đến nay phổ này vẫn nhận được sự quan tâm tương đối thấp trong toàn ngành y tế công cộng toàn cầu (Baxter et al., 2015). Ngày 2 tháng 4 năm 2016, Việt Nam tổ chức nhiều sự kiện bao gồm một hội thao dành cho trẻ tự kỷ, một hội nghị về hiện trạng và thách thức của tự kỷ ở Việt Nam, v.v., để hưởng ứng Ngày thế giới nhận thức về tự kỷ (Vietnam Autism Network, 2016).



Một đánh giá hệ thống các nghiên cứu từ 18 quốc gia do Baxter và cộng sự (2015) thực hiện cho thấy ước tính có khoảng 52 triệu trường hợp mắc ASD trên toàn thế giới vào năm 2010, tương đương cứ 132 người thì có một người được phát hiện mắc rối loạn này. Tỷ lệ lưu hành ở nam giới cao gấp ba lần ở nữ giới (3,6 ca trên 1.000 người ở nam giới so với 1,2 ca trên 1.000 người ở nữ giới) đối với các rối loạn tự kỷ và gấp hơn bốn lần đối với Hội chứng Asperger và Rối loạn phát triển lan tỏa, không phân định (PDD-NOS) (8,2 trên 1.000 người ở nam giới so với 2,0 ca trên 1.000 người ở nữ giới). Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các nghiên cứu nói trên rất khác nhau về phương pháp luận và có dữ liệu hạn chế từ các nước thu nhập thấp và trung bình, trong đó nhiều nước ở châu Phi, châu Mỹ Latin, Trung và Đông Âu không được thể hiện trong đánh giá này.

Trong báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2010 nghiên cứu 291 căn bệnh và thương tích, rối loạn phổ tự kỷ là 1 trong 20 nguyên nhân gây khuyết tật hàng đầu đối với trẻ dưới 5 tuổi. Bên cạnh những hệ quả xã hội do khiếm khuyết trong giao tiếp và tương tác xã hội, rối loạn phổ tự kỷ còn đặt một gánh nặng kinh tế lớn lên cá nhân và cộng đồng. Theo Foundation for People with Learning Disabilities (2007), ở Anh, chi phí trọn đời đối với một người mắc rối loạn phổ tự kỷ và có khuyết tật học vấn là 4,7 triệu bảng (khoảng 7 triệu USD) và đối với một bệnh nhân tự kỷ có chức năng cao (có IQ lớn hơn hoặc bằng 70) là 2,9 triệu bảng (khoảng 4 triệu USD). Ước tính tổng chi phí hỗ trợ những người mắc ASD là 27,5 tỷ bảng mỗi năm (khoảng 40 tỷ USD), phát sinh từ việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ, tình trạng mất việc làm của bệnh nhân, gia đình, và người chăm sóc, và những chi phí trong gia đình.

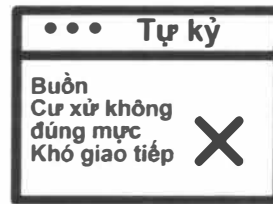
TỰ KỶ Ở VIỆT NAM

Ở Việt Nam, mặc dù hiện nay không có một số liệu thống kê nào về tỷ lệ lưu hành của chứng tự kỷ trên cả nước (Nguyễn, 2012), Nguyễn, Tran và Cao (2010) phát hiện được 0.59% trẻ em từ 18 đến 24 tháng tuổi ở tỉnh Thái Bình được chẩn

đoán là mắc chứng tự kỷ; trong khi nghiên cứu của Phạm và cộng sự (2013) báo cáo tỷ lệ lưu hành ở mức 0.45% ở trẻ em từ 18 đến 60 tháng tuổi ở tỉnh Thái Nguyên. Tỷ lệ giới tính nam: nữ trong nghiên cứu của Phạm và cộng sự (2013) là 3.7:1, tương tự với nghiên cứu ở các quốc gia khác.

Trong trường học, trẻ tự kỷ không được chú ý và hỗ trợ một cách đầy đủ vì thầy cô thường không được đào tạo đủ kiến thức và kỹ năng để cung cấp hỗ trợ (Dau and Vu, 2015). Mặc dù lượng thông tin về chứng tự kỷ có tăng lên trong những năm gần đây nhưng chất lượng về nội dung lại không đồng đều với nhiều thông tin không đáng tin cậy, không dựa trên cơ sở bằng chứng và một vài bài được viết với mục đích không chính đáng như để quảng cáo cho việc chữa trị và các loại thuốc (mà

thậm chí là có thể không có tác dụng) (Tran, 2012). Mặt khác, thuật ngữ “tự kỷ” thường bị những người trẻ tuổi hiểu nhầm và sử dụng sai trên các mạng xã hội, khi nó được dùng để gán cho những người hay cảm thấy buồn, cư xử không đúng mực, và thường rút lui khỏi các giao tiếp xã hội (Tran, 2012). Điều này có thể gây ra những lo âu không đáng có cho những người không mắc chứng này nhưng không có đủ kiến thức về rối loạn tâm lý, và đồng thời làm tăng phiền muộn cho bệnh nhân bị tự kỷ và gia đình từ cách đùa không hợp lý đó.



TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

T. là sinh viên năm hai chuyên ngành sư phạm vật lý ở một trường cao đẳng. T. được chẩn đoán là mắc chứng tự kỷ vào năm 4 tuổi. Khác với những đứa trẻ cùng tuổi, T. không bị bỏ vào năm 1 tuổi, và hầu như không nói gì cho tới năm 4 tuổi. T. có vẻ thích ở một mình và hầu như không nhìn vào mắt ai khi giao tiếp. T. ăn một kiểu bữa ăn giống hệt nhau hàng sáng: bánh mì nướng với trứng rán và một cốc sữa; và có thể tỏ ra rất khó chịu nếu như có một sự thay đổi nào đó trong phần ăn, dù chỉ là loại bánh mì mà thỉnh thoảng mẹ cô phải thay vì người ta đã bán hết loại bánh cô thường ăn. Cô được đưa đến một phòng khám tư và tiếp nhận can thiệp để cải thiện việc sử dụng ngôn ngữ và các kỹ năng xã hội. Dần dần, cô bắt đầu tiếp xúc gần gũi hơn với bố mẹ, và có thể kết bạn với một vài bạn cùng trang lứa, mặc dù thỉnh thoảng vẫn cảm thấy khó khăn trong việc hiểu hành động và lời nói của mọi người.

“Thỉnh thoảng, bạn bè ở trường rủ tôi đi chơi. Họ bảo tôi: “T., cậu có muốn đi uống cà phê và chém gió không?” Tôi chẳng hiểu gì cả, làm sao mà làm như thế được.

T. rất thích thú với việc bật và tắt đèn trong nhà khi còn nhỏ. Cô thích khám phá tìm hiểu xem cơ chế của nó là gì, và dần dần cảm thấy thích thú với môn vật lý. Mặc dù có vấn đề về giao tiếp và quan hệ xã hội, các giáo viên của T. đều công nhận T. rất thông minh và có trí nhớ siêu phàm về kiến thức khoa học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Một trong những tài liệu sớm nhất miêu tả chứng tự kỷ là nghiên cứu của Leo Kanner, một bác sỹ tâm thần khoa nhi ở trường Y thuộc Đại học John Hopkins, trên

11 đứa trẻ có xu hướng cô lập xã hội, tập trung cao độ với các đồ vật, ám ảnh với sự quen thuộc và phản kháng trước sự thay đổi (Baren-Cohen, 2015). Ông đặt tên cho

tình trạng này là “chứng tự kỷ của trẻ em.” Một năm sau, Hans Asperger, một bác sỹ nhi khoa người Áo, đã độc lập mô tả một kiểu khác của chứng tự kỷ mà sau này được đặt theo tên của ông, ở những người có sự phát triển bình thường về ngôn ngữ và có trí tuệ cao nhưng mắc phải những vấn đề nghiêm trọng trong giao tiếp và tương tác xã hội (Baron-Cohen, 2015). Trong những năm 1940, ngành phân tâm học cho rằng tự kỷ là biểu hiện của bệnh tâm thần phân liệt ở trẻ em, từ đó dẫn đến một giả thuyết vào những năm 1950 và 1960 cho rằng cơ chế nguyên nhân nằm ở sự thiếu thốn về mặt tình cảm trong mối quan hệ bất thường giữa cha mẹ và con cái, chẳng hạn như sự thiếu thốn trong tiếp xúc từ mẹ. Việc chẩn đoán nhằm thường phổ biến với chứng tự kỷ và thường hay bị nhầm lẫn với khuyết tật trí tuệ, dẫn đến việc nhiều đứa trẻ không nhận được sự can thiệp phù hợp.

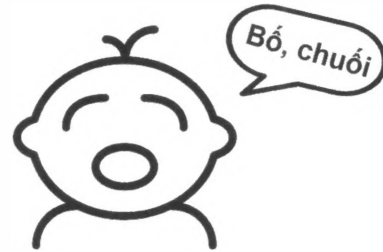
Vào những năm 1960 và 1970, với các phát hiện từ các nghiên cứu sinh đôi và về sự bất thường về não trong bệnh nhân tự kỷ, chứng tự kỷ được công nhận là một rối loạn thần kinh sinh học và vào năm 1980, được phân loại thành một mục độc lập trong DSM-III (Mintz, 2016). Sự ra đời của DSM-V vào năm 2013 đã tạo ra một sự thay đổi lớn trong việc chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ. Trong bản DSM-IV trước đó, bệnh nhân sẽ được chẩn đoán với một trong các tình trạng như sau: rối loạn tự kỷ, rối loạn Asperger’s, rối loạn phân rã tuổi thơ, và rối loạn phát triển lan tỏa không xác định. Tuy nhiên, với DSM-V (APA, 2013), tất cả những rối loạn trên sẽ được chẩn đoán dưới một tình trạng duy nhất là “rối loạn phổ tự kỷ” với 5 tiêu chí (Table IX). Các triệu chứng của rối loạn phổ tự kỷ là khác nhau đối với mỗi cá nhân nhưng những khiếm khuyết có thể nhóm lại thành ba mục chính: tương tác xã hội, giao tiếp xã hội, kiểu hành vi, quan tâm hạn chế và lặp đi lặp lại.

A- Sự thiếu hụt liên tục trong giao tiếp và tương tác xã hội	(1) Suy giảm trong tương tác về xã hội và cảm xúc
	(2) Suy giảm trong giao tiếp không dùng lời nói như giao tiếp bằng mắt hay ngôn ngữ cơ thể
	(3) Suy giảm trong việc bắt đầu, duy trì và thấu hiểu các mối quan hệ
B- Hành vi, mối quan tâm và hoạt động bị hạn chế và lặp đi lặp lại	(1) Các cử động lặp đi lặp lại, sử dụng các đồ vật vô tri vô giác và lời nói
	(2) Duy trì sự giống nhau và tuân theo sinh hoạt một cách không linh hoạt
	(3) Sự căng thẳng hoặc tập trung một cách bất thường vào các mối quan tâm bị hạn chế
	(4) Phản ứng quá ít/ quá nhiều với những tác động giác quan của môi trường như thờ ơ với nhiệt độ thấp
C- Các triệu chứng phải biểu hiện ở giai đoạn phát triển sớm	
D- Các triệu chứng gây ra những khiếm khuyết nghiêm trọng trong chức năng xã hội và nghề nghiệp	

E- Các triệu chứng không thể được giải thích bằng khuyết tật về trí tuệ hay chậm phát triển toàn thể

TƯƠNG TÁC XÃ HỘI

Người mắc rối loạn phổ tự kỷ biểu hiện nhiều triệu chứng liên quan đến hạn chế tương tác xã hội. Họ có thể muốn ở một mình khi bị bao quanh bởi quá nhiều người và có thể không tìm đến sự hỗ trợ khi cần thiết (The National Autistic Society, n.d.). Trẻ em mắc chứng tự kỷ có thể ít thích chơi với các bạn cùng tuổi. Trẻ hầu như không chủ động chơi cùng hay bắt chuyện (National Health Service, 2016) và không đáp ứng hoặc đáp ứng chậm khi được tiếp cận (National Institute of Mental Health, 2016). Một vài trẻ sẽ có vấn đề với sự chú ý chung (giữa hai người về cùng một đối tượng), sự tương tác giữa người với người thể hiện ở việc chú ý tới nhau khi giao tiếp bằng lời nói hoặc không (Kring et al., 2013).



Người mắc chứng tự kỷ có thể tránh hoặc không nhất quán trong giao tiếp bằng mắt (National Health Service, 2016; National Institute of Mental Health, 2016). Các nghiên cứu cho thấy người mắc chứng tự kỷ nhìn vào những phần khác của khuôn mặt như là vùng miệng thay vì vùng mắt - nơi mà các cảm xúc được thể hiện. Các nghiên cứu fMRI cho thấy vùng não liên quan đến nhận biết khuôn mặt và cảm xúc như hạch hạnh nhân và thùy thái dương không hoạt động trong người mắc chứng tự kỷ (Kring et al., 2013). Các phát hiện này có thể giải thích vì sao người mắc rối loạn phổ tự kỷ không thể nhận biết được cảm xúc của người khác.

GIAO TIẾP XÃ HỘI

Trong khi chứng tự kỷ thường thể hiện đặc điểm ở khả năng chậm nói ở trẻ con,

trẻ tự kỷ cũng có thể có sự suy giảm trong giao tiếp trước cả khi phát triển ngôn ngữ. Trẻ ít bi bô hơn, một hiện tượng phổ biến ở trẻ sơ sinh trước khi sử dụng ngôn ngữ lời nói. Khi hai tuổi, hầu hết trẻ con có thể sử dụng những cụm từ ngắn như là “bố ơi, chuối” hay “mẹ ơi, ngủ” để diễn tả điều trẻ muốn. Nhưng trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỷ chậm phát triển khả năng này và gặp phải các vấn đề ngôn ngữ khác (Kring et al., 2013).

Sự nhại lời là hiện tượng mà trẻ con thường lặp lại y nguyên những gì người khác nói, thường được quan sát ở chứng tự kỷ (National Institute of Mental Health, 2016). Một đặc điểm khác liên quan đến vấn đề về ngôn ngữ là “sự đảo ngược đại từ, với việc trẻ tự kỷ thường ám chỉ bản thân và sử dụng “anh ấy, cô ấy, hay bạn” thay vì “tôi” (Kring et al., 2013). Điều này có thể liên quan đến sự nhại lời khi trẻ nghe thấy người khác nói về chúng và từ đó sử dụng nhằm đại từ (Kring et al., 2013).

Các nghiên cứu khác đề xuất rằng Thuyết tâm ý, nói về sự thấu hiểu rằng mọi người có thể có những cảm nhận, dự định, cảm xúc và hành vi khác với bản thân, bị suy giảm trong chứng tự kỷ. Trong nghiên cứu của Lam và Yeung (2011), một nửa nhóm trẻ tự kỷ không thể thực hiện phần việc

liên quan đến Thuyết tâm ý. Điều này gợi ra giả thuyết rằng người bị rối loạn phổ tự kỷ gặp khó khăn trong việc hiểu hành vi, sự biểu hiện và suy nghĩ của người khác, và từ đó sẽ đối đáp một cách không bình thường hoặc không hợp lý.

Người mắc rối loạn phổ tự kỷ không thể hiểu sự mỉa mai, những khái niệm trừu tượng hay những ẩn dụ (Smith, Segal & Hutman, 2016). Ví dụ, trong một ngày mưa to, nếu bạn nói một cách mỉa mai là “Ngày đẹp trời thật đấy!”, thì người bị tự kỷ sẽ không thấy buồn cười và cũng không thể hiểu vì sao bạn có thể nói như thế.

Kiểu hành vi và các mối quan tâm bị hạn chế và lặp đi lặp lại

Người mắc chứng rối loạn phổ tự kỷ có một thói quen sinh hoạt chặt chẽ và có thể trở nên rất khó chịu khi bị can thiệp hay thay đổi dù chỉ là chi tiết nhỏ. Trẻ tự kỷ có thể rất mê mải với những mối quan tâm đặc biệt. Trẻ có thể hình thành sự gắn kết chặt chẽ với đồ vật như chìa khoá, bật lửa, đá và mang chúng đi quanh nhà nếu có thể. Khi lớn lên, trẻ có thể bị ám ảnh với mọi thứ từ lịch tàu cho đến nghệ thuật và khoa học tự nhiên (Kring et al., 2013).

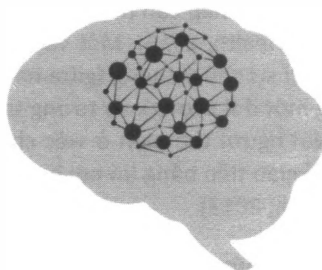
Trẻ tự kỷ thường có những cách chơi đùa mang tính lặp lại hoặc không mang tính sáng tạo (National Health Service, 2016). Nhiều trẻ có thể dàn đồ chơi ra hoặc sắp xếp các đồ vật theo cỡ, màu sắc thay vì chơi với chúng theo đúng kiểu.

Các đặc điểm khác

Người mắc chứng tự kỷ có thể gặp những khó khăn như quá nhạy cảm với những

điều kiện môi trường như là nhiệt độ hay tiếng ồn, gặp vấn đề với giấc ngủ hoặc dễ cáu gắt (National Institute of Mental Health, 2016).

Mặt khác, người mắc rối loạn phổ tự kỷ có thể mang trong mình những đặc điểm khác thường. Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), khoảng 46% trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ có trí thông minh cao hơn trung bình (National Institute of Mental Health, 2016). Họ có thể nhớ các chi tiết và kiến thức trong một thời gian dài, có xu hướng học tốt hơn khi kèm với những yếu tố nghe nhìn và có thể vượt trội về khoa học và nghệ thuật (National Institute of Mental Health, 2016).



Việc tự kỷ đi kèm với những rối loạn phát triển, tâm thần và thần kinh khác là rất phổ biến (Levy et al., 2010). Một nghiên cứu thực hiện bởi Levy và đồng sự (2010) trên 2.568 trẻ tự kỷ cho thấy 83% số trẻ mắc một rối loạn khác về phát triển và 10% mắc rối loạn khác về thần kinh. Có giạt xuất hiện trong khoảng 25% số trẻ tự kỷ ở vị thành niên (DiCicco-Bloom et al., 2016).

Chẩn đoán

Các triệu chứng thường được nhận biết vào khoảng 12–24 tháng tuổi với các dấu hiệu chậm phát triển hay thiếu hụt các kỹ năng ngôn ngữ hoặc xã hội (APA, 2013).

Các triệu chứng hành vi như hoạt động mang tính lặp lại hay cách chơi khác thường thường trở nên rõ nét hơn vào năm hai tuổi (APA, 2013). Chẩn đoán rối

loạn phổ tự kỷ khá phức tạp khi không có một phép kiểm tra y tế nhất định nào để phát hiện và kết quả có thể khác nhau tùy theo đánh giá của từng chuyên gia (Centre for Disease Control and Prevention, 2016; Nguyen, 2012). DSM-V chỉ ra rằng việc chẩn đoán đáng tin và chính xác hơn khi dựa vào nhiều nguồn thông tin khác nhau. Theo WHO, việc phát hiện một vấn đề về phát triển cho trẻ cần sự đánh giá từ năm chuyên gia với sự quan sát trong ít nhất ba hoàn cảnh khác nhau: ở phòng khám, trong gia đình và cộng đồng (Nguyen, 2012).

Theo CDC (2016), việc chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ thường bao gồm hai giai đoạn:

NGUYÊN NHÂN

Trong lịch sử, có hai thuyết nguyên nhân không chính xác dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng. Một thuyết, cũng là một trong những giả thuyết sớm nhất giải thích nguyên nhân của chứng tự kỷ (Mintz, 2016), cho rằng rối loạn này xuất phát từ vấn đề trong mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái, đặc biệt là sự thiếu hụt trong tiếp xúc và sự chú ý từ mẹ, một hiện tượng được biết đến với tên gọi “người mẹ tủ lạnh”. Cách giải thích này không chỉ gây ra cảm giác tội lỗi nặng nề cho cha mẹ qua việc đổ lỗi cho họ, mà còn dẫn đến việc điều trị không hiệu quả khi tập trung vào khía cạnh về cảm xúc và bỏ quên các vấn đề về hành vi và xã hội.



sàng lọc về phát triển và chẩn đoán toàn diện. Giai đoạn đầu tiên, sàng lọc về phát triển, sẽ xác định những trẻ có nguy cơ qua việc tham khảo với cha mẹ hoặc chơi với trẻ để quan sát được hành vi, lời nói, sự giao tiếp và học hỏi. Ở giai đoạn thứ hai, một sự đánh giá đầy đủ hơn được thực hiện qua đánh giá của chuyên gia (như bác sỹ nhi khoa chuyên về phát triển, nhà thần kinh học khoa nhi, các nhà tâm lý hoặc tâm thần học khoa nhi), phỏng vấn cha mẹ và thực hiện một số xét nghiệm lâm sàng như kiểm tra thị giác và thính giác, kiểm tra gene, và chụp não (National Institute of Mental Health, 2016).

Một lý thuyết bị loại trừ khác là những phát hiện sai của Wakefield, một chuyên gia tiêu hoá người Anh, và đồng sự vào năm 1998. Họ cho rằng vắc xin cho bệnh sởi, quai bị, và rubella (MMR) có thể gây ra tự kỷ (BMJ, 2011). Điều này gây nên những mối lo lắng trong cộng đồng cha mẹ về loại vắc xin này và dẫn đến việc họ từ chối cho con mình tiêm vắc xin mũi này. Trong khi nghiên cứu của Wakefield có nhiều nghi vấn với những hạn chế nghiêm trọng về phương pháp như không có nhóm đối chứng, vấn đề trong việc thu thập thông tin hay phân tích sai, một số lượng lớn các nghiên cứu dịch tễ và sinh học đã thử tìm hiểu về mối quan hệ nguyên nhân này nhưng đều không tìm được bằng chứng (Gerber & Offit, 2009).

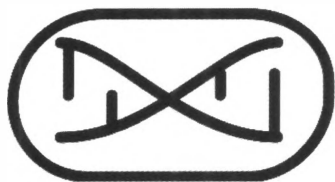
Cho tới nay đã có nhiều nghiên cứu về nguyên nhân của rối loạn phổ tự kỷ dưới nhiều khía cạnh khác nhau và cho ra những kết quả khác biệt. Điều này có thể xuất phát từ sự phức tạp và sự đa dạng về khiếm khuyết trong mỗi cá nhân, dẫn đến việc không có một cơ chế duy nhất nào có thể giải thích đầy đủ cho chứng rối loạn này. Ngoài ra, sự khác nhau trong phương

pháp của các nghiên cứu cũng có thể dẫn đến sự không thống nhất trong kết quả.

YẾU TỐ SINH HỌC

YẾU TỐ GENE

Các bằng chứng cho thấy gene là một yếu tố rất quan trọng trong bệnh lý học của tự kỷ. Một nghiên cứu quy mô lớn về các cặp song sinh ở Anh (Bailey et al., 1995) cho thấy 60% sự tương hợp về rối loạn tự kỷ giữa các cặp sinh đôi cùng trứng (có nghĩa là nếu một người anh em sinh đôi mắc tự kỷ thì khả năng mắc của người còn lại là 60%) trong khi không có hiện tượng này giữa các cặp sinh đôi khác trứng. Một nghiên cứu lớn khác về các cặp song sinh, có tên là California Autism Twin Study, với một quy trình chẩn đoán khắt khe, tìm thấy 60% tương quan giữa các cặp sinh đôi cùng trứng, và một tỷ lệ khá cao ở mức 35% giữa các cặp sinh đôi khác trứng so với các nghiên cứu khác (Lajonchere, 2011). Mặt khác, kết quả từ các nghiên cứu về tính di truyền của tự kỷ cũng cho thấy anh chị em của trẻ tự kỷ có 12–20% nguy cơ mắc triệu chứng của một hoặc hai trong ba mục khiếm khuyết của chẩn đoán phổ tự kỷ (Chaste & Leboyer, 2012).



Rối loạn phổ tự kỷ mang tính đa gene (APA, 2013), có nghĩa là rối loạn là kết quả của sự tương tác giữa những gene khác nhau. Biến đổi gen đóng vai trò quan trọng trong nguy cơ mắc. Sự bất thường ở các nhiễm sắc thể qua mất đoạn, chuyển đoạn, hoặc lặp đoạn cho thấy có liên quan tới chứng tự kỷ trong nhiều cá thể (Chaste & Leboyer, 2012). Vùng nhiễm sắc thể nơi gene mã hoá cho tế bào tiếp nhận của

GABA nhận được nhiều sự chú ý do mật độ thường xuyên được ghi nhận về lặp đoạn. Nhớ lại rằng GABA là chất dẫn truyền thần kinh giảm hoạt động kích thích của nơron, sự rối loạn chức năng của những nơron này có thể ảnh hưởng đến quá trình kích thích neuron và sự phát triển sớm của não (Chaste & Leboyer, 2012). Các nghiên cứu khác chỉ ra vai trò của những bất thường trong việc hình thành và chức năng của các synapse đối với chứng tự kỷ với việc đột biến được tìm thấy ở những gene sợi nhánh (Durand et al., 2007).

YẾU TỐ THẦN KINH

Một số lượng lớn các nghiên cứu đã cho thấy bằng chứng về những khiếm khuyết trong phát triển ngôn ngữ và giao tiếp xã hội có liên quan đến sự suy giảm trong não bộ của những người mắc rối loạn phổ tự kỷ (Carper & Courchesne, 2005; DiCicco-Bloom et al., 2006; Waterhouse, 2012; Kring et al., 2013)

Người mắc chứng tự kỷ được phát hiện là có não lớn hơn người bình thường trong nhiều nghiên cứu sử dụng các số chỉ thị như chu vi đầu, thể tích được đo bằng chụp cộng hưởng từ (MRI) hay khối lượng não sau khi chết (DiCicco-Bloom et al., 2006, Kring et al., 2013). Người mắc chứng tự kỷ sinh ra với bộ não có kích cỡ bình thường nhưng kích cỡ này lại tăng lên một cách đáng kể trong bốn năm tiếp theo. Kết quả từ nghiên cứu *in vivo* MRI và các phân tích tổng hợp về khối lượng não sau khi chết cho thấy khi 3–4 tuổi, kích cỡ não của trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ có thể lớn hơn bình thường khoảng 10% (DiCicco-Bloom et al., 2006). Kích cỡ não lớn có thể là dấu hiệu của quá trình tủa các kết nối thần kinh diễn ra không chuẩn xác. Sự phát triển quá mức một cách bất thường này được tìm thấy trong vùng đại não, tiểu não và hệ viền, và điều này có

thể liên quan tới sự hình thành chứng tự kỷ vì những vùng này giữ vai trò quan trọng trong chức năng tư duy, xã hội, cảm xúc, và ngôn ngữ (Carper & Courchesne, 2005).

Trong khi tương tác xã hội qua lại là một trong ba mục chính bị khiếm khuyết ở trẻ tự kỷ, nghiên cứu cho thấy tương tác qua lại liên quan tới sự bắt chước đối tác giao tiếp, và quá trình này lại liên quan đến hoạt động của nhiều vùng não. Vì vậy, sự khiếm khuyết trong tương tác xã hội có thể liên quan đến suy giảm trong nhiều vùng khác nhau của não, khiến việc tìm hiểu nguyên nhân của phổ tự kỷ trở nên phức tạp hơn.

Rizolatti & Fabbri-Destro (2010) tìm thấy sự suy giảm trong hệ thống neuron gương ở người tự kỷ. Do các tế bào gương giúp chúng ta trong việc hiểu được những hành vi qua quan sát và học thông qua bắt chước người khác, cũng như đóng vai trò trong sự đồng cảm, các nhà nghiên cứu cho rằng sự rối nhiễu trong hệ thống này có thể dẫn đến những khiếm khuyết về xã hội như thiếu khả năng thấu hiểu ý định của người khác và mất khả năng chia sẻ và thông cảm với những cảm xúc của người khác.

Một số nghiên cứu khác thì liên kết khiếm khuyết về xã hội với việc hạt hạnh nhân bị phình ra, vùng não có vai trò trong chức năng xã hội và cảm xúc. Dawson (2008) cho rằng khiếm khuyết về xã hội ở chứng tự kỷ là do sự thiếu động lực xã hội, bắt nguồn từ sự rối nhiễu trong tương tác giữa hoạt động của oxytocin và hệ thống dopamine.

YẾU TỐ MÔI TRƯỜNG

Một số nguy cơ môi trường được xác định là có liên quan đến sự phát triển của

chứng tự kỷ, chẳng hạn như tuổi cha mẹ cao hay những vấn đề trong giai đoạn mang thai hay khi sinh nở. *Cần nhớ rằng tuy có mối liên hệ giữa những yếu tố này và việc mắc rối loạn phổ tự kỷ, nhưng điều đó không có nghĩa là chúng gây ra chứng tự kỷ.*



Các nghiên cứu khác nhau đã tìm thấy nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ cao ở những đứa trẻ được sinh ra khi cha đã lớn tuổi. Hultman và cộng sự (2011) tìm ra rằng những đứa trẻ sinh ra khi người cha ở tuổi 55 và lớn hơn có thể có nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ hơn 4.4 lần, trong khi nghiên cứu bởi Reichnberg và cộng sự (2006) cho thấy những người cha lớn hơn 40 tuổi có thể sinh ra con bị tự kỷ nhiều hơn 5.75 lần so với những người cha ở tuổi 30 hay trẻ hơn. Nghiên cứu Reichnberg và cộng sự không tìm ra mối liên quan giữa tuổi mẹ nhiều và nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ của trẻ. Trong khi đó, một nghiên cứu lớn gần đây thu thập dữ liệu từ 5 nước (Đan Mạch, Israel, Na Uy, Thụy Điển, và Tây Úc) cho thấy tỷ lệ tự kỷ ở trẻ sinh ra khi bố hơn 40 tuổi cao hơn 28% khi bố ở độ tuổi ngoài 20, và tỷ lệ này ở trẻ khi mẹ hơn 40 tuổi cao hơn 15% khi mẹ ở độ tuổi ngoài 20 (Sandin et al., 2016). Các nhà nghiên cứu cho rằng việc tăng nguy cơ có thể là kết quả của đột biến gene trong quá trình sản xuất tinh trùng, khi việc nhân đôi DNA và cơ chế sửa chữa DNA trở nên yếu đi hơn khi nam giới già đi. Nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ liên quan đến việc tuổi mẹ cao có thể là kết quả từ việc chức năng của hệ miễn

dịch bị suy giảm hoặc sự tích tụ của những chất độc từ môi trường (Waterhouse, 2012).

Nhiễm trùng ở mẹ khi mang thai được phát hiện là một yếu tố tiềm năng gây ra tự kỷ. Nhiễm trùng virus trong ba tháng đầu khi mang thai và nhiễm khuẩn trong ba tháng giữa có liên quan đến nguy cơ mắc chứng tự kỷ cao hơn trong nghiên cứu về trẻ em sinh ra ở Đan Mạch trong thời kỳ 1980–2005 của Atladottir và cộng sự (2010).

Liên quan đến quá trình sinh nở, việc sinh non và thiếu cân nặng lúc mới sinh được

cho là có liên quan đến sự phát triển chứng tự kỷ. Với công cụ chẩn đoán có tên M-CHAT cho trẻ ở tuổi rất nhỏ, tỷ lệ trẻ thiếu cân lúc mới sinh được sàng lọc là mắc tự kỷ khá cao ở mức 26% trong 91 trẻ sinh non và nặng ít hơn 1.500 g ở nghiên cứu của Limperopoulos và cộng sự (2008), và ở mức 21% trong 988 trẻ sinh trước 28 tuần thai trong nghiên cứu của Kuban và cộng sự (2009). Bằng việc nghiên cứu cân nặng khi sinh như một biến liên tục, Losh và cộng sự (2012) phát hiện rằng cứ mỗi 100 g tăng lên ở cân nặng khi sinh sẽ giảm nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ đi 13% và giảm độ nghiêm trọng của các triệu chứng của rối loạn phổ tự kỷ đi 2%.

ĐIỀU TRỊ

Hiện nay, phần lớn các biện pháp can thiệp cho trẻ tự kỷ tập trung vào khía cạnh tâm lý, với việc trẻ được hỗ trợ để giảm những hành vi không phù hợp và cải thiện kỹ năng giao tiếp và xã hội. Mặc dù có nhiều bằng chứng được tìm thấy trong cơ chế về thần kinh, điều trị sử dụng thuốc không cho thấy những kết quả khả quan. Sự hiệu quả của việc điều trị tâm xã hội cho chứng tự kỷ cho thấy rằng một rối loạn về thần kinh vẫn có thể được can thiệp qua khía cạnh tâm lý (Kring et al., 2013). Can thiệp sớm có thể mang lại nhiều lợi ích đáng kể cho trẻ tự kỷ cho cuộc sống trưởng thành sau này, do vậy người ta đang ngày càng chú ý vào cải thiện việc chẩn đoán hay xác định nguy cơ khi trẻ còn ở độ tuổi rất nhỏ. Do triệu chứng của rối loạn này thể hiện rất khác nhau giữa các cá nhân, việc điều trị theo chế độ cá nhân là rất quan trọng.



CAN THIỆP VỀ TÂM LÝ

PHÂN TÍCH HÀNH VI ỨNG DỤNG

Phân tích hành vi ứng dụng (ABA) sử dụng một hệ thống các nguyên tắc và phương pháp của việc học hành vi để cải thiện cả những kỹ năng cơ bản như nhìn, nghe và bắt chước và cả những kỹ năng thuộc về chức năng như đọc, giao tiếp và hiểu ý kiến của người khác (Autism Speaks, n.d.). Ivar Lovass, nhà tâm lý học và giáo sư người Na Uy tại Đại học California, là người tiên phong trong việc phát triển biện pháp can thiệp này (Kring et al., 2013). Mục đích can thiệp của ông là cải thiện những kết quả về chức năng bằng cách đưa việc điều trị vào những năm trẻ còn nhỏ, bao gồm cả cha mẹ và thực hiện

can thiệp ở nhà thay vì ở viện phù hợp (Smith and Eikeseth, 2011).

Trong nghiên cứu đột phá của Lovass, nhóm được can thiệp nhận 40 giờ điều trị liệu cao thực hiện bởi những sinh viên chuyên ngành trị liệu đã được đào tạo và cha mẹ. Điều trị bao gồm nhiều khía cạnh đa dạng để cải thiện các kỹ năng cho trẻ tự kỷ chẳng hạn như truyền giảng các hành vi hung hăng, dạy sự bắt chước, chơi với bạn cùng lứa hay là những kỹ năng trước khi đi học (Lovaas, 1987). Hai nhóm đối chứng tiếp nhận sự điều trị tương đối tương tự nhưng với cường độ nhẹ hơn hoặc bao gồm ít thành phần hơn. Kết quả theo dõi cho thấy những tác động tích cực về chức năng ở nhóm can thiệp, với 47% đạt được điểm IQ ở mức bình thường và có kết quả thành công trong năm học đầu ở các trường công, so với 2% đạt được kết quả tương tự ở các nhóm đối chứng (Lovass, 1987). Nghiên cứu này, mặc dù vấp phải nhiều chỉ trích dữ dội về phương pháp và mức độ của hiệu quả, vẫn được công nhận về ý nghĩa và tầm quan trọng của lối tiếp cận (Smith and Eikeseth, 2011). Nhiều nghiên cứu đã hoàn thành cũng đồng tình rằng ABA có thể cải thiện cuộc sống cho người mắc rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt là về giao tiếp, các mối quan hệ, tự chăm sóc bản thân, giáo dục và đi làm (Autism speaks, n.d.). Can thiệp từ sớm bằng ABA liệu cao cho trẻ tự kỷ đã được chứng nhận và thực hành một cách rộng rãi bởi một số tổ chức ở Mỹ, bao gồm US Surgeon of General và New York State Department of Health (Autism Speaks, n.d.; Smith and Eikeseth, 2011).

Công trình của Ivar không chỉ cung cấp một cách tiếp cận can thiệp hiệu quả cho rối loạn phổ tự kỷ, mà còn phản ánh một số điểm quan trọng. Việc can thiệp ở nhà cho thấy điều trị rối loạn phổ tự kỷ không nhất thiết phải thực hiện ở các bệnh viện mà có thể thực hiện tại nhà bởi các nhân

viên đã qua đào tạo (Smith and Eikeseth, 2011), trong khi những sinh viên đại học ngành trị liệu, với việc đào tạo và giám sát đầy đủ, có thể thực hiện can thiệp thành công. Điều này gợi ra sự khả thi cho việc chuyển giao nhiệm vụ trong việc chăm sóc rối loạn tâm lý trong hoàn cảnh thiếu nhân lực ở những nước có thu nhập thấp và trung bình, với việc can thiệp có thể thực hiện bởi những người không phải chuyên gia nhưng đã được thông qua đào tạo. Tuy nhiên, một lần nữa, cần nhớ rằng những sinh viên này được tiếp nhận đào tạo rất chuyên sâu và có sự giám sát liên tục từ những người điều hành dự án (Smith and Eikeseth, 2011). Mặt khác, vai trò tiềm năng của cha mẹ trong can thiệp trẻ tự kỷ cũng được công nhận. Bằng chứng cho rằng 25–30 giờ đào tạo cho cha mẹ cũng hiệu quả ngang với 200 giờ đào tạo lâm sàng trực tiếp trong việc cải thiện hành vi cho trẻ tự kỷ (Kring et al., 2013). Đào tạo về quản lý cho cha mẹ cũng cho thấy những kết quả tích cực trong các vấn đề về hành vi, sự nghiêm trọng về vấn đề hành vi và kỹ năng giao tiếp cho trẻ với hội chứng Asperger trong nghiên cứu của Sofronoff, Leslie and Brown (2004).

ĐIỀU TRỊ VÀ GIÁO DỤC CAN THIỆP TRẺ TỰ KỶ VÀ KHUYẾT TẬT LIÊN QUAN ĐẾN GIAO TIẾP

Một cải thiện bằng tâm lý trị liệu khác cũng được sử dụng rộng rãi cho rối loạn phổ tự kỷ là Điều trị và giáo dục can thiệp trẻ tự kỷ và khuyết tật liên quan đến giao tiếp (TEACCH), được phát triển tại Đại Học Bắc Carolina từ những năm 1970 (Mesibov and Shea, 2009). Biện pháp can thiệp này, còn được biết đến với tên gọi “Dạy theo cấu trúc,” được xây dựng từ những đặc điểm thường được quan sát ở phổ tự kỷ, thường được gọi là “văn hoá tự kỷ,” và bao gồm tám đặc điểm của các triệu chứng rối loạn phổ tự kỷ như là suy giảm giao tiếp, tuân thủ quá mức nếp sinh hoạt, hay những mối quan tâm mãnh liệt. Cơ chế của phương pháp bao gồm những

thành phần sau: (1) tạo nên môi trường và các hoạt động mà người mắc rối loạn phổ tự kỷ có thể hiểu được; (2) sử dụng sự yêu thích của họ đối với những chi tiết hình ảnh để cải thiện những kỹ năng yếu hơn; (3) tăng cường việc học bằng cách cho thêm vào những mối quan tâm nhất định của họ; và (4) hỗ trợ họ bắt đầu sự giao tiếp có ý nghĩa (Mesibov and Shea, 2009).

Nhiều nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng cho thấy TEACHH có hiệu quả trong nhiều chức năng như bắt chước, kỹ năng vận động hay chức năng tư duy (Ozonoff and Cathcart, 1998) hoặc thực hiện nhiệm vụ và cải thiện khả năng học vấn (Rutter and Bank, 1973 cited in Kring et al., 2013). Các nghiên cứu điều tra tính hiệu quả của từng thành phần một cách riêng biệt đã cho ra những kết quả đáng khích lệ. Ví dụ, MacDuff, Krantz and McClannahan (1993) sử dụng một lịch hoạt động sau giờ học ở trường bằng ảnh, cho thấy sử dụng các hướng dẫn bằng hình ảnh có thể tạo nên sự tham gia và thay đổi một cách độc lập trong hoạt động của trẻ tự kỷ. Ở Việt nam, TEACHH đã được giới thiệu và tìm hiểu trong một số nghiên cứu (Nguyen, 2015). Trong một nghiên cứu của Nguyen Thi Dieu Anh, 10 trẻ tiếp nhận TEACHH ở nhà bởi nhân viên giáo dục đặc biệt đã cho thấy sự cải thiện đáng kể (được trích trong Nguyen, 2015).

TRỊ LIỆU ÂM NHẠC

Trong những năm gần đây, trị liệu bằng nghệ thuật thu hút ngày càng nhiều sự quan tâm trong việc can thiệp cho các rối loạn tâm lý. Đối với rối loạn phổ tự kỷ, trị liệu âm nhạc đang được thực hành nhiều hơn với lợi ích tiềm tàng trong việc cải thiện đáp ứng và kỹ năng giao tiếp (Geretsegger et al., 2014). Có hai dạng: *đón nhận*, khi mà người tham gia sẽ lắng nghe những bản nhạc đã được thu âm hay biểu diễn trực tiếp bởi nhà trị liệu âm nhạc với lời nhạc diễn tả nội dung cần

học; *chủ động*, khi người mắc tham gia chơi và biểu diễn ngẫu hứng cùng nhà trị liệu âm nhạc. Trevarthen (1999) cho rằng trẻ sơ sinh khi còn nhỏ rất nhạy cảm với giai điệu và âm điệu tình cảm trong lời nói của mẹ, và do đó đã sẵn sàng giao tiếp với “tính nhạc” của cuộc đối thoại. Âm nhạc vì thế có thể tạo điều kiện cho người mắc rối loạn phổ tự kỷ tham gia vào các cuộc đối thoại không dùng lời nói.



Một cách giải thích khác cho cơ chế của việc trị liệu bằng âm nhạc có thể cải thiện tương tác xã hội là việc cùng sáng tác âm nhạc với nhau tạo nên cảm giác hợp tác với một mục đích chung và do đó thúc đẩy sự kết nối xã hội cho người mắc rối loạn phổ tự kỷ (Ghasemtaba et al., 2005). Một tổng quan hệ thống của Geretsegger và cộng sự (2014) về trị liệu âm nhạc trong can thiệp rối loạn phổ tự kỷ đã xem xét 10 nghiên cứu khác nhau với 165 người tham gia đã chứng tỏ trị liệu âm nhạc có thể cải thiện cả giao tiếp dùng lời nói và không dùng lời nói, tương tác cảm xúc xã hội và chất lượng của mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái cho cá nhân mắc rối loạn phổ tự kỷ.

THUỐC

Thuốc được sử dụng nhằm giảm nhẹ sự suy giảm trong ba mục của rối loạn phổ tự kỷ: tương tác xã hội, giao tiếp xã hội, hoạt động lặp lại và mối quan tâm hạn chế thì tương đối hạn chế khi không có thuốc nào có tác dụng cho mọi cá thể (Autism Speaks, n.d.b). Loại thuốc thường được kê đơn cho rối loạn phổ tự kỷ là thuốc chống loạn thần có thể giảm nhẹ các triệu chứng chính. Haloperidol được chứng minh là

hiệu nghiệm trong việc giảm những hành vi lặp lại, tăng động, những hành vi hung hăng và tăng cường mối quan hệ xã hội (Anderson et al., 1984). Tuy nhiên, thuốc gây ra nhiều tác dụng phụ về rối loạn ngoại tháp nghiêm trọng như phản ứng loạn trương cơ lực (sự co giãn mất kiểm soát của cơ dẫn đến những chuyển động không tự chủ của các bộ phận cơ thể) hay rối loạn hoạt động muện (những chuyển động co giật không tự chủ của mặt và/hoặc cơ thể) (Ching & Pringsheim, 2012).

Aripiprazole là thuốc loạn thần dòng thứ hai và là chất đối kháng ở thụ thể dopamine và serotonin. Một nghiên cứu tổng hợp về hai thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên cho thấy aripiprazole có hiệu quả trong việc cải thiện tính dễ cáu giận, tăng động và các hành vi lặp với tác dụng phụ là tăng cân, buồn ngủ, run, và chảy nước dãi (Ching & Pringsheim, 2012).

NỘI DUNG

CHƯƠNG 10

RỐI LOẠN NHÂN CÁCH

Rối loạn nhân cách (RLNC) là một nhóm rối loạn tâm lý liên quan đến những chiều hướng suy nghĩ, hành vi không lành mạnh và không thay đổi trong thời gian dài, gây ra những vấn đề nghiêm trọng ảnh hưởng đến các mối quan hệ cá nhân và công việc. Những người mắc RLNC thường gặp khó khăn trong việc giải quyết các vấn đề gây áp lực hằng ngày và đồng thời họ cũng có những mối quan hệ "bão táp" với những người khác.

Các triệu chứng của RLNC rất khác theo từng bệnh và trải dài từ nhẹ cho đến nặng. Bệnh nhân mắc RLNC thường không hề nhận ra rằng bản thân mình có vấn đề. Đối với họ, suy nghĩ của mình là bình thường và vì thế họ thường đổ lỗi cho những người khác khi có chuyện gì đó xảy ra (NIH, 2014). Hiện tại, có mười loại RLNC được liệt kê trong DSM-V và được chia làm ba nhóm A, B và C với các đặc điểm khác nhau như sau:

Nhóm A: Lập dị/ kỳ quái. Các rối loạn nằm trong nhóm A bao gồm: RLNC paranoid, RLNC khép kín và RLNC dạng phân liệt.

Nhóm B: Phô trương/kịch tính/ nhiều cảm xúc. Các rối loạn nằm trong nhóm B bao gồm: RLNC ranh giới, RLNC chống đối xã hội, RLNC kịch tính, RLNC ái kỷ.

Nhóm C: Sợ hãi/ lo âu. Các rối loạn nằm trong nhóm C bao gồm: RLNC tránh né, RLNC phụ thuộc và RLNC ám ảnh cưỡng chế (APA, Personality Disorder, 2013).

Vì không thể đi sâu vào từng dạng rối loạn nên chúng tôi quyết định chọn ra một dạng rối loạn tiêu biểu từ các nhóm để giới thiệu tới bạn đọc, hy vọng các bạn có thể hiểu rõ hơn từng nhóm bệnh.

NHÓM A: RLNC PARANOID

Dữ liệu khảo sát dịch tễ học quốc gia về rượu và các tình trạng liên quan của viện sức khỏe quốc gia về lạm dụng chất cồn và nghiện chất cồn ở Mỹ cho rằng mức độ phổ biến của RLNC paranoid khoảng 4.4%, trong khi một khảo sát khác cho rằng có khoảng 2.3% dân số Mỹ mắc rối loạn này (APA, Paranoid Personality Disorder, 2013).

Đặc điểm chính của chứng RLNC paranoid là khuynh hướng nghi kỵ không hợp lý về hành vi và mục đích của người khác. Người mắc chứng rối loạn này thường không tin tưởng người khác, lúc nào cũng nghi ngờ mọi người nghĩ xấu hay có ý đồ xấu với mình mà không có bằng chứng hay lý do chính đáng. Họ lúc nào cũng đề phòng và cho rằng những người khác đang cố gắng hãm hại, lợi dụng, sỉ nhục họ. Điều này khiến họ hoàn toàn không thể linh hoạt trong cách họ nhìn nhận mục đích và hành vi của người khác. Do đó họ không thể nào chọn ra tình huống mà mình có thể tin tưởng đối phương (Oltmann & Emery, 2014). Trường hợp của ông Minh dưới đây là một ví dụ điển hình.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Ông Minh là một nhân viên văn phòng, năm nay ông 46 tuổi. Trong mắt đồng nghiệp, ông là một người kiêu ngạo và khó gần. Ông luôn chỉ trích và đổ lỗi cho những người khác khi có chuyện xảy ra. Tính ông cũng rất gây hấn và nghi kỵ nên không ai có thể làm việc chung nhóm với ông cả. Một câu đùa dè dặt như hãy tắt đèn khi ra về cũng khiến ông nổi đóa và cho rằng người kia đang ám chỉ ông là người không biết tiết kiệm điện và vì thế có lần ông đánh nhau với cả đồng nghiệp. Cuộc sống hôn nhân của ông cũng không mấy êm đềm. Ông luôn nghĩ rằng vợ mình ngoại tình và không chung thủy mặc dù ông không có bằng chứng gì để chứng minh điều đó. Hầu như ngày nào họ cũng cãi nhau về vấn đề này. Bởi vì luôn nghi kỵ vợ mình không chung thủy nên ông cũng rất độc đoán với bà, không cho phép bà đi bất cứ nơi đâu mà không có ông, đồng thời cũng quản lý tài khoản nhà bằng rất chặt và luôn quản lý điện thoại, các tin nhắn cá nhân của bà. Ông cũng không hề có bạn bè hay thân thiết với bất kỳ ai trong gia đình vì theo lời ông nói thì "Cả đám bọn chúng đều chẳng tốt lành gì. Chỉ chờ tôi già rồi bọn chúng cười cợt tôi, hoặc là thấy tôi làm có tiền thì muốn kiếm chút đỉnh thôi."

TRIỆU CHỨNG

Đối với người mắc chứng RLNC paranoid, những hành động, lời nói, cử chỉ bình thường, hay mang tính tốt đẹp có thể bị họ coi là xấu xa, hay sỉ nhục. Ví dụ như một câu nói đùa bình thường của đồng nghiệp sẽ bị họ coi như là một lời tấn công hay chỉ trích. Ngay cả những lời khen cũng bị họ hiểu nhầm (ví dụ như lời khen khi họ giành được thứ gì đó sẽ bị hiểu nhầm thành lời chỉ trích họ ích kỷ). Đồng thời, họ cũng có thể coi lời đề nghị được giúp đỡ thành lời chê bai họ không thể tự làm tốt công việc của bản thân. Vì thế nên họ không bao giờ tâm sự với người khác, không cho phép bản thân thiết lập bất kỳ mối quan hệ nào vì lo ngại những thông tin mà mình chia sẻ sẽ bị dùng để đối phó với mình (APA, Paranoid Personality Disorder, 2013).



Cảm xúc chủ đạo của những người mắc RLNC paranoid chính là giận dữ và nghi kỵ. Cá nhân mắc chứng luôn luôn hằn học và không tha thứ cho bất kỳ lời sỉ nhục, chấn thương hay sự coi thường nào mà họ nghĩ họ nhận được. Một sự coi thường rất nhỏ, không đáng chú ý có thể kích thích một cơn giận mãnh liệt (APA, Paranoid Personality Disorder, 2013).

Với bạn gái/ trai hay chồng/ vợ của mình, họ lúc nào cũng nghĩ là người kia ngoại tình, không chung thủy mặc dù họ không có bằng chứng gì để chứng minh điều đó. Và vì thế họ gặp nhiều rắc rối trong việc giữ vững mối quan hệ cá nhân lâu dài. Họ đổ lỗi cho người khác cho những điều không may xảy ra với mình. Họ luôn luôn đúng, chỉ có người khác sai (Oltmann & Emery, 2014).

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Luôn nghi ngờ và không tin tưởng người khác. Lý giải động cơ của họ là xấu xa, hiểm ác, bắt đầu ở độ tuổi thiếu niên, và thể hiện ở những hoàn cảnh khác nhau, với ít nhất bốn trong số các triệu chứng sau:

- Nghi ngờ không bằng chứng rằng những người khác đang lợi dụng, hãm hại hoặc lừa dối anh/cô ta.

- Luôn bận tâm với những lo lắng lý giải được về lòng trung thành hay sự đáng tin của bạn bè hoặc người quen.
- Không sẵn lòng chia sẻ với người khác vì sợ rằng thông tin sẽ bị dùng để chống lại mình.
- Cho rằng những sự kiện bình thường luôn ẩn chứa ý nghĩa xấu xa.
- Luôn giữ những hận thù (không tha thứ cho bất kỳ sự coi thường, sỉ nhục hay chấn thương nào).
- Cho rằng những người khác đang tấn công mình và luôn nhanh chóng phản ứng giận dữ hoặc đánh trả.
- Thường xuyên nghi ngờ không bằng chứng về lòng chung thủy của vợ hay chồng mình.

Những triệu chứng này phải không xảy ra trong giai đoạn tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hay rối loạn trầm cảm với triệu chứng loạn thần, hoặc những rối loạn loạn thần khác, và không phải là hệ quả từ những ảnh hưởng sinh lý hay tình trạng y tế để có thể chẩn đoán RLNC paranoid.

RLNC paranoid có thể xuất hiện lần đầu ở thời thơ ấu và thanh thiếu niên với dấu hiệu như đơn độc, quan hệ bạn bè kém, lo âu xã hội, cực kỳ nhạy cảm, có những suy nghĩ và ngôn ngữ kỳ dị. Những đứa trẻ này thường rất lập dị và vì thế hay bị trêu chọc. Dạng rối loạn này có vẻ như thường được chẩn đoán nhiều ở nam (APA, Paranoid Personality Disorder, 2013).



Hiện nay chưa có bất kỳ loại kiểm tra hay xét nghiệm nào dùng để chẩn đoán bệnh, tuy nhiên bác sĩ có thể thực hiện một số loại kiểm tra để loại trừ những bệnh sinh lý có thể là nguyên nhân gây ra triệu chứng (WebMD, 2014).

NGUYÊN NHÂN

Chưa có nguyên nhân chính thức gây ra RLNC paranoid nên bệnh được giải thích dưới mô hình sinh tâm xã hội. Từ việc những người mắc chứng RLNC paranoid có thân nhân mắc chứng tâm thần phân liệt cho thấy mối liên hệ di truyền giữa hai bệnh này. Những trải nghiệm thời thơ ấu bao gồm những chấn thương thể xác và tâm lý cũng là một trong những nguyên nhân gây bệnh (WebMD, 2014).

Giải thích dưới góc nhìn thuyết phân tâm học, các RLNC là hệ quả từ việc các cơ chế bảo vệ bản thân trong tiềm thức hoạt động không thống nhất. Với RLNC paranoid, đặc điểm chính của bệnh là nhận thức bị bóp méo bởi những hoang tưởng mãnh liệt mà phần lớn dựa trên cơ chế phóng chiếu. Phóng chiếu là một cơ chế tự vệ mà một người dùng để gán những suy nghĩ, xung động hay cảm xúc mà họ không thể nào chấp nhận được là của chính bản thân, lên những người khác. Việc phóng chiếu những suy nghĩ tiêu cực của mình lên người khác sẽ áp ứ

sự nghi kỵ. Trong một giới hạn nhất định, sự nghi kỵ có tính thích nghi và là một cơ chế tự vệ hiệu quả trước những trò lừa gạt gian dối của những người có xu hướng chống đối xã hội. Tuy nhiên, RLNC paranoid là một dạng rối loạn làm suy yếu đi sự thích nghi của người bệnh với cuộc sống, công việc và các mối quan hệ xung quanh bởi nó bóp méo đi nhận thức của người bệnh với những cảm nhận nghi kỵ, niềm tin, và hoang tưởng mãnh liệt. (Bowins, 2010).



Vào năm 2013, S.Birkeland có viết một lá thư cho tạp chí Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience trong đó trình bày một ca bệnh mà ông đã gặp. Một bệnh

nhân nam 46 tuổi là công nhân đã phải nhập viện tâm thần sau khi tự sát không thành. Khi còn là thiếu niên, ông đã từng nhập viện vì chấn thương đầu với chấn động não sau một vụ tai nạn giao thông. Đồng thời, ông cũng nghiện rượu nặng. Khi tỉnh rượu, ông được mô tả như một người không tự tin, cực kỳ nhạy cảm, khó chịu, nghi kỵ và không tin ai cả. Tuy nhiên, tính cách nổi bật nhất là ghen tị. Ông luôn nghi ngờ vợ mình không chung thủy và thường xuyên “tra hỏi” vợ mình. Việc dùng rượu thường xuyên làm gia tăng xu hướng hoang tưởng. Bệnh nhân cũng dùng các loại thuốc chống trầm cảm, chống loạn thần. Lần xuất viện cuối cùng, ông được chẩn đoán là mắc “RLNC paranoid”.

Birkeland cho rằng trường hợp này chứng minh rằng có một mối quan hệ giữa các yếu tố hữu cơ trong não với việc phát triển những đặc điểm của chứng RLNC paranoid. Mặc dù cơ chế này chưa được làm rõ, tuy nhiên việc lạm dụng chất cồn và có lẽ là cả chấn thương não có thể góp

phần vào nguyên nhân gây ra chứng RLNC paranoid (Birkeland, 2013).

Tiến sĩ Jeffrey Young, người phát triển thuyết sơ đồ – một dạng mở rộng của thuyết nhận thức – hành vi, tin rằng những người mắc RLNC đã phát triển nên những cách thức thích nghi không tốt từ những “trải nghiệm thơ ấu độc hại”. Những trải nghiệm độc hại này tạo nên những xu hướng tương tác tự hại và gây ra nhiều rắc rối, đau đớn và khó chịu cho họ (Hoermann, Zupanick, & Dombeck).

ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP

Một phương pháp chữa trị cho RLNC paranoid là tư vấn tâm lý. Đa số bệnh nhân mắc chứng RLNC không cho rằng họ có vấn đề, do đó họ không tự đi khám hay tư vấn tâm lý, nhất là với người mắc chứng RLNC paranoid. Sự đa nghi khiến cho họ nghi ngờ tất cả mọi người khiến cho việc điều trị khó khăn vì chuyện ngưng điều trị giữa chừng xảy ra thường xuyên.

Chữa trị theo phương thức tư vấn tâm lý cần thời gian dài. Vì tính chất nghi ngờ của bệnh nhân mắc chứng rối loạn hoang tưởng, chuyên viên trị liệu phải tốn rất nhiều công sức để gây dựng niềm tin nơi bệnh nhân. Ngày qua ngày, bệnh nhân sẽ tin tưởng họ thêm và sẽ tiết lộ ra nhiều suy nghĩ lệch lạc khác. Các chuyên viên sẽ phải giải quyết các suy nghĩ lệch lạc này một cách cẩn thận để không mất đi mục tiêu trị liệu và đồng thời không làm dấy lên nỗi nghi ngờ của bệnh nhân. Mục tiêu cuối cùng của phương thức chữa trị này là giúp cho bệnh nhân có một số kỹ năng hòa nhập cơ bản, cũng như giao tiếp xã hội, và niềm tự tin nơi bản thân (PsychCentral, 2013).

Các công ty bảo hiểm và quản lý sức khỏe thường hay nói rằng RLNC không thể chữa

trị, tuy nhiên thực chất có những bằng chứng cho thấy bệnh nhân phản ứng tốt với tư vấn tâm lý chữa trị nhưng cần phải kéo dài để chữa trị đạt được hiệu quả tối đa. Mặc dù chữa trị bằng phương thức trong khoảng thời gian dài cần chi phí khá lớn nhưng về lâu dài thì lại rất đáng giá vì nó làm giảm tần suất bệnh nhân nhập viện và các khoảng chi phí khác (Gabbard, 2000)

Do đa nghi nên bệnh nhân thường không dùng thuốc, tuy nhiên một số thuốc như

chống trầm cảm, lo lắng có thể được kê đơn nếu bệnh nhân có triệu chứng lo âu quá mức là hệ quả từ việc nghi kỵ và không tin tưởng bất kỳ ai (WebMD, 2014). Một số loại thuốc chống loạn thần cũng an toàn và có hiệu quả trong thời gian ngắn khi điều trị bệnh (Birkeland, 2013). Hiện nay chưa có cách nào để phòng bệnh này nhưng một số kế hoạch trị liệu giúp cho bệnh nhân nào có xu hướng mắc bệnh học cách giải quyết tình huống tốt đẹp hơn (WebMD, 2014).

NHÓM B: RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI

Rối loạn nhân cách ranh giới (Borderline Personality Disorder – BPD) thuộc cụm B của rối loạn nhân cách. Đặc tính của rối loạn này là nỗi sợ hãi bị bỏ rơi cùng cực, cảm giác về bản thân, các mối quan hệ bấp bênh, tâm trạng không ổn định. Trong một báo cáo trước Quốc hội về dạng rối loạn này, cơ quan Quản trị Dịch vụ Tâm thần và Lạm dụng thuốc đã chỉ ra rằng khoảng 18 triệu người (chiếm 5,6%) người Mỹ sẽ phát bệnh tại một số thời điểm trong cuộc đời của họ. Chưa có tư liệu nào chỉ ra sự ảnh hưởng đáng kể từ sự khác biệt về giới tính. Cả phụ nữ và đàn ông đều có nguy cơ phát bệnh như nhau (SAMHSA, 2010).

Giống như những rối loạn nhân cách khác, do yêu cầu cao về các phương pháp điều trị, chăm sóc và các dịch vụ xã hội, những người mắc BPD họ chịu gánh nặng kinh tế khá lớn (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, & Busschbach, 2008). Những người mắc chứng rối loạn này cũng có tỉ lệ cao mắc các rối loạn khác như trầm cảm, lạm dụng thuốc, tự làm hại bản thân, rối loạn ăn uống. Khoảng 70% những người mắc BPD muốn tự tử và 4 – 9% thực sự tự tử (NIMH).

TRIỆU CHỨNG

Theo DSM-V, người được chẩn đoán mắc BPD phải cho thấy sự bền vững của một mô hình hành vi bao gồm ít nhất năm triệu chứng dưới đây:

- Cố gắng hết sức để tránh bị bỏ rơi thật sự hay trong tưởng tượng.
- Mối quan hệ không bền vững với người thân, bạn bè hay người yêu, đặc trưng bởi việc luân phiên giữa hai thái cực: lý tưởng hóa quá mức và giảm giá trị (từ yêu thương nồng nhiệt có thể chuyển sang không thích và giận dữ).

- Nhận dạng bản thân không ổn định và méo mó, dẫn đến sự thay đổi bất thường về cảm xúc, mục tiêu, giá trị và ý kiến.
- Có tính xung đột và hành vi nguy hiểm ít nhất trong hai khía cạnh có khả năng gây tổn hại cho người bệnh. Ví dụ: mua sắm không kiểm chế, quan hệ tình dục bừa bãi, lạm dụng chất, ăn uống vô độ.
- Lặp đi lặp lại những hành vi tự sát hoặc hành vi tự hủy.
- Khí sắc thay đổi thất thường và mãnh liệt. Có thể kéo dài trong vài giờ cho đến vài ngày.

- Luôn có cảm giác trống rỗng và chán chường.
- Giận dữ vô cớ hoặc khó kiểm soát cơn giận, ví dụ thường xuyên biểu hiện sự cau có, giận dữ hoặc đánh nhau nhiều lần.
- Xuất hiện những suy nghĩ hoang tưởng liên quan đến stress, và có các

triệu chứng phân ly nặng, ví dụ như không phân rõ được thực tại, trải nghiệm phi nhân cách hóa.

Để hiểu rõ hơn về các triệu chứng phía trên, hãy tham khảo trường hợp của người phụ nữ trẻ dưới đây.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Ngọc Minh là một phụ nữ độc thân đã 30 tuổi. Lần đầu tiên, cô được chẩn đoán mắc chứng rối loạn lưỡng cực sau đó là BDP và trước đó cô từng làm việc với một số nhà trị liệu. Quá trình điều trị khiến cô cảm thấy không mấy vui vẻ hay thú vị vì thế cô thường bỏ dở chúng. Cô luôn nhìn nhận mình có thể trở thành một giám đốc điều hành đỉnh cao, nhưng kể từ khi tốt nghiệp đại học, cô thực tập tại một số công ty và bỏ việc sau vài tháng hoặc một năm chỉ vì nhàm chán hoặc họ không thăng chức cho cô nhanh. Minh dường như không chắc chắn về mục tiêu của mình. Hôm trước thì cô muốn làm việc trong ngành công nghiệp thời trang, nhưng ngày hôm sau cô muốn theo đuổi sự nghiệp diễn xuất mặc dù cô đã học ngành quản trị kinh doanh.

Các mối quan hệ của cô ấy với mọi người thường không được ổn định. Chẳng có cái nào kéo dài hơn một năm cả. Cô yêu cầu bạn trai của mình dành tất cả thời gian cho cô và sẽ rất tức giận nếu anh ta bỏ cô lại một mình. Có một lần, cô đã chia tay với một trong những người bạn trai chỉ vì anh ta đã phải đi công tác một tuần cho việc kinh doanh và không thể đưa cô ấy đi cùng. Cô cũng bối rối về hình ảnh của bản thân mình. Nếu một anh chàng thu ngân tại một cửa hàng tạp hóa không nhìn thẳng vào mắt cô, thì ngay sau đó cô sẽ buồn và tự nhận mình thật xấu xí. Tuy nhiên, nếu anh ta nhìn cô thì cô lại nghĩ đó là một sự xúc phạm đến vẻ đẹp.

Trường hợp Ngọc Minh là một ca BPD điển hình. Cô không thể chịu đựng được việc ở một mình hoặc bị tách biệt và lý do này khiến cô chia tay với bạn trai của mình. Những yêu cầu của cô đã đưa cô vào những rắc rối và không thể hình thành một mối quan hệ bền vững trong tình cảm và có thể trong gia đình. Hình ảnh về bản thân và mục tiêu cuộc sống không rõ ràng và kết quả là, cô không có định hướng cụ thể cho cuộc đời mình.

Một sự kiện bình thường cũng có thể kích phát các triệu chứng. Người mắc phải BPD có thể cảm thấy đau khổ và tức giận khi phải tạm thời chia xa như trường hợp chuyển công tác của người bạn trai Minh, hoặc những chuyển nghĩ mát của người mà họ cảm thấy thân thiết (NIMH). Đối với họ, sự tách biệt hoặc bị bỏ rơi có thể ngụ ý rằng họ "xấu xa"; do đó họ rất nhạy cảm với những điều kiện bên ngoài. Một sự thay đổi nhỏ trong kế hoạch như trễ

vài phút hoặc hủy bỏ các cuộc hẹn có thể làm cho họ giận dữ. Những nỗi sợ hãi mãnh liệt từ việc bị bỏ rơi dẫn đến việc họ không thể chấp nhận ở một mình và luôn luôn phải có một ai đó với họ (Grohol, 2015).

Người mắc BDP thường có mối quan hệ cá nhân bất ổn định. Họ có thể ở thái cực lý tưởng hóa người chăm sóc hoặc những người bạn của họ sau vài lần gặp đầu tiên và yêu cầu họ dành nhiều thời gian cho mình hơn. Tuy nhiên, nếu người yêu hoặc người chăm sóc của họ không đáp ứng được những nhu cầu này, họ nhanh chóng chuyển sang thái cực giảm giá trị. Họ có thể cảm thấy người đó không quan tâm mình, không thương yêu mình đầy đủ hoặc không cho những gì mình muốn và tưởng tượng mình sẽ bị từ chối hoặc bị bỏ rơi từ họ. Điều này dẫn tới sự khủng hoảng nghiêm trọng, và thường dẫn đến hành vi tự hủy hoại bản thân như: cắt tay,

đập đầu hoặc nổi nóng để điều chỉnh cảm xúc hoặc trải nghiệm đau đớn.



Những người mắc phải BPD cũng trải qua một khoảng thời gian dài cảm thấy nhàm chán hoặc trống vắng khiến cho họ không ngừng tìm kiếm một cái gì đó để có thể lấp đầy các khoảng trống ấy. Họ cũng gặp khó khăn trong việc kiểm soát sự tức giận khi những người thân có những hành vi mà họ xem như bỏ bê, không quan tâm hoặc từ bỏ họ, và sau đó họ cảm thấy xấu hổ và tội lỗi với việc làm của mình và xem điều đó thật “xấu xa”. Kết quả là họ có thể có hành vi tự tử hoặc tự làm hại bản thân để trừng phạt chính mình (Grohol, 2015).

Do sự chồng chéo của các triệu chứng, BPD là một trong những dạng rối loạn dễ bị chẩn đoán nhầm sang rối loạn lưỡng cực, trầm cảm hoặc PTSD (Ruggero, Zimmerman, Chelminski, & Young, 2010). Sự xuất hiện đồng thời của nhiều dạng rối loạn đặt ra một thách thức trong việc chẩn đoán BPD, từ đó kết quả của việc điều trị có thể bị ảnh hưởng.

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân phát sinh của chứng rối loạn nhân cách ranh giới được các nhà khoa học đồng thuận là sự kết hợp của yếu tố di truyền, yếu tố sinh học và các yếu tố tâm lý bao gồm: các chấn thương tâm lý xảy ra khi bị lạm dụng tình dục, bạo hành về tinh thần, thể xác, gia đình không hạnh phúc, hay không nhận được sự quan tâm chăm sóc trong thời thơ ấu.



YẾU TỐ SINH HỌC

Nghiên cứu các cặp sinh đôi cho thấy gene đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của BPD. Tỷ lệ di truyền chiếm khoảng 40%. Các đặc điểm đặc biệt như gây hấn và bốc đồng thì đều có thể di truyền được. Các gene có chức năng điều tiết cảm xúc và sự bốc đồng có thể góp phần vào nguy cơ gây BPD (NIMH). Những người có thân nhân đời đầu (cha mẹ, anh chị em ruột) mắc BPD thì sẽ có nguy cơ mắc bệnh nhiều hơn so với những người khác (Gunderson, Zanarini, Choi-Kahn, và al, 2011).

Sự bất thường của các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, norepinephrine, dopamine hay các loại khác có thể đóng vai trò trong việc hình thành sự bốc đồng và các triệu chứng khác của BPD. Sự trao đổi chất bất thường hay sự thay đổi trong cấu trúc não cũng có sự liên quan với BPD (Kreisman & Straus, 2010).

Hạch hạnh nhân và hệ viền của não là trung tâm quy định cảm xúc, đặc biệt là sự sợ hãi, giận dữ hay sự bốc đồng. Hạch hạnh nhân và hệ viền đều liên quan đến sự phát triển của BPD. Những trải nghiệm đau thương có thể dẫn đến thay đổi cấu trúc thần kinh và các nghiên cứu đã chỉ ra vùng hồi hải mã và hạch hạnh nhân ở những người mắc BPD nhỏ hơn những người khác. Chụp cắt lớp phát xạ cho thấy sự suy giảm quá trình chuyển hóa glucozơ trong vỏ não trước trán, một phần của não chịu trách nhiệm cho việc hình thành lý luận, suy nghĩ và quyết định, có thể dẫn

đến việc lý trí ở “vỏ não trước trán” không thể kiểm soát “sự bốc đồng” ở hệ viền, và rối loạn này phát triển như một hệ quả (Lis, Greenfield, Henry, Guile, & Dougherty, 2007).

YẾU TỐ TÂM LÝ

Theo phân tâm học, những người mắc BPD phụ thuộc nhiều vào sự cân bằng của các cơ chế tự vệ phân tách. Sự phân tách trong suy nghĩ, đặc trưng bởi sự phân cực trong niềm tin, hành động, đối tượng hoặc con người, một là tốt hai là xấu, trắng hoặc đen, không có sự tồn tại của màu xám, (Zanarini, Weingeroff, & Frankenburg, 2009). Sử dụng của cơ chế này trong một thời gian dài sẽ dẫn đến hình ảnh bị bóp méo và RLNC ranh giới như sự phủ nhận, quyền tuyệt đối hoặc giảm giá trị. Sự phủ nhận có nghĩa là bệnh nhân biết được nhận thức, suy nghĩ và cảm giác về bản thân hoặc người khác một cách hoàn toàn, trái ngược với nhận thức, suy nghĩ và cảm giác mà mình có lúc trước, nhưng nó không liên quan hoặc ảnh hưởng đến cách nhìn nhận hiện tại (Stone, 1986).

YẾU TỐ XÃ HỘI

Sang chấn kéo dài như mất cha mẹ, bị từ chối, bạo hành hay lạm dụng tình dục trong độ tuổi mới phát triển có thể làm tăng nguy cơ bị BPD ở thanh niên (Kreisman & Straus, 2010). Điều này dẫn đến một loạt các hành vi cố gắng tự điều chỉnh cảm xúc và trấn an bản thân như tự gây tổn thương cho bản thân, phụ thuộc, lạm dụng thuốc, hay kết hợp của những loại trên (van der Kolk, Hostetler, Herron, & Fisler, 1994). Tuy nhiên, không phải tất cả trẻ em có tuổi thơ đau buồn sẽ có BPD hay những người có BPD chắc chắn sẽ có sang chấn thời thơ ấu (Kreisman & Straus, 2010).

Cũng giống như các rối loạn nhân cách khác, rối loạn nhân cách ranh giới trước kia cũng từng được coi là không thể chữa khỏi. Những người có BPD thường tìm kiếm sự giúp đỡ chuyên nghiệp nhưng họ thường có xu hướng bỏ dở quá trình trị liệu. Tỷ lệ từ bỏ trị liệu giữa chừng lên đến 70%. Tuy nhiên, những nghiên cứu về rối loạn nhân cách phát triển, việc áp dụng các liệu pháp tâm lý cùng với việc sử dụng thuốc có thể giúp đỡ bệnh nhân làm chủ được các triệu chứng của họ và họ có thể có một cuộc sống bình thường với nhiều niềm vui và ít gây tổn hại nhiều nhất có thể.

Liệu pháp hành vi biện chứng (DBT) là một trong những liệu pháp tâm lý điều trị BPD hiệu quả nhất. DBT tập trung xây dựng những kỹ năng như quản lý stress, tương tác cá nhân một cách hiệu quả, và quản lý cảm xúc. Bệnh nhân mắc BPD cần phải chấp nhận cảm xúc của mình và họ luôn được khuyến khích tự tìm cách đối phó với những cảm giác rối ren và stress một cách lành mạnh. Ví dụ, chuyên viên tư vấn có thể dạy cho họ về chánh niệm, điều đó giúp họ nhận biết và quan sát cảm xúc của mình mà không cần đến sự can thiệp và những hành vi giải thoát tạm thời như tự hoại.

Nghiên cứu đã chứng minh tính hiệu quả của DBT. Trong một nghiên cứu, một nhóm phụ nữ được áp dụng liệu pháp DBT và một nhóm khác với các phương pháp điều trị chung. Sau 7 tháng điều trị, những người với liệu pháp DBT cho thấy sự thuyên giảm trong các hành vi tự hại, tự tử và tỉ lệ muốn tiếp tục điều trị xấp xỉ 2 lần so với những phương pháp khác (Dingfelder, 2004)

Nếu như DBT nghiêng về điều chỉnh cảm xúc thì CBT tập trung vào việc thay đổi niềm tin cốt lõi về bản thân, người khác và thế giới. Liệu pháp này giúp làm thuyên giảm hành vi tự tử, niềm tin phi lý, trạng

thái lo âu, căng thẳng tâm thần. Khi áp dụng liệu pháp CBT trong thời gian dài, có thể thấy người bệnh có sự cải thiện nhưng không nhiều lắm. (Davidson, Norrie, Tyrer, & al, 2006)

Rèn luyện phỏng đoán cảm xúc và giải quyết vấn đề có hệ thống (STEPPS) là một loại của trị liệu nhóm. Đã có báo cáo rằng khi được áp dụng cùng lúc với các hình thức điều trị khác như thuốc hoặc liệu pháp tâm lý, STEPPS giúp làm giảm mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng BPD, làm giảm các triệu chứng của trầm cảm, và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, hiệu quả của liệu pháp này chưa được nghiên cứu rộng rãi.

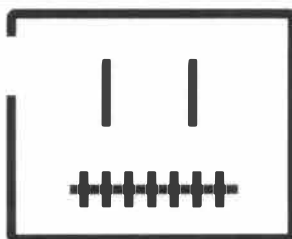
Cho đến nay, không có bất kỳ loại thuốc nào được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) ở Mỹ chấp thuận để điều trị BPD. Mặc dù vậy, ngoài các liệu pháp tâm lý, trong một số trường hợp các bác sĩ tâm thần cũng sử dụng thuốc để

điều trị bệnh nhân BPD. Mặc dù thuốc không thể chữa lành BPD, nhưng nó giúp kiểm soát một số triệu chứng cụ thể, chẳng hạn như lo âu, trầm cảm hoặc giận dữ (NIMH). Ví dụ, các thuốc SSRI có thể được sử dụng để cải thiện các triệu chứng bốc đồng và hung hăng (Korkeila, Koivisto, Karlsson, và al, 2015). Tuy nhiên, không nên dùng thuốc an thần benzodiazepines vì nó có thể dẫn đến nhiều rối loạn cảm xúc và sự ức chế hơn nữa (Levounis, Zerbo, & Aggarwal, 2016).

Axit béo Omega 3 có thể được sử dụng nhằm giảm triệu chứng giận dữ và trầm cảm. Một nghiên cứu cho thấy phụ nữ sử dụng axit béo omega 3 khó có khả năng từ bỏ giữa chừng trong lúc điều trị so với các cách điều trị nhóm khác. Nếu so sánh axit béo Omega 3 với các chất giúp ổn định tâm trạng khác thì omega 3 có ít tác dụng phụ hơn và được hấp thụ tốt hơn (NIMH).

NHÓM C: RỐI LOẠN NHÂN CÁCH TRÁNH NÉ

RLNC tránh né thuộc nhóm C, là một trạng thái không bình thường của nhân cách, biểu hiện chung là sự ức chế tâm lý về mặt xã hội, tự đánh giá thấp bản thân và rất nhạy cảm đối với phán xét không thuận lợi của người khác đối với mình (APA, Avoidant Personality Disorder, 2013). Những người mắc chứng này thường tự cô lập bản thân khi ra khỏi vòng tròn gia đình hay bạn bè. Họ cực kỳ dễ ngại ngùng, và dễ bị tổn thương bởi những dấu hiệu không hài lòng dù là nhỏ nhất từ những người khác. Vì thế họ thường tránh những hoạt động trong xã hội hay công việc đòi hỏi giao tiếp giữa người với người (Oltmanns & Emery, 2014).



Theo thống kê được đề cập trong DSM-IV, RLNC tránh né thường xảy ra trong khoảng 0.5% đến 1% dân số nói chung. Ở DSM-V thì tỷ lệ này tăng lên thành 2.4%. Ngoài ra, trong số các bệnh nhân ngoại trú tâm thần, thì có 10% bệnh nhân mắc chứng RLNC tránh né, đặc biệt phổ biến ở những người bị rối loạn lo âu.

Các nghiên cứu cho thấy khoảng 10-50% những người có rối loạn hoảng sợ với chứng sợ khoảng trống đồng thời mắc rối loạn nhân cách tránh né, và tỷ lệ này là

khoảng 20-40% với những người có nỗi ám ảnh xã hội (rối loạn lo âu xã hội).

Nếu không điều trị, người bị RLNC tránh né có thể trở nên bị cô lập khỏi xã hội, về lâu dài sẽ gặp nhiều khó khăn với công việc và các hoạt động xã hội. Họ cũng có nguy cơ bị trầm cảm và lạm dụng chất (ClevelandClinic, 2014).

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán trong DSM-V, RLNC tránh né xuất hiện ở giai đoạn đầu tuổi trưởng thành và hiện diện trong các bối cảnh khác nhau với tối thiểu 4 (hoặc nhiều hơn) trong các biểu hiện sau:

- Bệnh nhân tránh né các hoạt động xã hội, nghề nghiệp liên quan đến các mối quan hệ cần thiết vì sợ bị phê bình, bị phản đối, hoặc bị từ chối.
- Không muốn thiết lập mối quan hệ với những người khác trừ khi chắc chắn rằng mình được yêu thích.
- Thường dè dặt trong các mối quan hệ thân mật với người khác vì sợ hổ thẹn hay chế nhạo.

- Quan tâm quá mức đến việc bị phê bình hoặc từ chối trong các tình huống xã hội.
- Bị ức chế trong các mối quan hệ mới vì có cảm giác là không xứng đáng.
- Tự nhận thấy bản thân không có năng lực về mặt xã hội, không được lôi cuốn hoặc thua kém hơn những người khác.
- Thường ngại ngùng khi nhận các trách nhiệm hoặc tham gia vào các hoạt động mới vì sợ bị lúng túng.

Mặc dù họ rất muốn được yêu thích bởi người khác, nhưng nỗi sợ bị từ chối và không được chấp nhận càng lớn hơn khiến cho họ càng ngại ngùng, tránh né đám đông và các hoạt động xã hội (Oltmanns & Emery, 2014).

Rất khó phân biệt RLNC tránh né và rối loạn lo âu xã hội. Có nhiều chuyên gia cho rằng hai loại rối loạn này là một. Tuy nhiên những người mắc RLNC tránh né thường có chiều hướng lảng tránh nhiều hơn và có rất ít các mối quan hệ thân thiết còn những người mắc rối loạn lo âu xã hội thì có thể có nhiều bạn bè nhưng sợ phải làm gì trước mặt họ vì e ngại sẽ bị đánh giá (Oltmanns & Emery, 2014).

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Bình An là một nam thanh niên 24 tuổi. Anh không có công việc ổn định và vẫn sống nhờ vào ba mẹ. Anh đã nghỉ học từ năm lớp 6 và thay vào đó là mượn gia sư về dạy ở nhà. Bình An kể rằng anh không thể nào đến trường vì lo sợ những ánh mắt giễu cợt hay những lời nói xì xào đằng sau lưng. Anh luôn cảm thấy cô giáo nhìn mình với ánh mắt thất vọng khi anh trả lời sai câu hỏi và suốt một tuần sau đó anh không thể ăn uống hay nghỉ ngơi. Bình An cũng không có nhiều bạn bè vì tính cách im lặng và hay ngại của mình. Những người thân trong gia đình nói Bình An như một cái bóng. Tính cách anh có phần im lặng hay dễ xấu hổ và ngại ngùng ngay khi còn rất nhỏ nhưng càng ngày thì càng tệ hơn. Anh hiếm khi nào mở miệng nói chuyện và rất sợ khi bắt buộc phải giao tiếp với người khác. Bình An từng cố gắng đi làm nhưng nghỉ việc sau một tuần vì không qua nổi khóa huấn luyện và những lời chỉ dẫn của người hướng dẫn giống như là những lời chỉ trích anh yếu kém và không biết làm việc.

Trường hợp của Bình An là một ví dụ điển hình cho RLNC tránh né với những triệu chứng như ngại giao tiếp, tránh né các hoạt động xã hội, thậm chí nghỉ học giữa

chừng vì sợ bị chỉ trích hay không được chấp nhận, không thích tạo dựng mối quan hệ với người khác và quan tâm quá mức với việc mình bị phê bình. Những

hành vi tránh né của Bình An bắt đầu khi còn rất nhỏ và càng có xu hướng tệ dần khi lớn lên, gây trở ngại đến việc học, công việc và các mối quan hệ xã hội của anh, khiến anh dần dần tự cô lập bản thân.

NGUYÊN NHÂN

Cho đến ngày nay, các nhà nghiên cứu vẫn chưa có nhận định rõ ràng về nguyên nhân dẫn đến RLNC tránh né. Một số chuyên gia cho rằng nguyên nhân dẫn đến RLNC tránh né bao gồm yếu tố sinh học, yếu tố tâm lý và yếu tố xã hội. Những yếu tố này không tác động một cách riêng lẻ mà kết hợp với nhau tạo thành nguy cơ dẫn đến bệnh tâm lý (Bennett, 2003).

YẾU TỐ SINH HỌC

Các nghiên cứu cho thấy RLNC tránh né thường xuyên xảy ra trong một số gia đình thông qua gen. Tính cách – cái có khả năng di truyền một phần từ cha mẹ sang thế hệ sau được cho là có liên quan (Bennett, 2003). Trong mô hình năm yếu tố tính cách, hướng ngoại, tận tâm, dễ chịu, sẵn sàng trải nghiệm và cảm xúc âm tính, hay tính rối loạn thần kinh chức năng thì tính rối loạn thần kinh chức năng và hướng ngoại có phần trầm di truyền cao khoảng 30%. Những người có chỉ số rối loạn thần kinh chức năng cao thì dễ trải nghiệm những cảm xúc tiêu cực. Họ phản ứng rất tệ với stress và thường lý giải những tình huống bình thường dưới dạng nguy hiểm, đáng lo ngại và những khó khăn nhỏ là cực kỳ tuyệt vọng (Larsen & Buss, 2013). Với những người mắc RLNC tránh né thì họ có chỉ số rối loạn thần kinh chức năng cao và chỉ số hướng ngoại thấp (Wilberg, Urnes, Fris, Pedersen, & Karterud, 1999).

YẾU TỐ TÂM LÝ

Theo thuyết nhận thức của Beck (1976), hầu hết chúng ta, qua kinh nghiệm sống, đặc biệt là những trải nghiệm thời thơ ấu, đều có những hệ thống nhận thức gọi là sơ đồ. Những sơ đồ này cho phép chúng ta phân tích những thông tin nhận được và lý giải nó theo cách có ý nghĩa với chúng ta. Tuy nhiên, sự thiếu thích nghi và phản ứng sai lệch của cá nhân đối với môi trường và các sự kiện dẫn đến những biểu hiện không thích hợp của các sơ đồ đó. Beck coi sơ đồ chính gây ra rối loạn nhân cách là bộ ba nhận thức liên quan đến bản thân, người khác và tương lai. Đối với RLNC tránh né, sơ đồ thể hiện như sau:

- Bản thân: về mặt xã hội lạc lõng và thiếu bản lĩnh
- Người khác: phê phán ngầm, không thích thú và đòi hỏi
- Tương lai: bản thân vô giá trị và không được ai yêu thương

YẾU TỐ XÃ HỘI

Cá nhân sống trong một cộng đồng hay bị chỉ trích hoặc không được chấp nhận sẽ tạo ra cơ chế phòng thủ, một cách đơn giản mà họ nghĩ rằng cách tốt nhất để giải quyết vấn đề là tránh né các mối quan hệ xã hội có nguy cơ (Bressert, 2016).

ĐIỀU TRỊ

TRỊ LIỆU TÂM LÝ

Khi nói đến việc điều trị, điều trị tâm lý là phương pháp tốt nhất. Tuy nhiên, nhà trị liệu thực sự phải là một người có nhiều kinh nghiệm làm việc với các cá nhân bị rối loạn nhân cách. Nếu không, cả nhà trị liệu và người bệnh sẽ có khả năng thất vọng về kết quả trị liệu, vì đây là một quá trình điều trị khó khăn và lâu dài.

Liệu pháp nhân văn: Người bị RLNC tránh né đến gần những ai cho họ cảm giác an

toàn và thoải mái nên việc thiết lập được lòng tin và xây dựng được mối quan hệ với người bệnh là chìa khóa quan trọng để việc trị liệu diễn ra có hiệu quả. Nhiệm vụ của nhà trị liệu là tạo ra một môi trường thuận lợi cho phép người bệnh học cách hành động để đạt đến sự tự khuyến khích và tự hiện thực hoá; giúp họ dỡ bỏ những “rào cản tâm lý” đang hạn chế, giúp họ làm sáng tỏ, hiểu rõ bản thân và chấp nhận tình cảm riêng của mình. Quá trình trị liệu được thực hiện trong bầu không khí của sự quan tâm tích cực vô điều kiện, tôn trọng người bệnh, giúp đỡ không áp đặt, không kèm theo sự đánh giá về năng lực.

CBT: Đây là liệu pháp điều trị thích hợp cho RLNC. Theo góc nhìn của nhận thức – hành vi, các RLNC là hệ quả từ những niềm tin sai lệch về bản thân và thế giới xung quanh. Vì thế cho nên mục tiêu điều trị khi dùng liệu pháp này là giúp cá nhân thay đổi những niềm tin lệch lạc, có cái nhìn đúng đắn về những hành vi không phù hợp và những hành vi đó có tác động tiêu cực đến cuộc sống của họ và của những người xung quanh như thế nào. Nhà trị liệu giúp thân chủ nhận diện những niềm tin hay kiểu mẫu suy nghĩ không hợp lý, hướng dẫn họ giải thoát khỏi sự ràng buộc và sự hạn chế của kiểu suy nghĩ cũ. Họ cũng giúp thân chủ, xây dựng các kiểu suy nghĩ mới phù hợp thông qua các phương pháp can thiệp và phòng ngừa (Matusiewicz, Hopwood, Banducci, & Lejuez, 2010). Một trong các phương pháp đó là liệu pháp cảm xúc hành vi hợp lý (REBT) áp dụng mô hình ABCDE theo tiến sĩ Ellis và Dryden (1987) dưới đây:

A: Acting event – sự kiện gây nên áp lực và lo lắng, có thể là việc phát biểu giữa đám đông, thiết lập mối quan hệ mới hay những rắc rối trong các mối quan hệ cá nhân.

B: Belief system – hệ thống niềm tin, là phần nhận thức trong phản ứng của một người trước sự kiện A, ví dụ như “tôi sợ phải thiết lập mối quan hệ mới vì nếu lỡ tôi không được chấp nhận, điều đó sẽ làm tôi tổn thương đến chết mất.”

C: Emotional consequences – hệ quả cảm xúc của những niềm tin lệch lạc. Những niềm tin lệch lạc tạo ra hệ quả xấu. Điều này có thể dẫn đến sự tự hoàn thành dự đoán của bản thân. Ví dụ như thân chủ cho rằng mình sẽ run rẩy và hoảng sợ khi phải nói chuyện với người khác, thì đồng nghĩa với việc họ đã chuẩn bị cho bản thân run rẩy và hoảng sợ trước rồi. Có nhiều người lặp đi lặp lại những suy nghĩ tiêu cực thế này. Và nó giống như là kiểu tự thiết lập chương trình cho bản thân. Nếu một người cứ suy nghĩ tiêu cực thì có thể họ sẽ mãi tự ở trong trạng thái tồi tệ.

D: Disputing irrational thoughts and beliefs – đấu tranh với suy nghĩ và niềm tin lệch lạc. Nhà trị liệu phải thách thức suy nghĩ và niềm tin sai lệch này của thân chủ một cách thẳng thắn. Ví dụ “nếu bạn không được chấp nhận bởi ai đó, điều này có thực sự tệ hại đến mức khiến bạn muốn từ bỏ những điều tốt đẹp trước đây và tự tổn thương bản thân?”. Họ hướng dẫn thân chủ mới chính là người phải tự luyện tập và tìm ra những suy nghĩ và phương pháp thực tế để giải quyết vấn đề, thay thế cho những suy nghĩ và hành vi sai lầm trước đây.

E: Effects – ảnh hưởng từ việc thay đổi cách nhìn nhận của một người một vấn đề nào đó. Nếu liệu pháp điều trị có hiệu quả thì thân chủ sẽ giảm dần các triệu chứng lo âu và nhìn nhận tình huống khác đi.

THUỐC

Thuốc thường không được sử dụng để điều trị cho các cá nhân bị RLNC tránh né. Tuy nhiên với nhiều người mắc rối loạn lo

âu xã hội lẫn RLNC tránh né thì một số loại thuốc SSRI có hiệu quả trong việc làm giảm các triệu chứng của rối loạn lo âu xã hội. Thêm vào đó, một vài nghiên cứu đã chỉ ra các loại thuốc benzodiazepines, monamine oxidase inhibitors (MAOIs) có tác dụng trong việc điều trị RLNC tránh né và rối loạn lo âu xã hội (Rettew, 2015).

Ngoài ra, điều trị cho người bị rối loạn sẽ đạt hiệu quả nhất khi các thành viên trong gia đình đều tham gia và ủng hộ. Bên cạnh đó, nếu bạn nghĩ rằng người thân mình có thể mắc một trong số các dạng rối loạn trên thì bạn có thể giúp họ theo những cách đã được đề cập đến ở phần đầu cuốn sách.

NỘI DUNG

Biên soạn/ Dịch: Nguyễn Đỗ Khả Tú | Nguyễn Hoàng Bảo Trâm | Trần Thị Anh Đào

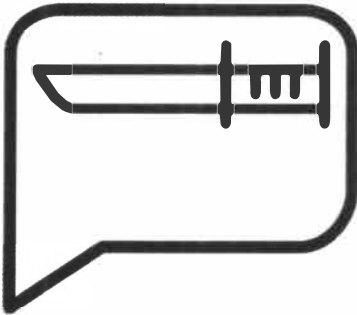
CHƯƠNG 11

TỰ HẠI

Thông thường, con người sẽ không tự làm tổn thương bản thân hay mong muốn cơ thể của mình bị đau đớn. Nỗi đau thể xác không hề dễ chịu và đôi khi không thể chịu đựng. Tuy nhiên, nó cũng có mục đích nhất định. Khi cơ thể bị thương, chúng ta biết điều gì đó không đúng đang xảy ra, và chúng ta cố gắng để cắt giảm sự bất thường đó. Vì vậy, thật khó để tưởng tượng rằng sẽ có người cố ý làm bị thương bản thân mình. Những người đó đang thực hiện hành vi tự tổn thương, hay được gọi là tự hại.

Một trong những phương thức tự tổn thương phổ biến nhất là tự cắt (Whitlock et al., 2006). Ngoài ra, con người cũng có thể sử dụng nhiều loại vật sắc nhọn khác nhau để cắt vào da của mình, trong nhiều trường hợp có thể gây nên việc chảy máu. Những hành vi tự tổn thương khác bao gồm tự làm bỏng bản thân bằng việc nhấn đầu thuốc lá đang cháy vào da, đặt tay ở trên lửa, hay là việc tự bầu bản thân đến khi bầm tím. Mặc dù những hành vi tự hại không dẫn đến tử vong, nhưng chúng cần được xem xét và nhìn nhận một cách nghiêm túc. Trên tất cả, hành vi tự tổn thương có thể là tín hiệu của việc suy sụp cảm xúc hay bệnh tâm lý, mà việc tìm ra nguyên nhân và các phương thức điều trị khác nhau là rất cần thiết, thậm chí có thể là dùng thuốc, trị liệu, hoặc nhập viện.

ĐỐI TƯỢNG NÀO SẼ CÓ HÀNH VI TỰ HẠI?



Có một quan niệm sai lầm về tự hại là phần lớn những người tổn thương bản thân mình là phụ nữ trẻ. Thực tế là những người ở những độ tuổi khác nhau và có những nền tảng khác nhau đều có thể tự tổn thương mình. Khoảng một đến bốn phần trăm dân số bị ảnh hưởng bởi tự hại, và còn phổ biến hơn trong hệ thống y tế (Cutting and Self-harm, Barnett, 2008). Mặt khác, nhiều nghiên cứu cho rằng

những người thực hiện hành vi tự tổn thương có những đặc điểm và hoàn cảnh giống nhau, có thể dùng để lý giải vì sao nhiều người có xu hướng tự hại hơn là người khác.

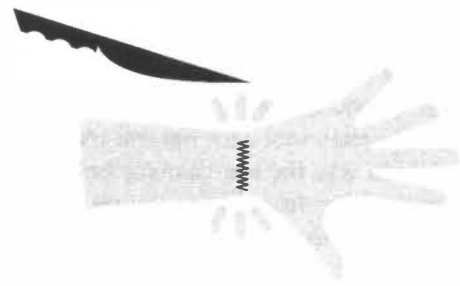
Có rất ít nghiên cứu về tự hại, do đó chúng ta không có nhiều thông tin về nguồn gốc, tỉ lệ và cách để khắc phục hành vi tự hại. Đồng thời, các dữ liệu mà chúng ta đã thu thập được không đủ để xác định bộ phận nào của xã hội có xu hướng thực hiện hành vi tự gây tổn thương hay việc này có tính phổ biến như thế nào. Một trong những lý do của vấn đề này là những người có hành vi tự hại thường giấu giếm hành vi và hoàn cảnh của họ. Một trong những nghiên cứu đầu tiên về tự hại được thực hiện bởi Karen Conterio và Armando Favazza thuộc đại học Missouri-Columbia vào năm 1988 (as cited in Cutting and

Self-harm, Barnett, 2008). Họ ước chừng rằng khoảng 0.75 phần trăm dân số có thực hiện hành vi tự tổn thương, có nghĩa cứ 100 người thì khoảng 1 người thực hiện điều đó. Những nghiên cứu và khảo sát gần đây đã gia tăng tỉ lệ những người tự tổn thương mình lên 4 phần trăm, đề xuất rằng đã có nhiều người tự tổn thương mình hơn trong thời gian gần đây. Thật vậy, thanh thiếu niên có xu hướng trở thành người tự hại hơn là người lớn (Ross et al, 2003). Những lý do cho việc gia tăng những người tự tổn thương mình trong thế kỷ này sẽ được đề cập sau trong chương này.

Theo nhiều nghiên cứu, về mối quan hệ với giới tính, phụ nữ thường có xu hướng thực hiện hành vi tự hại có chủ đích hơn là đàn ông. Armando Favazza và Karen Conterio phát hiện ra rằng 97% những người tự hại là phụ nữ. Tương tự, theo Shana Ross và Nancy Heath, 64% thanh thiếu niên tự hại là giới nữ. Có rất nhiều cuộc tranh cãi về lý do của vấn đề này. Một giả thuyết cho rằng mối quan hệ giữa giới tính và tự hại được tạo dựng bởi những chuẩn mực giới trong xã hội. Chúng ta đều biết rằng khi còn nhỏ, những bé gái được dạy rằng phải giữ những cảm xúc và cảm giác tiêu cực của các em trong lòng, điều này có nghĩa các em phải chuyển hướng sự giận dữ, buồn bã, bất an của mình vào trong để tránh làm phiền người khác. Đồng thời, các bé trai được dạy phải thể hiện cảm xúc của mình ra ngoài, khiến các em có bày tỏ cảm xúc giận dữ của mình hoặc trực tiếp thể hiện với người khác. Vấn đề cốt yếu của sự xã hội hoá dựa trên giới tính như vậy là việc khi giới nữ không được khuyến khích bộc lộ cảm

xúc, họ sẽ có xu hướng giải quyết nỗi đau tâm lý của mình bằng việc tự tổn hại bản thân trong riêng tư khi phải đối mặt với khó khăn (Barnett, 2008).

Một lời giải thích khác cho sự khác biệt giới trong tự hại là phụ nữ thực sự tìm kiếm sự giúp đỡ cho các vấn đề tâm lý của họ, kết quả là họ thường báo cáo về hành vi tự hại của mình. Trong khi đó, đàn ông ít khi chia sẻ hay tìm kiếm phương thức chữa trị cho hành vi tự hại của họ. Nếu giải thích này là đúng, nó có thể là lời giải cho việc vì sao chúng ta có rất ít thông tin về hành vi tự hại ở nam giới.



Lời giải thích khả dĩ vì sao phụ nữ tự tổn thương mình hơn đàn ông đến từ ý tưởng về thành kiến giới tồn tại trong hệ thống y tế và chữa trị liên quan đến tự hại. Trong một phân loại hoặc một định nghĩa về tự hại có thể chứa đựng thành kiến giới nếu nó chứa đựng những đặc điểm liên quan đến một giới tính cụ thể. Mặc dù tự hại chưa được phân loại là một chứng bệnh tâm lý, những nhà trị liệu có thể tìm kiếm những tín hiệu của tự hại ở phụ nữ, trong khi bỏ qua những tín hiệu đó ở đàn ông bởi vì niềm tin hành vi tự tổn thương chỉ liên quan đến một mình giới nữ. Vấn đề này có thể tạo nên sự nghiêng lệch trong dữ liệu về mối liên hệ giữa giới và tự hại.

PHÂN LOẠI TỰ HẠI, TRIỆU CHỨNG, VÀ VÍ DỤ

Khi hành vi tự tổn thương xảy ra, nhà tâm lý hay nhà trị liệu cần phải xác định hành vi đó là có chủ định, được thực hiện bởi những cá nhân không có dấu hiệu rối loạn

tâm thần, hay là dấu hiệu của vấn đề tâm thần như tự kỷ hoặc tâm thần phân liệt. Tự cắt được xem là hành vi bất thường nhưng nó không nhất thiết phải có liên hệ

với rối loạn tâm lý hay bệnh tâm thần. Yếu tố chủ yếu được dùng để phân loại hành vi tự hại là nguồn gốc của sự thôi thúc được tự tổn thương. Ví dụ, một thiếu niên có thể tự cắt vì áp lực và stress nhưng nó xuất phát từ ý nguyện cá nhân. Nói một cách khác, hành vi đó có thể là kết quả của suy nghĩ và quyết định của chính cô ấy. Hành vi này được gọi là hành vi *thuận kỷ* có nghĩa nó là một phần của tâm trí con người. Tuy nhiên, bệnh nhân tâm thần phân liệt có thể tự cắt bởi vì một giọng nói trong đầu bảo anh ta làm việc đó. Trong trường hợp này, hành vi đó được gọi là *lệch kỷ*, cho thấy rằng hành vi đó không đến từ bản thân anh ta.

Từ yếu tố cốt yếu trên, tự tổn thương có thể được phân chia làm bốn loại chính:

Minh hiện là học sinh lớp bốn. Trong hai năm qua, em đã phải chuyển trường tiểu học bốn lần vì bố mẹ em tin rằng vấn đề của em xuất phát từ môi trường ngoại cảnh hơn là sức khoẻ bên trong hay khía cạnh sinh lý của em. Minh đã được chuẩn đoán mắc bệnh rối loạn tăng động giảm chú ý, và điều trị y tế trong 19 tháng. Nửa năm trước, Minh thường chớp mắt với cường độ lớn nhưng bố mẹ em cho rằng nó là tác dụng của thuốc. Trong tháng vừa rồi, Minh bắt đầu hay lẩm bẩm, có khi lớn đến mức bố mẹ em có thể nghe thấy thậm chí khi ở cách xa em mấy phòng. Cường độ lẩm bẩm gia tăng nhanh chóng, không chỉ duy nhất lúc em ở trong phòng mà cả khi em làm bài kiểm tra, hoặc tham gia bất cứ hoạt động cá nhân đòi hỏi sự im lặng ở trường. Điều đáng chú ý ở đây là khi Minh lẩm bẩm, em cũng đánh vào đầu của mình. Em nhận ra xu hướng tự tổn thương của bản thân và cố gắng điều khiển hành vi của mình, nhưng dần dần em phát hiện khả năng kiểm soát của em bị yếu dần. Khi Minh và gia đình đến gặp nhà tâm lý, họ được hỏi về lịch sử sức khoẻ tâm thần của gia đình. Trên thực tế, cha của Minh đã từng được trị liệu vì bệnh rối loạn ám ảnh cưỡng chế trong nhiều năm, và anh trai ông ấy mắc hội chứng Tourette. Biết đến tình di truyền của rối loạn Tourette, nhữ tâm lý học kết luận rằng Minh có thể đang trải qua những triệu chứng ban đầu của rối loạn này, bao gồm lẩm bẩm và hành vi gây tổn thương.

Những người mắc hội chứng Tourette thường có tật giật, là những tật vận động hoặc tật phát âm nhanh chóng và đột ngột. Hội chứng Tourette cũng liên quan đến tự hại rập khuôn. Nhiều bệnh nhân có thể tự tổn thương mình bằng việc không ngừng đánh vào đầu hoặc bứt da của mình. Phương thức chữa trị hội chứng Tourette thông thường được kết hợp bởi thuốc và trị liệu tâm lý. Một trong những phương thuốc hiệu quả nhất để giảm các tật giật là thuốc chống loạn thần như là haloperidol, đồng thời cũng có thể giảm

rập khuôn, nghiêm trọng, cưỡng chế, và thúc đẩy. Hệ thống này đến từ Armando Favazza của đại học Missouri ở Columbia. Trong chương này, chúng ta sẽ bàn luận từng loại một nhưng phần lớn, chúng ta sẽ xem xét tự hại thúc đẩy - kiểu tự hại thuộc hành vi thuận kỷ xảy ra với những người không có dấu hiệu của bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm lý.

TỰ HẠI RẬP KHUÔN

Hành vi tự tổn thương rập khuôn trong phân loại này thường được lặp đi lặp lại, thường có nhịp điệu và liên quan đến rối loạn phát triển như tự kỷ hoặc hội chứng Tourette.

mức độ hành vi tự tổn thương. Trị liệu hành vi như kỹ thuật thư giãn cũng có thể làm giảm mức độ nghiêm trọng các triệu chứng của hội chứng Tourette.

TỰ HẠI NGHIÊM TRỌNG

Những người mắc rối loạn tâm thần, như tâm thần phân liệt có thể thực hiện hành vi tự hại gây nên sự thương tổn lớn ở mô tế bào, đồng thời cũng thực hiện những hoạt động thể lý lặp đi lặp lại. Hành vi tự tổn thương trong phân loại này có thể là kết quả của sự hoang tưởng liên quan đến

những trải nghiệm giác quan không xuất phát từ tác động của môi trường thật, hoặc ý nguyện cá nhân. Một số bệnh nhân tự tổn thương mình bởi vì những suy nghĩ loạn thần của họ. Ví dụ, nếu một người có suy nghĩ rằng có rất nhiều vi trùng sinh sống ở trong tai, anh ta có thể cắt tai của mình để xoá đi cảm giác khó chịu.

(TTM) là một rối loạn xung động khiến con người liên tục giật tóc khỏi da đầu, lông mi, lông mày và những phần khác của cơ thể.



TỰ HẠI CƯỜNG CHẾ

Hành vi tự hại cưỡng chế có xu hướng diễn ra hằng ngày, mà thường mang tính nghi thức hơn có thể liên quan đến rối loạn ám ảnh cưỡng chế, chủ yếu bao gồm lột da, hoặc rửa tay cưỡng chế. Trong một số trường hợp khác, tự hại cưỡng chế là kết quả của những rối loạn kiểm soát xung động, được đặc trưng bởi sự cưỡng bách thực hiện những hành vi nguy hiểm cho bản thân hay cho người khác. Hành vi tự hại trong phân loại này có xu hướng làm giảm cảm giác căng thẳng và tạo ra cảm giác nhẹ nhõm hoặc sự hài lòng sau khi hành vi được thực hiện. Trichotillomania

TỰ HẠI THÚC ĐẨY

Mặc dù hành vi tự gây thương tổn thuộc phân loại này được thực hiện bởi ý nguyện và quyết định của con người, chúng cũng có thể liên quan đến một số rối loạn tâm thần như rối loạn nhân cách ranh giới, hoặc rối loạn ăn uống. Thực tế, tự hại không phải là đặc điểm bắt buộc của những rối loạn đó, mà chỉ là triệu chứng khả dĩ. Tự cắt là hành vi phổ biến nhất của phân loại này.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Quyên là nhân viên văn phòng, ba mươi tuổi. Cô sống trong một căn hộ nhỏ ở Hà Nội. Cô độc thân và có rất ít bạn. Cô hiếm khi nói chuyện với cha mẹ bởi vì nhìn chung cô luôn có xung đột với họ.

Quyên có một người bạn cũng là bác sĩ trị liệu tâm lý của cô trong năm năm qua. Nhà trị liệu của cô biết gần như mọi điều về cô. Cô ta được biết rằng Quyên có một thời thơ ấu đầy tổn thương với sự bạo hành tâm lý và thể xác, và bị làm nger bởi bố mẹ mình. Mẹ của cô bị trầm cảm và không chăm lo chuyện gia đình, trong khi bố cô là một người nghiện rượu và hiếm khi ở nhà. Mỗi khi bố của Quyên về nhà, ông ta thường la hét và đánh cô và em gái. Do đó, Quyên phải chăm sóc mẹ và em gái mình, đồng thời phải cố gắng tránh mặt bố cô. Cô có cảm giác rằng cô là người phải chăm lo cho cả gia đình. Sau khi vào đại học, cô gặp một người ở lớp và có mối quan hệ với anh ta. Sau vài ngày hẹn hò, cô quyết định rằng cô đã yêu anh ta, và bắt đầu tương tác về tương lai của hai người. Cô nói về đám cưới, con cái, và những kế hoạch tương lai khác. Tuy nhiên, khoảng một tháng sau đó, người con trai muốn chia tay và Quyên đã rất buồn bã. Cô không ngừng khóc, van nài người con trai đó ở lại với cô, và cuối cùng cô đã cắt cổ tay mình trước mặt anh ta. Đó là lần đầu tiên anh ta đưa cô đến bệnh viện, và sự kiện đó đã là điểm khởi đầu của rất nhiều hành vi bán tự vẫn khác sau này.

Quyên được chẩn đoán mắc bệnh rối loạn nhân cách ranh giới bởi nhà trị liệu của mình. Cô uống thuốc an thần và liên tục có những cuộc hội thoại với người trị liệu về những cách thức làm giảm nỗi đau và cơn giận dữ của mình. Thành thật, Quyên cũng hẹn hò với những người khác nhưng khuôn mẫu cũ vẫn luôn xảy ra trong mỗi một mối quan hệ. Cô nhanh chóng trở nên ám

ảnh với người đàn ông và dọa sợ anh ta. Sự thật rằng Quyên gần như không có đời sống xã hội khiến bác sĩ trị liệu là người duy nhất cô có thể nói về vấn đề của mình.

Bệnh nhân với rối loạn nhân cách ranh giới thường có nỗi sợ to lớn về việc bị bỏ rơi. Khi họ trở nên gắn kết với một ai đó, họ thường có xu hướng lo lắng về những điều xấu có thể xảy ra, và thường thực

hiện những hành vi cực đoan nhằm tránh khỏi sự kết thúc của mối quan hệ của họ. Vì vậy, tự hại có thể là một trong những hành vi cực đoan đó.

NGUYÊN NHÂN NỘI TẠI

Hiểu được những nguyên nhân và yếu tố khác nhau gây lên việc tự tổn thương là chìa khoá để xử trí vấn đề này. Mặc dù không có hệ thống nguyên nhân cố định cho mỗi người bệnh nhưng thông thường sẽ có sự kết hợp giữa những hiệu ứng tạm thời của hành động lên người bệnh cũng như những gì xảy ra trong và ngoài họ.

Đối với người ngoài, tự tổn thương thường có vẻ như vô ích, hoặc là ngu ngốc, và có lẽ sẽ rất khó để hiểu được những điều phức tạp mà những người tự tổn thương phải gánh chịu khi mà họ thực hiện những hành động đó. Tự tổn thương có thể được xem là một cơ chế phòng vệ, vì nó có thể mang lại cảm giác giải toả, thậm chí là hưng phấn cho người phải chịu đựng. Nó cũng là một dấu hiệu cho thấy điều gì đó cực kỳ tệ hại đang xảy ra trong cuộc sống của con người nếu như họ không thể làm gì ngoài việc tự tổn thương mình cốt để chống chọi lại với nỗi đau và khốn khó. Những ai chủ động tự tổn thương mình thường mang trong mình những cảm xúc mãnh liệt: căm thù bản thân, sợ hãi, lo lắng, tội lỗi, trầm cảm, xấu hổ, cô đơn, vô dụng, mất kiểm soát.

Sau một thời gian tự tổn thương bản thân để tiếp tục sống, tự tổn thương có thể trở thành một cách thức quen thuộc để giải quyết nỗi đau, buồn khổ và khó khăn. Trong những trường hợp đó, mục đích của việc tự tổn thương sẽ không chỉ có một. Một số lý do khả dĩ cho việc con người chủ định tự tổn thương bản thân là:

Tự tổn thương mang đến cảm giác tự chủ. Có rất nhiều điều trong cuộc sống có thể xô ngã con người xuống hố sâu, nơi họ cảm thấy không có cách nào để vực dậy được. Cảm giác bị nhấn chìm cực độ trong những hoàn cảnh khốn khó có thể thôi thúc con người làm bất cứ điều gì để có được cảm giác tự chủ, tự kiểm soát. Vì thế, rất nhiều người đã tìm đến việc tự tổn thương mình.

Tự tổn thương xoa dịu những cảm xúc tiêu cực và căng thẳng. Tự tổn thương có thể được xem như là một cách “biến nỗi đau tâm hồn thành nỗi đau thể xác.” Những ai tự tổn thương mình thường phản hồi về cảm giác khuây khoả to lớn khỏi những áp lực mà họ đang phải chịu đựng, cũng như những cảm xúc khó chịu khác, như giận dữ, nản lòng, lo lắng, buồn bã hoặc khổ sở. Trên thực tế, tự tổn thương thậm chí có thể là một cách để ngăn cản con người làm những chuyện tệ hại hơn, như là tự tử.



Tự tổn thương là một cách để trừng phạt. Như những điều ở trên, những người tự tổn thương bản thân thường có cảm giác có lỗi và căm thù bản thân tội đồ. Họ có thể cảm thấy xấu hổ hoặc tủi nhục về những việc họ đã làm hay về những sự kiện xảy ra ngoài tầm kiểm soát của họ. Do đó, họ thường tự muốn trừng phạt bản thân. Đây có thể là nguyên nhân của thành kiến trong quy kết, một hiện tượng mà chúng ta sẽ bàn luận ở phần sau. Trong những trường hợp đó, cảm giác tội lỗi, nhục nhã, căm thù có thể chịu đựng được.

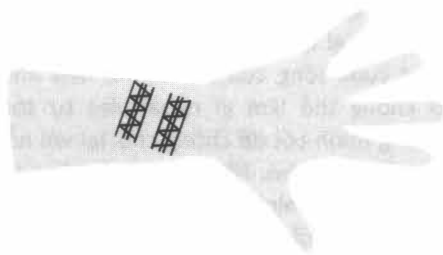
Tự tổn thương mang đến cảm giác được “kết nối” và “được sống” hơn. Có lẽ được gây ra bởi những trải nghiệm đau thương như bị lạm dụng thể chất, lạm dụng tình dục hoặc những rối loạn tâm lý, cảm giác chết lạng, tách rời có thể thúc ép con người tự tổn thương mình như để gọi nhớ đến việc họ vẫn đang thực sự còn sống. Như một cơ chế đối phó, tự tổn thương như một điều mà người ta bám vào để hi vọng có thể vượt qua được những trải nghiệm tồi tệ.

Ngoài ra, có rất nhiều lý do khác khiến con người lựa chọn việc tự tổn thương mình.

Tự tổn thương cũng là một cách để người xung quanh nhận biết về mức độ rối loạn cảm xúc của họ. Nó cũng có thể là một nỗ lực thu hút sự chú ý của người lớn và đồng nghiệp. Người tự tổn thương mình cũng có thể mong muốn được sở hữu và duy trì sự ảnh hưởng của mình lên hành vi của người khác. Vì những lý do nêu trên, có một quan niệm sai lầm rằng người tự hại là những người ham muốn thu hút sự chú ý, và những người khác nên tránh xa họ. Niềm tin phổ biến nhưng sai lầm đó cần phải được loại bỏ vì rất nhiều người tự hại quyết định giấu đi những vết sẹo của mình, và hoàn toàn giữ bí mật về quá

trình họ tự tổn thương bản thân. Điều này có nghĩa là những người chịu đựng ấy không hề mong muốn được trở nên nổi tiếng bằng việc tự tổn thương. Hơn nữa, cho dù người tự tổn thương muốn có được sự chú ý, nó vẫn không phải là kiểu chú ý “tôi muốn được nổi tiếng.” Họ muốn sự quan tâm và yêu thương. Họ muốn biết rằng vẫn có những người quan tâm và lo lắng đến họ. Họ muốn nhìn thấy sự sụp đổ của họ có thể ảnh hưởng đến người khác, và họ không phải là những người vô giá trị hay là sự lãng phí. Bởi vậy, họ xứng đáng có được sự chú ý và giúp đỡ của bạn.

Đi cùng với điều này, tự tổn thương cũng có thể tạo ra cảm giác hưng phấn (“ồ ạt” hay là “phấn khởi”) tương tự như tác dụng của thuốc. Một người tự tổn thương bản thân cũng là cách để bộc lộ hoặc dồn nén tính dục của mình. Nhiều người tự hại như cách kéo dài mô hình lạm dụng đã từng xảy ra trong thời thơ ấu.



MÔ HÌNH TƯ DUY

Ngoài ảnh hưởng ngắn hạn của tự hại lên người bệnh, nhận biết những gì đang diễn ra bên trong người bệnh là vô cùng quan trọng. Những mô hình tư duy nhất định, điểm dị thường trong não, hay những rối

loạn tâm thần khác xảy ra bên trong người bệnh đều có thể thúc đẩy hành vi tự hại.

Suy nghĩ và cảm nhận của một người có mối liên kết chặt chẽ với nhau, vì vậy, suy nghĩ và cảm nhận của con người đều đang ảnh hưởng qua lại một cách đáng kể. Nếu con người có suy nghĩ tích cực và thực tế, họ có nhiều khả năng cảm thấy ổn hơn và hành động một cách có hiệu quả hơn. Tương tự, nếu suy nghĩ của họ tiêu cực và cực đoan, họ có xu hướng cảm thấy tồi tệ và ít sở hữu hành vi mang tính thích nghi.

- Nhanh chóng đi đến kết luận về bất cứ điều gì không tốt xảy ra với họ.
- Phản ứng thụ động, vô vọng, cảm tính và không hiệu quả với những sự kiện tiêu cực.
- Cảm thấy mọi chuyện luôn luôn tệ hại cho dù họ có làm bất cứ điều gì.
- Từ chối sự giúp đỡ của người khác, rút khỏi tương tác với mọi người.
- Tránh những trải nghiệm tương tự trong tương lai.

Thật không may, những lỗi nhận thức đó cũng có thể được áp dụng vào những sự kiện tích cực.

LỖI TƯ DUY PHỔ BIẾN

- Nhảy đến kết luận: đưa ra kết luận vội vàng mà không dựa trên tất cả các sự kiện, thông tin.
- Lỗi suy nghĩ không-hoặc-là-tất-cả (Tư duy trắng-và-đen): lỗi tư duy phải “chỉ có cách này mà không có cách khác” hay chỉ có khả năng xem xét một trong hai thái cực đối lập trong một trường hợp hay sự kiện nào đó.
- Tầm nhìn hạn hẹp: chỉ có thể nhìn thấy một kết quả mà thường xuyên không thực tế hay quá mức tiêu cực.
- Trầm trọng hoá vấn đề: trầm trọng hoá vấn đề nhỏ thành một vấn đề lớn hay khủng hoảng một cách phi lí.
- Thành kiến trong quy kết:
 - Dễ dàng quy kết về lỗi cá nhân cho những sự kiện tiêu cực.
 - Cho rằng một tiêu cực xảy ra sẽ dẫn đến tiêu cực khác.
 - Tin tưởng rằng trạng thái tiêu cực bây giờ sẽ kéo dài mãi mãi.

HẬU QUẢ

Những lỗi nhận thức đó cản trở một người nhìn nhận những sự kiện một cách thực tế. Do đó, họ có thể:

- Nhìn nhận mọi thứ không cân xứng (thứ vụn vặt trở thành thảm họa)
- Vô tình bỏ qua những khía cạnh tích cực và tốt đẹp của mọi thứ

SỰ BẤT THƯỜNG TRONG SINH HOÁ NÃO BỘ

Sinh hoá não bộ có thể đóng vai trò quyết định một người có thể tự tổn thương bản thân hay không. Một nghiên cứu đã chứng minh rằng người tự hại bản thân có mật độ serotonin thấp (Crowell et al, 2006). Serotonin là chất dẫn truyền thần kinh cốt yếu trong não có nhiệm vụ dẫn truyền xung động giữa các tế bào, điều tiết các hoạt động mang tính chu kỳ của cơ thể và góp phần nâng cao sức khoẻ và hạnh phúc của con người. Sự thiếu hụt serotonin cũng liên quan đến cơn giận cực độ, sự bốc đồng, lo lắng và nóng nảy, cũng là những biểu hiện mà người tự hại có thể có. Thêm vào đó, những nghiên cứu khác cho thấy rằng người bị tổn thương có mật độ serotonin bình thường sẽ thể hiện sự khó chịu của họ ra bên ngoài, trong khi những người có serotonin thấp sẽ giữ sự khó chịu của họ vào bên trong bằng việc tự tổn thương hay tự tử. Vì vậy, lý do của việc tự hại có thể do khía cạnh sinh học và cũng có thể bị ảnh hưởng bởi di truyền (Fu et al., 2002).

NHỮNG RỐI LOẠN TÂM LÝ KHÁC GÓP PHẦN VÀO HÀNH VI TỰ HẠI

Những người tự hại có thể phải chịu đựng những rối loạn cấp tính hoặc mãn tính, bao gồm: trầm cảm, mất nhận cảm, rối loạn hậu chấn thương tâm lý, đa nhân

cách, rối loạn lo âu (bao gồm rối loạn hoảng sợ và rối loạn ám ảnh cưỡng chế), rối loạn lưỡng cực, rối loạn kiểm soát xung động.

NGUYÊN NHÂN NGOẠI TẠI

Môi trường xung quanh nạn nhân là một phần quan trọng quyết định hành vi của họ. Môi trường khó khăn và sự tiếp xúc không phù hợp với tự hại có thể dẫn đến những hành động tự tổn thương.

TRẢI NGHIỆM KHÓ KHĂN

Bất cứ trải nghiệm khó khăn nào từ quá khứ hoặc trong hiện tại cũng có thể khiến một người tự tổn thương mình. Những nguyên nhân phổ biến bao gồm:

- Lạm dụng tình dục/thể xác/tinh thần
- Bị bắt nạt ở trường hay ở nơi làm việc
- Bị phân biệt đối xử bởi người khác
- Bố mẹ li dị
- Cái chết của người thân yêu
- Có thai ngoài ý muốn
- Áp lực ở trường học hoặc nơi làm việc
- Lo âu tài chính
- Bối rối về xu hướng tính dục
- Đổ vỡ trong các mối quan hệ
- Bệnh tật hoặc sức khỏe có vấn đề
- Môi trường gia đình hỗn loạn, bị bóc lột hoặc bỏ bê trong thời thơ ấu.
- Được nuôi nấng một cách không thích hợp. Không có cảm giác được công nhận hay xác nhận, bị bỏ bê bởi người chăm sóc khi còn quá nhỏ có thể gây nên hậu quả lâu dài cho một người. Nếu một đứa bé phải trải qua những điều này, sẽ rất khó khăn để đứa bé phát triển ba khả năng tự lực quan trọng nhất, bao gồm:
 - Khả năng duy trì cảm giác về giá trị của bản thân
 - Khả năng chịu đựng những cảm xúc mạnh mẽ

- Khả năng duy trì cảm giác kết nối với người khác

Họ cũng có thể cảm giác rằng họ không đủ tốt đẹp, bởi vì sự tồn tại và thành tựu của họ được đáp lại bởi im lặng thù địch, lời nói khắc nghiệt hay hành vi xỉ nhục. Thêm vào đó, sẽ rất khó khăn cho họ để phát triển đầy đủ khả năng chịu đựng và tích hợp cảm xúc mãnh liệt bởi vì họ luôn phải đối mặt với hình phạt hay chế nhạo. Những hành vi tước quyền như vậy có thể khiến họ cảm thấy bất lực khi chuyện khó khăn xảy ra.

TIẾP XÚC VỚI TỰ HẠI MỘT CÁCH KHÔNG PHÙ HỢP

- Mặc dù hiếm khi xảy ra, đặc biệt là với một đứa trẻ có tình cảm ổn định và có sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội, việc nhìn và nghe thấy người khác (đặc biệt là bạn thân) tự tổn thương, thì có thể khiến chúng tò mò và thử làm theo.
- Mặc dù vẫn còn nhiều tranh cãi, tin tức báo chí, truyền hình, internet, và truyền thông có thể cám dỗ người trẻ vào việc tự hại. Đó có thể là một mẫu tin tức về việc một ngôi sao hay người nổi tiếng thực hiện hành vi đó, cũng có thể là chuyện, ảnh và đoạn phim về tự tổn thương mang tính giả tưởng và lãng mạn trong một bộ phim hay chương trình TV.
- Các chương trình phòng chống tự tử và tự hại của trường học vô tình cho thấy tự tử và tự hại là một lựa chọn cho nhiều người trẻ.
- Lan truyền rộng rãi danh sách cách thức tự tử và tự hại với dòng chữ

“Đừng làm những điều này.” Một số thậm chí thúc đẩy và bình thường hoá những hành vi này.

- Mô tả không chính xác và trao đổi không hợp lý những thông điệp về sức khoẻ cũng có thể bình thường hoá suy nghĩ và hành vi tự tử như một cách phản ứng lại với căng thẳng.

HẬU QUẢ LÂU DÀI

Mặc dù tự hại không được xem là hành vi gây tử vong, nhiều người đã thực sự giết chính mình bởi vì tự hại. Thêm vào đó, hành vi tự hại có thể gây nghiện như việc nghiện các chất kích. Qua một thời gian sử dụng chất cồn và thuốc, con người cần liều lượng nhiều hơn để có được tác dụng tương tự, và tự hại cũng tương tự như vậy. Nhìn chung, khi con người tự tổn thương để tạm thời thoát khỏi thực tại khó khăn, hoặc thay thế nỗi đau tâm thần bằng nỗi đau thể xác, endorphins được tiết ra để xoa dịu những nỗi đau thể xác đó. Nhiều người tự hại có thể cần nhiều endorphins hơn để có được hiệu quả

tương tự. Điều này đôi lúc có thể dẫn đến việc tự sát.

Một số hành vi tự tổn thương có thể gây ra vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng và thương tổn vĩnh viễn. Ví dụ những người tự cắt quá sâu có thể phá vỡ tĩnh mạch và động mạch. Bị bỏng có thể dẫn đến những tổn thương mô nghiêm trọng hoặc những vết bỏng không được chữa trị có thể bị nhiễm trùng. Trong một số trường hợp hiếm, những người tự hại bằng cách uống dung dịch độc hại như chất hoá học hoặc dung môi tẩy rửa có thể gây ra bệnh trạng nghiêm trọng hoặc tổn hại các cơ quan nội tạng.



XÁC ĐỊNH VÀ ĐIỀU TRỊ

Việc hiểu rõ rằng nhiều người tự hại cố gắng để che giấu hành vi tự tổn thương của họ với nỗi sợ bị phán xét hoặc chế nhạo là rất quan trọng. Khi một người tìm kiếm điều trị cho tự hại, họ thường ở trong tình trạng mắc bệnh rối loạn tâm thần. Kết quả lại nhiều người không tiết lộ vấn đề của họ cũng như để người khác giúp đỡ mình vượt qua khó khăn. Trong thời điểm này, hệ thống y tế đã có một số phương cách trị liệu cho tự hại, bao gồm dùng thuốc và tâm lý trị liệu.

XÁC ĐỊNH NHỮNG NGƯỜI TỰ HẠI

Bước đầu tiên để chữa trị cho những người tự hại là xác định nguyên nhân và

cách thức của những hành vi gây thương tổn. Sự thật rằng có nhiều người cảm thấy xấu hổ về xu hướng tự tổn thương và hành vi của mình đòi hỏi rất nhiều nỗ lực của bác sĩ để có được thông tin từ bệnh nhân. Daphne Simeon và Eric Hollander của trường Y Dược Mount Sinai ở New York (2001) đã kiến nghị những nhà trị liệu bắt đầu hỏi bệnh nhân một câu: “Bạn đã bao giờ chủ định làm bản thân tổn thương bằng cách nào chưa?” (?) (as cited in Cutting and Self-harm, Barnett, 2008). Câu hỏi này có thể khuyến khích bệnh nhân bắt đầu hội thoại về tự hại, do đó nhà trị liệu có thể quyết định liệu hành vi tự hại có nên được điều trị chủ yếu không.

Những câu hỏi khác có thể phát triển hội thoại về tự tổn thương bao gồm:

- Bạn bao nhiêu tuổi lúc bạn tự tổn thương mình lần đầu tiên?
- Bạn cảm thấy như thế nào trước và sau khi bạn làm tổn thương chính mình?
- Những cách thức và những vật dụng nào mà bạn dùng để tự hại?
- Bạn có muốn ngừng tự tổn thương mình không?
- Có bao giờ bạn sử dụng thuốc hoặc chất cồn trước khi thực hiện hành vi tự hại?
- Bạn đã bao giờ nói với ai về hành vi tự hại của bạn chưa?
- Trung bình bạn tổn thương bản thân mình với cường độ nào?
- Bạn có chủ ý tự tự tổn thương chính mình không?

Một khi nguyên nhân và hình thức tự hại được xác định, nhà trị liệu có thể đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Thêm vào đó, nhà trị liệu phải phân loại việc tự hại của bệnh nhân vào một trong bốn phân loại tự hại: nghiêm trọng, rập khuôn, cưỡng chế và thúc đẩy nhằm tạo ra kế hoạch điều trị tốt nhất. Những thông tin tiếp theo sẽ chủ yếu tập trung vào việc điều trị tự hại thúc đẩy, trong khi những phân loại tự hại khác phải được điều trị cùng lúc với các rối loạn tâm lý.

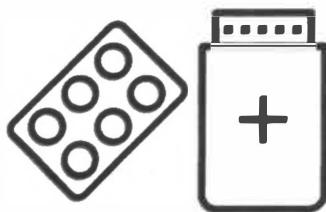
ĐIỀU TRỊ

Tự hại thúc đẩy xuất phát từ nhiều nguyên do và điều kiện, trong đó bệnh nhân có thể đã trải qua sự khó chịu cực độ hoặc cảm giác buồn bã. Họ có mong muốn được tổn thương bản thân để giảm nhẹ cảm giác tiêu cực và khó chịu. Hiểu được bản chất không đồng nhất của tự hại là chìa khoá để phát triển một kế hoạch điều trị thích hợp. Trị liệu cho tự

hại đồng thời cũng khác biệt giữa người với người, tùy thuộc vào vấn đề cụ thể của bệnh nhân và liên quan đến tình trạng sức khoẻ tâm thần của họ.

THUỐC

Trong nhiều trường hợp, dùng thuốc có thể giảm nhẹ sự lo lắng hoặc trầm cảm mà những người tự hại thường phải trải qua. Trong thực tế, mục đích của việc sử dụng thuốc là để giảm bớt cảm xúc tiêu cực thường đi kèm với hành vi tự hại, bằng việc ảnh hưởng đến các chất dẫn truyền thần kinh trong bộ não. Bằng việc kích hoạt hoặc ngăn chặn sự hoạt động, tính sẵn có và dòng chảy của một số chất dẫn truyền thần kinh nhất định, bệnh nhân sẽ cảm thấy sự giảm nhẹ của tâm trạng lo lắng hoặc buồn bã. Một số loại thuốc ảnh hưởng bộ não bằng việc chặn các thụ thể nơ ron để ngăn chặn việc vận chuyển các chất dẫn truyền thần kinh, trong khi các loại thuốc khác lại chặn việc tái hấp thu nhằm ngăn việc chất dẫn truyền thần kinh trở ngược lại nơ ron gửi. Dòng thuốc phổ biến nhất hiện được dùng là SSRIs. Những nhãn hiệu cho SSRIs bao gồm Prozac, Paxil, và Zoloft. Sau khi được hấp thụ, các loại thuốc này sẽ gia tăng số lượng chất dẫn truyền thần kinh gửi tín hiệu đến nơ-ron nhận trong khớp thần kinh. Kết quả là nơron có thể kích hoạt thường xuyên hơn, gia tăng hoạt động của não liên quan đến việc cải thiện tâm trạng và làm giảm cảm giác tiêu cực. Bằng việc giảm thấp lo âu và trầm cảm, việc tự hại sẽ ít khả năng xảy ra hơn.



TRỊ LIỆU PHÂN TÂM

Phát triển từ phân tâm học, một kỹ thuật trị liệu tập trung vào ảnh hưởng của thời thơ ấu và vô thức lên sức khỏe tâm thần và ý thức của con người, trị liệu phân tâm được các nhân viên y tế dùng rộng rãi. Bản chất của nó là giúp con người nhận ra nguyên nhân và xung động có thể lý giải vì sao họ lại tổn thương bản thân bằng việc xem xét suy nghĩ và cảm xúc vô thức. Trong khi có cơ hội để nói về vấn đề của mình, những người tự hại có thể bộc lộ cảm xúc tiêu cực ra ngoài, vì thế họ có thể nhìn thấy được nguyên do dẫn đến quyết định tự tổn thương mình, xác định được đối tượng của sự giận dữ hoặc buồn bã của họ. Ví dụ, nhà trị liệu có thể hướng dẫn bệnh nhân nhận thức phản mắng nào của cuộc sống (công việc, gia đình), hoặc ai (bạn đời, bố mẹ) là nguyên do chủ yếu đẩy họ vào trạng thái trầm cảm hoặc hành vi tự hại. Trị liệu phân tâm nhấn mạnh rằng tự hại là hành vi không phù hợp và thù địch để thể hiện cảm xúc, và nó dẫn đến những hệ quả lâu dài. Hơn nữa, môi trường mà bệnh nhân thực hiện hành vi tự hại cũng là vấn đề quan trọng cần xem xét và phải được thay đổi nếu cần thiết. Điều gì đã xảy ra khi một người tự tổn thương mình, cảm giác nào đi kèm với sự kiện đó. Cuối cùng, việc những người tự hại hiểu được rằng họ cần phải lựa chọn những hoạt động thay thế khác mỗi khi họ cảm thấy muốn tổn thương chính mình là rất cần thiết. Một số nhà trị liệu đề nghị rằng những giải pháp khác bao gồm yếu tố thể lý như tắm nước nóng hoặc giữ đá lạnh trong tay, hoặc khuyến khích bệnh nhân tập thể dục thể thao. Ví dụ, boxing hoặc võ được cho là phương pháp hiệu quả để bộ lọc cảm xúc và cảm giác tiêu cực ra ngoài.

chỉnh cảm xúc và cải thiện quan hệ giữa những cá nhân. Liệu pháp hành vi biện chứng được thành lập dựa trên nguyên tắc những người mắc rối loạn nhân cách ranh giới có hai khó khăn chủ yếu: bất ổn cảm xúc và kỹ năng giải quyết vấn đề bị giới hạn. Cố gắng giải quyết hai vấn đề đó có thể giảm tỉ lệ và cường độ của mọi hình thức tự hại liên quan đến rối loạn nhân cách ranh giới, và điều này khiến cho DBT trở thành một trong những phương pháp trị liệu tối ưu nhất cho các hành vi tự hại.

Về cơ bản, liệu pháp hành vi biện chứng là chương trình điều trị ngoại trú một năm. Những người tham gia trị liệu DBT vẫn sống ở nhà và sẽ đến trung tâm trị liệu cho tất cả các phiên trị liệu. Có hai hoặc động chính được thiết lập trong chương trình: điều trị tâm lý cá nhân hàng tuần và phiên trị liệu nhóm. Trong phiên điều trị tâm lý cá nhân, bệnh nhân sẽ nhận được sự hỗ trợ ngay lập tức và liên cá nhân từ nhà trị liệu thông qua những cuộc đối thoại sâu sắc và lý trí. Phiên trị liệu này sẽ cung cấp hoàn cảnh và kiến thức cho những người tự hại luyện tập những kỹ năng mới để đối phó với nghịch cảnh và cảm xúc tiêu cực mạnh mẽ. Phiên trị liệu nhóm của liệu pháp hành vi biện chứng mang lại cơ hội cho con người được chia sẻ và thấu hiểu những kinh nghiệm, suy nghĩ, và bài học nhằm có được các kỹ năng xã hội và liên cá nhân như khả năng quản lý cảm xúc tiêu cực và các mối quan hệ có vấn đề bằng các cách tiếp cận giải quyết vấn đề thực tế. Hai phiên điều trị của DBT giúp bệnh nhân hiểu được vì sao họ lại tự tổn thương mình và làm thế nào để thoát khỏi những hành vi đó bằng việc lựa chọn những hoạt động khác.

LIỆU PHÁP HÀNH VI BIỆN CHỨNG

Liệu pháp hành vi biện chứng (DBT) là liệu pháp hướng dẫn những kỹ năng hành vi nhằm giúp việc nhận nhận đau khổ, điều

NHẬP VIỆN

Nếu bệnh nhân tự gây thương tích nhiều lần hoặc nghiêm trọng, hay biểu lộ ý định tự tử, bác sĩ có thể đề nghị rằng họ cần phải nhập viện để được chăm sóc và đánh

giá tâm thần. Nhập viện (thường trong thời gian ngắn) có thể cung cấp môi trường an toàn tạm thời và những trị liệu mạnh hơn cho đến khi bệnh nhân qua khỏi cuộc khủng hoảng. Chương trình điều trị ban ngày cũng có thể là một lựa chọn.

CÁCH TRỊ LIỆU KHÁC

CBT giúp bệnh nhân nhận thức những niềm tin và hành vi không lành mạnh, tiêu

cực và thay thế chúng bằng những niềm tin và hành vi lành mạnh, tích cực hơn.

Nhận thức dựa trên chánh niệm: giúp bệnh nhân sống trong hiện tại, cảm nhận suy nghĩ và hành động của những người xung quanh một cách phù hợp nhằm giảm thiểu lo lắng và trầm cảm, và nâng cao sức khỏe chung của họ.

PHÒNG NGỪA

Trong thế kỷ này, tự hại là vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Hiểu được rằng những người thực hiện tự hại bởi vì nhiều yếu tố và nguyên nhân và họ thường không nói về hành vi của họ, cũng như sự đa dạng của những người thực hiện hành vi đó, câu hỏi đặt ra là xã hội chúng ta phải làm gì để ngăn ngừa những hành vi nguy hiểm và có gây khi chết người đó? Chúng ta có thể làm gì để loại bỏ những vật cản trên con đường nâng cao sức khỏe của con người?

NÂNG CAO SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG VÀ NGHIÊN CỨU

Một cách tiếp cận tự hại là thông qua lĩnh vực y tế cộng đồng. Những người làm việc trong hệ thống y tế cộng đồng và những y sĩ tâm thần sẽ xem vấn đề như tự hại là một sự đe dọa và là vấn đề nguy hiểm cho cả xã hội. Đây là lúc hệ thống y tế cộng đồng cần xem xét tự hại một cách nghiêm túc và cung cấp nhiều nỗ lực và nghiên cứu hơn nữa trong vấn đề này.

Nghiên cứu khoa học về tự hại vẫn trong giai đoạn ban đầu, đó là lý do vì sao chúng ta có rất ít dữ liệu, số liệu và thông tin về vấn đề này. Rất nhiều câu hỏi vẫn chưa tìm được câu trả lời. Như chúng ta đã thảo luận ở trên, có rất nhiều trở ngại đã hạn chế nghiên cứu về hành vi tự hại. Nhiều người không cảm thấy tự tin khi chia sẻ kinh nghiệm tự hại cả mình, vì thế

rất nhiều câu chuyện vẫn chưa được lắng nghe. Thêm vào đó, nhiều người tự hại vẫn ngại ngần từ bỏ hành vi đó bởi vì họ không thể tưởng tượng được cuộc đời của mình mà không có những tác động giải tỏa của tự hại. Vì thế, điều cốt yếu mà chúng ta cần làm là nâng cao nhận thức. Con người phải cần biết những ảnh hưởng tiêu cực của hành vi tự hại lên chính mình, và lên toàn thể cộng đồng. Phương thức nghiên cứu, nghiên cứu học thuật, chương trình hỗ trợ cần phải được thiết lập. Kiến thức và dữ liệu về tự hại cần được trải rộng bằng những cách thích hợp hơn, thông qua nhiều kênh khác nhau. Nhà nghiên cứu và bác sĩ sức khỏe tâm thần không những phải làm việc vất vả để thuyết phục người khác rằng tự hại là vấn đề nghiêm trọng và đe dọa đến xã hội, mà còn phải thành công đạt được số tài chính cần thiết để nghiên cứu về vấn đề này.

NÂNG CAO NHẬN THỨC CÁ NHÂN



Là một cá nhân trong xã hội, đôi khi chúng ta chỉ có thể tạo nên được những ảnh

hưởng nhỏ trong vòng tròn và môi trường của chúng ta. Tuy nhiên, những ảnh hưởng đó có thể hoàn toàn giúp đỡ cuộc sống của một người cũng như ngăn chặn việc tự hại xảy đến với những người thân yêu của chúng ta. Tìm hiểu, đọc, hỏi, chia

sẻ, có rất nhiều cách mà bạn có thể nâng cao nhận thức của mình, và của những người xung quanh bạn. Điều cốt yếu là phải hành động mỗi ngày, để từ đó sẽ có nhiều người hiểu được bản chất của tự hại hơn.

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Thị Hồng Ngọc

Biên dịch: Nguyễn Thị Hồng Ngọc | Phạm Nguyễn Minh Châu | Đoàn Huỳnh Kim

CHƯƠNG 12

RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN SANG CHẤN

Khi đối diện với tình huống nguy hiểm nào đó, con người thường có những phản ứng như sợ hãi, đau đớn và lo âu. Đây là một đặc điểm của bản năng. Những cảm xúc này được lưu giữ trong ký ức của cá nhân, giúp người đó nhận ra và tránh được những tình huống nguy hiểm tương tự trong tương lai. Tuy nhiên, khi những phản ứng này vượt quá tầm khống chế, trong tình huống không phù hợp, gây ra những hệ quả nghiêm trọng thì đó là triệu chứng của rối loạn stress sau sang chấn (PTSD). PTSD xảy ra sau khi một người trải qua một sự kiện khủng khiếp gây chấn thương tâm lý và mang lại những hệ quả nghiêm trọng. PTSD thường kéo dài kinh niên, gây ảnh hưởng đến tâm lý lẫn sức khỏe người bệnh. Đồng thời những người mắc PTSD có nguy cơ mắc các bệnh liên quan đến cơ xương, hệ tuần hoàn và hệ thần kinh hơn những người khác (Harrison, 2014). Vào năm 2015, bệnh viện tâm thần ở thành phố Thừa Thiên Huế đã đăng số liệu cho biết có khoảng 6% số người trong nhóm dân cư sinh sống tại những vùng xảy ra chiến tranh trước năm 1975 ở TPHCM mắc rối loạn stress sau sang chấn (Hưng, 2015). Ở Mỹ, có khoảng 7.8% dân số mắc PTSD ở một thời điểm nào đó trong đời (PTSD: National Center for PTSD, 2015). Và mỗi ngày ở đây, có khoảng 22 quân nhân giải ngũ tự tử, tức cứ mỗi 65 phút có một người lính tự kết thúc mạng sống của mình mà phần lớn nguyên nhân là vì PTSD (Office of Public and Intergovernmental Affairs, 2013)

Khác với tên gọi, rối loạn xác định phân ly (DID) không nằm trong tổ hợp những rối loạn nhân cách, mà nằm trong tổ hợp các rối loạn có liên quan đến chấn thương tâm lý như: rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), rối loạn căng thẳng cấp tính (ASD)... Rối loạn xác định phân ly, PTSD và ASD có cùng một triệu chứng đó là sự tách rời nhận thức, tức là tổ hợp quá trình liên kết tâm lý bình thường bao gồm trí nhớ, ý thức, tính cách, hay nhận thức bị gián đoạn. Giống như PTSD là những người gặp chấn thương tâm lý quá nặng và sau đó đôi khi họ bị tách rời ra khỏi hiện thực họ đang sống, trải nghiệm cảm giác sống lại trong ký ức đáng sợ làm tổn thương tâm lý họ, rối loạn xác định phân ly cũng là sự tách rời ra khỏi hiện thực nhưng người mắc bệnh sẽ không nhớ gì và cũng không biết được là mình đã làm gì trong khoảng thời gian bị tách rời nhận thức ấy. Đa số sẽ cho rằng mình đang ngủ nhưng thực chất không phải. Và vì thế, từ DSM-IV, rối loạn đa nhân cách có tên gọi khác là rối loạn xác định phân ly (Dissociative Identity Disorder). Rối loạn xác định phân ly là một trong những rối loạn về tâm lý gây tranh cãi nhiều nhất. Tỷ lệ người mắc rối loạn xác định phân ly không nhiều, trong một cộng đồng nhỏ ở Mỹ, tỷ lệ người mắc bệnh chỉ có 1.5% (APA, Dissociative Identity Disorder, 2013). Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng bệnh không thực sự tồn tại mà đó là sự ảnh hưởng của nhà tâm lý trị liệu lên người bệnh (Oltmann & Emery, 2014).

Trong chương này, chúng ta sẽ cùng tìm hiểu về những triệu chứng, nguyên nhân cũng như điều trị PTSD và rối loạn xác định phân ly. Đồng thời, lý giải nguyên nhân vì sao rối

loạn xác định phân ly lại gây ra nhiều tranh cãi và thậm chí còn bị nhiều nhà nghiên cứu cho rằng không phải là một dạng rối loạn thật sự.

RỐI LOẠN CĂNG THẲNG SAU SANG CHẤN

DSM-V định nghĩa chấn thương tâm lý là sự trải nghiệm hoặc đối mặt cận kề với cái chết như ra chiến trường, bị bạo hành thể xác hoặc bạo hành tình dục, bị tấn công khủng bố, vướng vào tai nạn xe cộ tệt hại hoặc thảm họa thiên nhiên. Có thể là nạn nhân trực tiếp từ các sự kiện ấy, hoặc là nhân chứng chứng kiến vụ việc, hay khi biết được người thân yêu của mình bị nạn, trải nghiệm từng chi tiết của sự kiện nhiều lần lặp đi lặp lại (ví dụ như liên tiếp nhận được các tình huống/chi tiết của vụ lăm dụng trẻ em) (Oltmann & Emery, 2014).

PTSD như một con quái vật luôn im lặng chực chờ rồi vồ lấy không cho chúng ta đường lui. Nó không chừa một ai cả. Tôi, bạn, và cả những người thân, người xung quanh chúng ta đều có thể mắc PTSD sau chấn thương tâm lý khủng khiếp nào đó.

TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Các nhóm triệu chứng của PTSD bao gồm *sự trải nghiệm* lại sự kiện gây chấn thương tâm lý đó. Những ký ức về sự kiện xâm nhập vào tâm trí khiến người bệnh cảm thấy đau buồn, khó chịu hoặc hoảng loạn. Một số người khác thì sống lại trong sự kiện kinh khủng đó trong những cơn ác mộng kéo dài với mức độ mãnh liệt như thể sự kiện đó đang diễn ra. Trong một số trường hợp hiếm, bệnh nhân còn trải nghiệm trạng thái phân ly, họ cảm nhận và hành xử y thể như sự kiện đó đang diễn ra ngay lúc này.



Ví dụ như một người lính giải ngũ có thể hành động như thể anh ta vẫn còn đang ở

trong trận chiến, và anh ta có thể có những hành động nguy hiểm như thu thập vũ khí, hoặc cô lập, tự phòng thủ mình ngay trong chính căn nhà của mình. Có những trường hợp quân nhân đang trong trạng thái phân ly bắn chết những người thường xung quanh mình vì tưởng họ là quân địch. Thường thì trạng thái này chỉ xảy ra trong thời gian ngắn nhưng vẫn có các trường hợp trạng thái này kéo dài trong vòng ngày (Oltmann & Emery, 2014).

Tiếp theo đó là sự lảng tránh các tình huống, môi trường có chứa các yếu tố kích thích liên quan đến sự kiện gây chấn thương tâm lý. Nạn nhân từ các vụ việc này thường cố gắng tránh không suy nghĩ hoặc có cảm nhận liên quan đến sự kiện. Họ có thể tránh người, tránh địa phương hoặc các hoạt động gợi nhớ lại sự kiện. Sự lảng tránh cũng bao gồm việc từ chối không bàn luận hay nói về vụ việc hoặc cảm xúc về nó. Đương nhiên ai vừa mới trải qua sự kiện gây chấn thương tâm lý thì cũng lảng tránh không muốn nhắc lại tình huống lúc ấy. Nhưng nếu muốn hồi phục thì khó tránh khỏi việc bệnh nhân phải đối mặt với cảm xúc, ký ức và một số

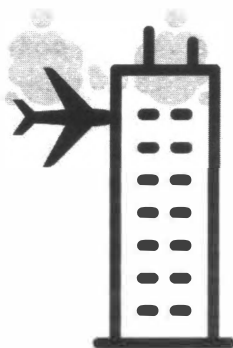
tình huống liên quan đến chấn thương tâm lý (Oltmann & Emery, 2014).

Cùng với hai nhóm triệu chứng bên trên, nhạy cảm tăng cao là triệu chứng thứ ba của PTSD. Ở những người mới trải qua chấn thương tâm lý, họ có thể dễ bị kích thích quá độ, sợ hãi quá mức trước những tình huống không mong đợi, mặc dù tình huống đó không gây hại đến họ. Một số người thì trải nghiệm lo âu quá mức, khó ngủ, hoặc dễ giận dữ. Hoặc không thể tập trung, bất cẩn, có những hành vi tự hại. Hay khó chịu, bộc phát giận dữ, chủ yếu thể hiện qua ngôn ngữ hoặc gây hấn với người hay vật. (Oltmann & Emery, 2014).

Nhóm triệu chứng thứ tư là có tâm trạng hoặc suy nghĩ tiêu cực. Bệnh nhân mắc PTSD có thể mất đi khả năng trải nghiệm các cảm xúc tích cực, luôn cảm thấy sợ hãi, giận dữ, tội lỗi hoặc cảm nhận mình tách rời khỏi những người xung quanh, không thể nào gần bó được với họ. Trong một số trường hợp thì sự tê dại trong phản ứng hoặc tê liệt cảm xúc thường xảy ra. Với một số người khác thì sự tiêu cực nằm ở nhận thức. Họ luôn tự trách bản thân mình, lúc nào cũng tự hỏi rằng mình có thể làm gì khác để thay đổi tình huống lúc đó, hoặc nhìn thế giới đầy vẻ tiêu cực thiếu thực tế (Oltmann & Emery, 2014).

Sự tách rời là một nhóm triệu chứng khá phổ biến sau khi chấn thương tâm lý xảy ra. Mặc dù đây không phải là triệu chứng cần thiết có khi chẩn đoán bệnh lý. Nhiều người cảm thấy bàng hoàng, tách lập với môi trường xung quanh. Một số người thì phi nhân cách hóa. Họ cảm thấy mình như

robot, hoặc như đang bị mộng du, có một số trường hợp cảm thấy mình đang tách rời khỏi cơ thể, đứng một chỗ quan sát cơ thể mình hành động). Còn có cả trường hợp bệnh nhân trải nghiệm sự vô thức, cảm giác mọi thứ không thực. Ngay lập tức sau sự kiện 11/9, một số người tỉnh giấc và tự hỏi rằng có phải cuộc tấn công của bọn khủng bố chỉ là cơn ác mộng hay không. Cảm giác không thực này có thể trải dài vài ngày hoặc lâu hơn. Triệu chứng mất trí nhớ phân ly cũng có thể xảy ra với bệnh nhân mắc PTSD. Họ không thể nào nhớ được các khía cạnh của sự kiện gây chấn thương tâm lý (Oltmann & Emery, 2014).



Để chẩn đoán mắc PTSD thì người bệnh phải có triệu chứng của bốn nhóm bên trên, trừ triệu chứng cuối cùng và phải kéo hơn một tháng. Đồng thời, những triệu chứng trên gây ảnh hưởng nặng nề đến đời sống, công việc và xã hội. Và những triệu chứng này không phải là hệ quả từ những ảnh hưởng sinh lý như dùng chất kích thích, rượu hay trạng thái y tế (APA, Post Traumatic Stress Disorder, 2013).

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Trong một buổi tối mùa xuân, Sương, một sinh viên cao học 27 tuổi sáng dạ, và xinh đẹp chạy ra ngoài để kiểm tra hỏa hoạn từ tòa nhà bên cạnh gần sát căn hộ cô đang sống. Trong lúc quan sát những người lính cứu hỏa thì Sương có nói chuyện với một người đàn ông mà cô tưởng là hàng xóm mình. Sau khi nói chuyện thêm với vài người khác thì cô quay về nhà. Hỏa hoạn đã khiến khu nhà cô cúp điện, mặc dù tối nhưng Sương vẫn tìm được đường lên lầu, thay đồ ngủ và

bước xuống lầu. Lúc đi xuống, cô bị giết mình bởi gã đàn ông mà cô gặp lúc này. Không nói lời nào, gã cầm ống tuýp sắt dùng thay bánh xe tấn công cô không ngưng cho đến khi cô ngã ra sàn nhà và ngừng kêu cứu. Sương bị cắt rất sâu và choáng váng, mặc dù vậy cô vẫn phản kháng được khi gã xé đồ cô ra. Cô nghe loáng thoáng gã thì thầm vào tai rằng gã muốn quan hệ với cô. Sương đã nghĩ “Hắn ta sẽ giết mình mình”.

Tuy nhiên bằng cách nào đó, Sương vẫn giữ được tỉnh táo mặc dù máu vẫn không ngừng chảy. Cô “đồng ý” quan hệ với hắn ta nhưng cô đòi phải được tắm rửa gọn gàng trước. Cuối cùng gã đồng ý để cô đi. Khi Sương bước tới phòng tắm của mình, cô kéo một cái tủ đến chặn cửa và hét toáng ra ngoài cửa sổ cầu cứu. Tiếng hét của cô khiến gã kia sợ hãi và tính bỏ trốn, tuy nhiên một người lính cứu hỏa đã kịp thời bắt hắn lại.

Ngày qua tuần rồi qua tháng, cô lúc nào cũng cảm thấy sợ hãi tột độ, hoảng hốt và biết ơn khi mình vẫn sống. Cô thường xuyên nghĩ về sự kinh hoàng của đêm đó, và khi cô bắt đầu ngủ thiếp đi thì lại giết mình tỉnh giấc vì những cơn ác mộng tồi tệ. Cô hoảng sợ khi phải ở một mình, đặc biệt là buổi tối, còn cả một số thời điểm ban ngày.

Sau khi bị tấn công không lâu, cô tìm gặp một chuyên viên tâm lý học chữa trị, nhưng cô lại mắc thêm chứng trầm cảm trong lúc chữa trị. Thuốc chống trầm cảm phần nào giúp cô với tâm trạng và giấc ngủ nhưng trong mấy tháng trời Sương lúc nào cũng hoảng sợ và gặp khó khăn trong việc tập trung, cảm giác tê dại và không thực. Thêm vào đó cô còn trải nghiệm lại hình ảnh và cảm xúc đêm hôm đó. Cô vẫn đi học, đi làm bình thường nhưng không còn tự tin và tập trung như trước. Càng đến gần cái ngày xảy ra vụ tấn công, cô càng cảm thấy tồi tệ.

Sương nhận ra rằng, mặc dù nói về vụ tấn công đó khiến cô đau đớn, nhưng đồng thời, nó cũng giúp đỡ cô nhiều hơn. Sau một năm, cô bắt đầu chia sẻ kinh nghiệm của mình trong các buổi nói chuyện. Điều đó khiến cô cảm thấy thoải mái hơn, quan trọng hơn là nó giúp cô cảm nhận được rằng một số điều tốt đẹp có thể đến từ cơn chấn thương tâm lý ấy. Cô có thể giúp đỡ mọi người bằng chính kinh nghiệm của mình. Tuy nhiên đôi lúc cô vẫn trải nghiệm lại các cảm xúc và suy nghĩ tiêu cực. Có một lần bạn trai cô về nhà lúc nửa đêm và cố gắng hạn chế tiếng động nhưng Sương vẫn bị đánh thức. Hoảng sợ bởi sự xuất hiện bất thành hình của anh, cô hét lên đầy kinh sợ, rồi bắt đầu thốt thức, không thể kìm chế nỗi sợ hãi của mình và cảm thấy tê liệt, không thực cho đến tận mấy ngày sau (Oltmann & Emery, 2014).

Dựa theo tiêu chuẩn của DSM-V, Sương được chẩn đoán là mắc chứng PTSD. Cô thường xuyên trải nghiệm lại sự kiện đó, cảm thấy tê dại và không thực, hoảng sợ tột độ trước những tình huống ngoài dự đoán, khó ngủ, thường gặp ác mộng.

NGUYÊN NHÂN

Có thể bạn sẽ hỏi rằng, có rất nhiều người trải qua chấn thương tâm lý nặng nề như chiến tranh, nhưng tại sao lại không mắc PTSD. Dựa theo định nghĩa thì chấn thương tâm lý gây ra PTSD, nhưng không phải người mắc chấn thương tâm lý nào cũng sẽ mắc PTSD. Chấn thương tâm lý là cần thiết, nhưng chưa đủ để tạo PTSD. Vậy thì những yếu tố nào sẽ làm tăng tỷ lệ mắc PTSD?

Nghiên cứu về yếu tố xã hội cho thấy nguy cơ mắc PTSD tập trung chủ yếu vào 1) Bản chất của chấn thương tâm lý và mức độ mà người đó trải nghiệm nó; 2) Sự giúp đỡ của xã hội ngay sau chấn thương đó. Nạn nhân của các vụ chấn thương tâm lý thường có khả năng mắc PTSD nếu sự kiện ấy quá dữ dội, ảnh hưởng đến mạng sống và họ trực tiếp trải nghiệm tình huống đó. Ví dụ nạn nhân của các vụ cưỡng bức thường dễ mắc PTSD nếu vụ cưỡng bức ấy xảy ra thành công, hoặc nếu họ bị thương nặng trong lúc bị tấn công hay họ nghĩ

rằng kẻ tấn công muốn giết họ (Oltmann & Emery, 2014).

Sự ủng hộ và giúp đỡ của xã hội có vai trò quan trọng đối với những người mắc chấn thương tâm lý. Nếu không có yếu tố này thì tỷ lệ người mắc PTSD sẽ cao hơn rất nhiều. Các quân nhân giải ngũ quay về nhà sau khi chiến tranh nhận phải sự lạnh nhạt, không thông cảm và phán xét từ môi trường chung quanh thường dễ bị tổn thương và mắc các rối loạn tâm lý (Kaniasty, 2005).

Về mặt sinh học, gene có vai trò quan trọng với những triệu chứng kích thích và có ít vai trò với những triệu chứng trải nghiệm lại (Oltmann & Emery, 2014). Nghiên cứu tìm ra rằng với những người sống sót sau sự kiện gây chấn thương tâm lý và mắc PTSD thì họ có người thân đời đầu như cha mẹ, anh chị em ruột mắc các rối loạn cảm xúc, rối loạn lo âu hay rối loạn lạm dụng chất (Halligan & Yehuda, 2000). Chấn thương tâm lý có thể làm thay đổi một số hoạt động sinh lý của cơ thể. Người mắc PTSD có những hoạt động, hoặc cấu trúc của hạch hạnh nhân chịu trách nhiệm cho cảm xúc, và hồi hải mã chịu trách nhiệm về ký ức thuộc não bộ khác hẳn với người bình thường. Điều này đồng nhất với việc trải nghiệm lại nỗi sợ quá mức và những ký ức xâm nhập. Tuy nhiên điều này không có nghĩa là chấn thương tâm lý làm tổn hại đến não bộ và thần kinh trung ương (Oltmann & Emery, 2014).



Về mặt tâm lý – xã hội thì sự chuẩn bị trước, có mục đích và khuyết thiếu khiến trách hay đổ lỗi có thể giúp đối phó với chấn thương tâm lý. Ví dụ, những người phi công đối phó với những tai nạn máy bay tốt hơn nếu họ được huấn luyện từ trước so với những người không có huấn luyện. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chuẩn bị trước. Hoặc giá trị của mục đích được thể hiện qua nghiên cứu cho thấy những người hoạt động chính trị, mặc dù phải trải qua rất nhiều tra tấn về thể xác lẫn tinh thần, họ ít mắc các rối loạn tâm lý so với những người không hoạt động chính trị. Vì những nỗi đau thể xác, những gì họ trải qua đều phục vụ cho mục đích mà họ theo đuổi. Ngược lại, những chỉ trích tiêu cực, ví dụ như nạn nhân của một vụ hiếp dâm không ngừng tự trách bản thân, làm tăng khả năng mắc PTSD (Oltmann & Emery, 2014).

Tính cách cũng góp phần quyết định đến việc một người mắc chấn thương tâm lý có mắc PTSD hay không. Trong mô hình 5 tính cách thì nghiên cứu cho thấy rối loạn thần kinh chức năng có khả năng di truyền khoảng 30% (Buss & Larsen, 2013). Những người có chỉ số rối loạn thần kinh chức năng cao (dễ hoảng sợ, lo âu) thì có nguy cơ mắc PTSD cao hơn những người khác (Breslau & Schultz, 2013). Trong một số nghiên cứu khác thì rối loạn thần kinh chức năng ở nữ cao hơn ở nam. Vì thế tỷ lệ nữ mắc PTSD cao nhiều hơn so với nam. Đối với những người bị stress hằng ngày thì họ cũng dễ dàng mắc PTSD hơn những người sống thoải mái, ít bị stress (Oltmann & Emery, 2014).

ĐIỀU TRỊ

Chữa trị cho người mắc PTSD đòi hỏi sự nhạy cảm rất cao. Sự chuẩn bị chu đáo, có mục tiêu, và không đổ lỗi giúp bệnh nhân rất nhiều trong việc hồi phục. Phương pháp hiệu quả nhất chính là CBT bằng việc

đối mặt với sự kiện gây chấn thương tâm lý (Oltmann & Emery, 2014). Trong quá trình này, chuyên viên chữa trị sẽ giúp cho bệnh nhân lấy lại quyền điều khiển đối với nỗi sợ hãi của mình và những cảm xúc mệt mỏi quá sức chịu đựng mà sự kiện ấy mang lại. Nhưng quá trình này phải được tiến hành một cách cực kỳ cẩn thận, tránh cho việc bệnh nhân phải chịu chấn thương tâm lý thêm một lần nữa, dẫn đến biến chứng hoặc làm bệnh trầm trọng thêm (Bennett, 2003). Tùy theo bệnh nhân mà các chuyên viên tâm lý sẽ chọn phương pháp như đối diện với tình huống gây ra nỗi sợ hãi trong đời thực, hay tưởng tượng ra tình huống ấy trong đầu, hoặc kể lại chi tiết sự kiện ấy trong buổi chữa trị, sao cho phù hợp với tính cách hay chấn thương tâm lý của từng người (Oltmann & Emery, 2014).

Đối với những người gặp ác mộng thì phương pháp tưởng tượng diễn tập làm giảm các cơn ác mộng rất tốt. Người bệnh sẽ nhớ lại và làm sống lại những cơn ác mộng đó khi thức tỉnh nhưng sẽ viết lại kịch bản cho nó theo cách mà họ muốn (Oltmann & Emery, 2014).

Ngoài ra, sự hỗ trợ từ xã hội rất quan trọng đối với việc duy trì sức khỏe thể chất và tinh thần, đặc biệt là đối với những người bị stress dài hay mắc PTSD. Sự hỗ trợ tích cực từ xã hội có thể tăng cường khả năng phục hồi stress, giúp chống lại việc phát triển các rối loạn tâm thần, làm giảm hậu quả các rối loạn do chấn thương gây ra như PTSD, và làm giảm tỷ lệ tử vong (Ozbay, Johnson, & al., 2007).

Phương pháp giải mã cảm chuyển động mắt và tái xử lý thông tin (EMDR) là một phương pháp điều trị khá mới so với những phương pháp còn lại. Chuyên gia EMDR yêu cầu thân chủ của mình giữ những kích thích gây lo âu, ví dụ như

những ký ức đau đớn, ở trong đầu, đồng thời trong lúc đó, thân chủ sẽ quan sát ngón tay chuyển động tới lui của chuyên gia chữa trị, giống như con lắc của nhà thôi miên. Phương pháp này giúp phân tâm, giải tỏa, đồng bộ hóa hai bán cầu não, và bắt chước sự chuyển động nhanh của mắt khi ngủ (REM) (Arkowitz & Lilienfeld, 2012). Mặc dù cơ chế hoạt động của phương pháp này còn nằm trong vòng bí ẩn, tuy nhiên hiệu quả mà nó mang lại khá cao như giảm những cảm xúc tiêu cực và ác mộng (Shapiro, 2014).



Chữa trị cho PTSD không hề dễ vì những biến chứng của nó. Những người mắc PTSD cũng thường mắc những rối loạn tâm lý khác như trầm cảm, rối loạn hoảng sợ, rối loạn lo âu, và lạm dụng chất kích thích. Vì thế nên chữa trị cho PTSD ngoài những phương pháp nêu trên thì còn cả dùng thuốc chống trầm cảm, nhưng nó chỉ giúp một phần rất nhỏ là giảm các triệu chứng trầm cảm. Ngoài ra còn có cả rối loạn giấc ngủ như ác mộng, rối loạn sinh lý như đau đầu, vấn đề với hệ tiêu hóa và các mối quan hệ. Tỷ lệ tự tử cũng tăng cao, nghiên cứu cho thấy có khoảng 33% người bị cưỡng bức có ý định tự tử và 13% thực sự làm (Oltmann & Emery, 2014).

Một số người mắc PTSD chọn cách biến chấn thương tâm lý của mình thành điều gì có ý nghĩa hơn. Như Sương tìm thấy ý nghĩa từ chấn thương của mình thông qua việc cô khiến những người khác nâng cao

cảnh giác về tấn công tình dục hơn. Tuy còn việc tìm thấy ý nghĩa thì gắn liền với nhiên hành trình tìm kiếm ý nghĩa thường sự thích nghi tốt hơn.
đi liền với nhiều triệu chứng PTSD hơn,

RỐI LOẠN XÁC ĐỊNH PHÂN LY (RỐI LOẠN ĐA NHÂN CÁCH)

Một trong những đặc điểm chính của bệnh (DID) là người bị bệnh mất khả năng nhớ lại một số thông tin quan trọng về mình, những sự kiện lớn mà không thể giải thích được bằng từ “quên” bình thường. Nói đơn giản một chút, sẽ có những khoảng thời gian trống trong ký ức mà người bệnh không tài nào nhớ nổi. Có những chuyện quan trọng đã xảy ra trong quá khứ nhưng người bệnh không hề có một chút ý thức gì về nó cả, người bệnh không hề có một tí cảm giác hay ý thức gì về những nhân cách còn lại của mình. Sự rối loạn này phải không xuất phát từ thuốc, chất kích thích hay bất kỳ tình huống y khoa nào để được coi là Rối loạn xác định phân ly (Bennett, 2003).

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Mây là một nhân viên xã hội, cô năm nay 35t. Cô vốn được cho là một người rất tháo vát trong công việc của mình, nhưng lại có một cuộc sống riêng khá nhàm chán. Cô đã từng kết hôn một lần rồi li dị vào 10 năm trước và chẳng hề có ý định kết hôn lại. Đa số khoảng thời gian rảnh rỗi, cô đều tham gia tình nguyện ở mấy nhà tế bần chuyên giúp đỡ người nghèo. Trong lúc được chuẩn đoán tâm lý, cô kể lại một vài sự kiện lạ mà cô không thể nào giải thích nổi. Lúc Mây xong việc về nhà, bình xăng của cô gần đầy, nhưng đến khi cô khởi động xe để đi làm vào sáng hôm sau, nó đã vơi đi quá nửa. Cô bắt đầu theo dõi chỉ số dặm mà cô đã chạy rồi phát hiện số xăng biến mất kia ứng với quãng đường 50-100 dặm trên đồng hồ. Có điều, cô không tài nào nhớ được mình đã đi đâu. Những câu hỏi đi sâu vào hơn nữa đã tiết lộ ra trong trí nhớ của cô có một lỗ hổng lớn về thời thơ ấu.

Trong lúc được chữa trị bằng liệu pháp thôi miên, người chữa trị lại hỏi một lần nữa kí ức về khoảng thời gian mà cô không nhớ rõ. Bất chợt, có một giọng nói khác trả lời, “Đã đến lúc anh nên biết về tôi rồi đấy”. Nhân cách đó có cái tên chỉ khác đi một chút, Mai, kể và mô tả những chuyến đi đêm của cô đến những ngọn đồi gần đó hoặc bờ biển để “giải quyết vấn đề”. Trong khoảng thời gian này, người chữa trị đã có dịp tiếp xúc nhiều hơn với Mai, phát hiện ra cô thô lỗ và bất hợp tác còn Mây thì nhu nhược và biết quan tâm đến người khác. Mai nghĩ rằng Mây là kẻ yếu đuối và không biết cách làm bản thân vui vẻ, còn nói rằng “chỉ biết có người ngoài mà không biết lo cho bản thân mình chỉ phí thời gian thôi”

Thời gian trôi đi, thêm sáu nhân cách nữa bắt đầu hiện ra theo kiểu phụ thuộc/hung hăng. Áp lực và bất hòa càng thẳng nổi lên. Ai cũng muốn chiếm quyền điều khiển lâu hơn và Mai thì khơi dậy những tình huống hù dọa các nhân cách kia, bao gồm một nhân cách tự nhận cô chỉ là một đứa trẻ sáu tuổi. Khi người chữa trị đề nghị muốn bàn thảo vấn đề với một nhân cách khác thì cô bé không chịu, bảo rằng làm như thế sẽ xâm hại đến quyền riêng tư giữa bệnh nhân và bác sĩ.

Ký ức xuất hiện cùng với những nhân cách này là khoảng thời gian lúc còn nhỏ mà Mây không tài nào nhớ được. Mây nhớ về mẹ của cô như một người khắc khổ, chịu đựng những trận bạo hành, nhưng lại phụ thuộc vào người cha độc ác kia và bắt Mây phải nấu ăn và dọn dẹp từ khi còn rất nhỏ (Spitzer, 2002)

TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

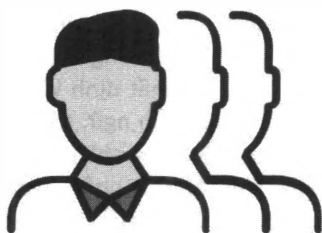
Theo DSM-V, 2013, tiêu chuẩn chẩn đoán DID bao gồm những yếu tố sau:

- Sự chia rẽ nhân cách thể hiện bởi hai hay nhiều trạng thái nhân cách khác biệt mà trong những nền văn hóa khác thường gọi là “bị nhập”. Sự chia rẽ này bao gồm sự gián đoạn đáng kể về ý thức bản thân và ý thức về quyền khống chế đi kèm với những sự thay đổi về hành vi, ý thức, ký ức, nhận thức hoặc hoạt động của hệ thần kinh cảm giác và vận động.
- Những khoảng trống trong ký ức về những hoạt động thường ngày, những thông tin cá nhân quan trọng, hay những sự kiện chấn động khác hẳn với hiện tượng quên thông thường.
- Những triệu chứng này khiến cho bệnh nhân cực kỳ khó chịu, ảnh hưởng nghiêm trọng tới công việc, các mối quan hệ xã hội hay những hoạt động quan trọng khác.
- Sự nhiễu loạn này không phải là một phần trong các hoạt động bình thường được phần lớn các nền văn hóa và tôn giáo chấp nhận.
- Sự rối loạn này phải không xuất phát từ thuốc, chất kích thích hay bất kỳ tình huống y khoa nào (như hành vi bất bình thường trong lúc say rượu)

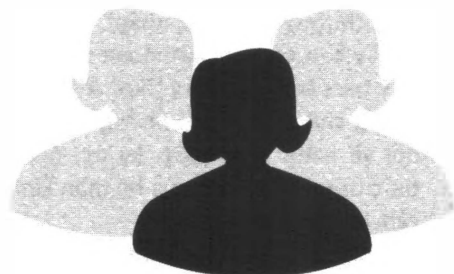
Dựa trên những tiêu chuẩn này, thật không khó để bác sĩ tâm lý chẩn đoán Mary mắc DID. DID phản ánh sự thất bại trong việc thống nhất tất cả những khía cạnh của tính cách, trí nhớ và ý thức. Mỗi một trạng thái nhân cách có thể trải nghiệm từng khoảng ký ức nhất định và riêng biệt so với các nhân cách còn lại. Thường thì có một nhân cách chính mang tên thật (tên được ba mẹ đặt và hiện diện trên giấy tờ hành chính) và nhân cách này luôn ở thể bị động, phụ thuộc, hay mang cảm giác tội lỗi và trầm uất. Những nhân cách còn lại có những tên riêng khác biệt và có tính cách trái ngược hẳn với nhân cách chính. Nếu như nhân cách chính ngoan hiền, vâng lời, thì các nhân cách còn lại

thường là hung hăng và nổi loạn. Những nhân cách đặc biệt thường hiện ra trong một số tình huống nhất định và tùy theo độ tuổi, giới tính, ngôn ngữ, thường thức hoặc có những tác động chiếm ưu thế lên nhân cách chính. Những nhân cách xen kẽ kia chiếm quyền điều khiển liên tiếp nhau (nhân cách chính vừa mất quyền điều khiển là các nhân cách khác lần lượt nổi lên), thường các nhân cách này không chấp nhận những kiến thức, sự hiểu biết của nhân cách kia, chỉ trích lẫn nhau hoặc xuất hiện cùng lúc. Giữa các nhân cách xen kẽ thì sẽ có một nhân cách mạnh hơn, nắm quyền lãnh đạo và phân phối thời gian cho những nhân cách còn lại (Moseley & Gala, 2015)

Cá nhân người mắc DID này sẽ trải nghiệm những khoảng trống trong trí nhớ, về quá khứ lẫn hiện tại. Sự lãng quên này thường bất đối xứng. Nhân cách chính nào càng thụ động thì càng có ít ký ức về mình, và ngược lại, nhân cách nào càng hung hăng, chống đối, có ý điều khiển hoặc “bảo vệ” thì sẽ có nhiều ký ức hoàn chỉnh về mình. Những nhân cách khi không nắm quyền điều khiển vẫn có thể xâm nhập vào ý thức của nhân cách còn lại bằng việc tạo ra những thanh âm hoặc ảo giác (ví dụ như ra lệnh). Bằng chứng về sự lãng quên và hiện diện của nhân cách khác thường được phát hiện bởi những người có dịp chứng kiến những hành vi mà thường nhân cách chính sẽ không bao giờ làm, hoặc được phát hiện ra bởi nhân cách chính (tìm thấy những món đồ mà mình không thể nhớ là đã mua lúc nào (Hutchinson, 2014). Sự luân phiên thay đổi quyền điều khiển giữa các nhân cách thường xuất hiện dưới những áp lực về tâm lý. Và thời gian chuyển đổi giữa hai nhân cách chỉ xảy ra trong tích tắc. Những biểu hiện hay xuất hiện cùng với sự chuyển đổi nhân cách này thường là nháy mắt không ngừng, cơ mặt thay đổi, giọng nói khác hẳn (Moseley, 2015).



của bà vẫn hoàn chỉnh và không hề có dấu hiệu bất thường nào.



NGUYÊN NHÂN

Rất nhiều nghiên cứu đưa ra giả thuyết DID phát triển như một cách phản ứng với chấn thương tâm lý, nhất là những chấn thương tâm lý của trẻ em bị bạo hành. Thế nhưng những nghiên cứu mới đây về những hệ quả lâu dài của bạo hành trẻ em, người ta tìm được rất ít bằng chứng về việc trẻ em bị bạo hành lớn lên sẽ bị rối loạn xác định phân ly. Vì những trường hợp về DID được nghiên cứu dưới từng trường hợp riêng biệt, thế nên không thể tạo ra được kết luận dành chung cho tất cả bệnh nhân. Hơn nữa, chúng đa phần là dựa vào trí nhớ của người bệnh mà trí nhớ thì có thể lựa chọn, hoặc tái tạo lại bởi người bệnh cho phù hợp với những gì bác sĩ đoán (Oltmann & Emery, 2014).

Điều này nghĩa là sao? Có hai bộ phim nói về DID nổi tiếng là “Ba bộ mặt của Eve” và “Sybil”. Ngay khi hai bộ phim này vừa ra đời thì tỷ lệ người mắc DID tăng vọt trong thập niên tiếp theo. Vào năm 1980, khi APA chính thức chấp nhận bệnh thì con số bệnh nhân đã tăng lên đến hàng ngàn, trong khi trước đó bệnh này rất hiếm, chỉ có khoảng 100 trường hợp bệnh được ghi lại trên toàn thế giới trong các nghiên cứu từ trước cho tới năm 1980 (Haberman, 2014). Có một trường hợp bệnh nhân nghe y tá nói rằng bác sĩ nghi ngờ bà ta có thể mắc DID, thế là bà thay đổi triệu chứng của mình sao cho giống với triệu chứng của những người mắc DID. Thậm chí, bà còn tự tạo ra một nhân cách khác và đặt tên cho nó. Nhưng bà không trải nghiệm sự đứt đoạn trong ký ức. Trí nhớ

Rất ít nghiên cứu tìm ra nguyên nhân sinh lý gây ra DID. Một giả thuyết gần đây cho rằng những phần rời rạc trong vòng tròn ngủ - thức có thể giúp giải thích triệu chứng phân ly. Thí nghiệm về việc giảm giấc ngủ làm tăng trải nghiệm về phân ly và việc cải thiện giấc ngủ làm giảm sự phân ly đó trong một nghiên cứu khác ủng hộ giả thuyết này (Oltmann & Emery, 2014).

Vì những lý do trên mà DID vẫn còn nằm trong vòng tranh cãi. Nhiều chuyên gia cho rằng bệnh này không có thật khi có rất ít bằng chứng về nguyên nhân gây ra DID. Tuy nhiên cũng không thể phủ nhận rằng chấn thương tâm lý dù ít dù nhiều vẫn có ảnh hưởng lên đến tâm lý và nhân cách người bệnh (Oltmann & Emery, 2014).

ĐIỀU TRỊ

Từ thời Freud và Janet, phần lớn những phương pháp chữa trị DID tập trung vào việc giải phóng những ký ức bị che giấu. Các nhà khoa học thời ấy cho rằng sự phân ly sẽ biến mất nếu như những chấn thương tâm lý có thể phơi bày và được chấp nhận. Rất nhiều nhà chữa trị dùng biện pháp thôi miên để giúp bệnh nhân khám phá và sống lại trong những sự kiện chấn thương tâm lý đó. Tuy nhiên, không có một nghiên cứu nào cho thấy kết quả tích cực của phương pháp này. Nhiều

người còn lo lắng việc thôi miên có thể tạo nên triệu chứng phân ly hoặc những ký ức giả về việc bạo hành (Oltmann & Emery, 2014).

Hiện nay không có thuốc chữa trị DID vì có rất ít bằng chứng có liên quan đến sinh lý. Tuy nhiên, do người mắc bệnh này cũng thường mắc các bệnh tâm lý khác như rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu nên họ cũng thường dùng các thuốc chống trầm cảm hoặc chống lo âu. Nhưng những thuốc này chỉ có thể làm giảm căng thẳng chứ không thể chữa bệnh (Oltmann & Emery, 2014).

Mục tiêu chính của việc chữa trị là kết nối và thống nhất các nhân cách với nhau. Sau bốn năm điều trị thì nhân vật Mây nói trên đã nhập được hai nhân cách làm một. Tuy vẫn còn sự đề phòng và đấu đá giữa các nhân cách nhưng sự dung nhập này khiến Mây phần nào dễ dàng hơn trong việc quản lý các nhân cách còn lại (Spitzer, 2002)

Một số các bộ phim và tiểu thuyết mô tả người mắc DID như kẻ giết người hàng loạt và cho các nhân cách giao tiếp với nhau trong đầu người bệnh. Thật ra sự mô tả này không đúng lắm. Bản chất sự phân ly, hay nói cách khác là sự xuất hiện của những nhân cách khác là để bảo vệ cho nhân cách chính. Sự phân ly phản ánh khả năng bảo vệ một người trước những nguồn áp lực đang xâm chiếm bằng cách phân ly nhận thức (Dale, Flaten, & al, 2008)

DID TRONG VĂN HÓA

Một số bộ phim lẫn lộn triệu chứng giữa hai bệnh tâm thần phân liệt hoang tưởng và DID. Triệu chứng tâm thần phân liệt hoang tưởng là thường nghe thấy một giọng nói khác bên tai mình mang đầy vẻ tiêu cực, công kích và nghi ngờ kẻ khác, cho rằng tất cả mọi người đều mang ý

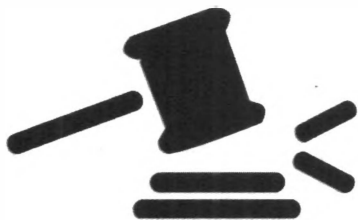
xấu. Nó khiến cho bệnh nhân làm ra hành vi tổn thương người khác như đánh nhau, chửi bới, hoặc thậm chí giết người. Vì người bệnh tâm thần phân liệt nghe tiếng nói khác vang lên trong đầu, họ nghĩ rằng mình có một nhân cách khác mà không biết rằng tiếng nói ấy vốn không có thật là hệ quả của sự rối loạn nội tiết tố, hoặc rối loạn thần kinh. Vì sự hiểu lầm này mà nhiều năm về trước, trong DSM-III, DID từng được cho là một dạng khác của bệnh tâm thần phân liệt nhưng thực tế hai bệnh này hoàn toàn khác nhau. Thế cho nên tới DSM-IV, DID đã được dời ra khỏi mục tâm thần phân liệt và được xếp vào rối loạn tách rời nhận thức. Người mắc DID hầu như không hề biết được sự tồn tại của các nhân cách khác cho đến khi họ đi khám và được nhân viên trị liệu cho biết.

Nhiều nhà nghiên cứu tranh luận rằng DID không thật sự tồn tại mà nó giống như là sự nhập vai vì người bệnh bị ảnh hưởng bởi mong muốn của chính bản thân họ và người trị liệu của họ. Lý do những nhà nghiên cứu này đưa ra là tỷ lệ mắc bệnh Rối loạn xác định phân ly giảm mạnh khoảng giữa những năm 1990 (sau khi bộ phim Sybil ra đời một khoảng thời gian). Và DID chỉ được chẩn đoán ở Mỹ và Canada, còn những nước khác trên thế giới thì rất hiếm. Điển hình là chỉ có 1 trường hợp ở Anh được ghi nhận trong 25 năm trở lại (Oltmann & Emery, 2014).

Thế nhưng vào năm 2012, một nhóm các nhà khoa học đã đăng bài nghiên cứu của mình, bác bỏ luận điểm rằng DID là hệ quả từ khuynh hướng tưởng tượng hay nhập vai. Họ đã dùng phương pháp chụp não so sánh những người có khuynh hướng tưởng tượng nhiều và những người có khuynh hướng tưởng tượng thấp với những người mắc rối loạn thật sự. Hai nhóm đầu đều được hướng dẫn nhập vai những giai đoạn phân ly (tức là giai đoạn

nhân cách phụ xuất hiện). Kết quả cho thấy, dù hai nhóm người này có thể nhập vào giai đoạn phân ly với nhân cách hoàn toàn khác biệt với nhân cách chính thì họ cũng vẫn không thể mô phỏng trạng thái sinh lý mà những người mắc rối loạn thật sự có trong lúc phân ly (Reinders, Willemsen, Vos, Boer, & Nijenhuis, 2012).

SỬ DỤNG DID ĐỂ BẢO CHỮA



Như đã nói ở phần trên, nhiều nhà nghiên cứu cho rằng DID không thực sự tồn tại mà đó là sự ảnh hưởng của nhà tâm lý trị liệu lên người bệnh. Trường hợp sau đây là một minh chứng cho điều trên. Martin Orne, nhà tâm lý học trị liệu và thôi miên nổi tiếng trên toàn thế giới đã thử “bẫy” Kenneth Bianchi hay còn gọi là “Kẻ thất cổ vùng Hillside”. Hắn đã siết cổ và giết chết 27 cô gái. Khi đưa ra tòa, các bằng chứng đều chỉ tội hắn nhưng hắn lại bảo mình có những lúc không nhớ gì và có khoảng trống trong ký ức về những đêm mà hắn phạm tội. Vì thế bên công tố đã chỉ định một nhà sức khỏe tâm lý khám cho hắn. Khi viên tâm lý này khám cho hắn ta thì ông nói “Tôi đã nói chuyện với Ken rồi, nhưng tôi nghĩ có một phần khác của Ken (gọi tắt của Kenneth) mà tôi chưa nói chuyện cùng.” Thế là Bianchi bảo rằng mình không phải là Kenneth mà là Steve, và Steve thì ghét Ken, và Steve chính là

người giết 27 cô gái kia. Có rất nhiều chuyên gia tranh cãi rằng triệu chứng DID của hắn không có thật. Orne đã kiểm tra bằng cách giả vờ gọi lên một triệu chứng mới cho Bianchi. Ông nói với hắn ta rằng, “Nếu cậu mắc DID thật thì cậu nên có một nhân cách thứ ba.” Vì khi được khám bởi nhà sức khỏe tâm lý thì Bianchi chỉ có nhân cách thứ hai tên là Steve. Nếu hắn ta thực sự đang giả bệnh thì hắn sẽ tự tạo cho mình một nhân cách thứ ba. Tất nhiên, nhân cách thứ ba, Billy, xuất hiện khi Bianchi giả vờ bị thôi miên. Trong lúc, hắn ta làm theo sự gợi ý của Orne là hãy tưởng tượng vị luật sư của hắn đang ở trong phòng. Bianchi còn thực sự bắt tay với vị luật sư tưởng tượng đó, một hành vi cực kỳ không bình thường với những người bị thôi miên. Và thế là Orne kết luận rằng Bianchi không mắc DID mà hắn mắc chứng rối loạn nhân cách phản xã hội. Lý do “bị điên” của Bianchi bị từ chối và hắn bị kết tội giết người.

Từ câu chuyện phía trên chúng ta có thể thấy rằng chuyên viên chữa trị có thể tác động lên bệnh nhân bằng những câu hỏi “dẫn đường” sai lầm như thế nào. Có nhiều trường hợp bệnh nhân không thực sự mắc DID, nhưng bởi vì họ muốn đáp lại sự kỳ vọng của chuyên viên chữa trị mà tự bắt buộc bản thân thể hiện những triệu chứng bệnh (Oltmann & Emery, 2014).

Dùng lý do như mắc DID để tránh tội rất hiếm khi thành công. Các tòa án hình sự không tiếp nhận bằng chứng chứng minh DID vì các bằng chứng khoa học không đáp ứng được tiêu chuẩn tin cậy (Farrell, 2011).

NỘI DUNG

Biên soạn: Nguyễn Đỗ Khả Tú

Biên dịch: Nguyễn Đỗ Khả Tú | Phạm Trần Đắc Thành | Trần Nguyệt Minh

CHƯƠNG 13

THÍ NGHIỆM ROSENHAN

KHÔNG ĐIÊN TRONG NƠI ĐIÊN

Bác sĩ tâm thần khẳng định rằng các rối loạn tâm thần **có thể được chuẩn đoán chính xác** thông qua các triệu chứng bệnh



Có nghĩa là họ sẽ **phân biệt được** “người điên” và “người không điên”



Thí nghiệm đầu tiên cho thấy “người không điên” cũng bị chuẩn đoán là “điên”



Thí nghiệm thứ hai cho thấy “người điên thật” có thể bị chuẩn đoán là đang giả mắc bệnh



TA KHÔNG THỂ PHÂN BIỆT NGƯỜI ĐIÊN HAY KHÔNG ĐIÊN TRONG CÁC BỆNH VIỆN TÂM THẦN



Chuẩn đoán bệnh tâm thần là khách quan, tuy nhiên nó thật ra là đánh giá chủ quan của mỗi người

Tuyên bố miễn trách: Chương này là bài tóm tắt thí nghiệm của người biên soạn.

Tham khảo: Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179, 250-258.

VỀ DAVID ROSENHAN

David Rosenhan sinh năm 1932 tại Mỹ. Sau khi tốt nghiệp Tâm lý học từ Cao đẳng Yeshiva, New York, ông theo học Thạc sĩ và Tiến sĩ tại ĐH Columbia. Chuyên ngành của ông là Tâm lý học lâm sàng và xã hội và là chuyên gia trong lĩnh vực trắc nghiệm pháp lý và quá trình đưa ra quyết định.

Từ năm 1957 đến 1970, ông dạy tại Swarthmore ĐH Princeton và Haverford sau khi chuyển tới Stanford và giảng dạy 30 năm tại đây.

Ông là Giáo sư danh dự tại Stanford về Tâm lý học và Luật. Ông là nghiên cứu sinh của Hiệp hội xúc tiến khoa học Mỹ và ĐH Oxford.

GIỚI THIỆU

Trong những năm 1960, Tâm thần học đối mặt với thách thức nghi ngờ nền tảng niềm tin từ những chuyên gia được gọi là “Chống bác sĩ tâm thần”. Nhóm người này cho rằng tâm thần học là một mô hình y tế về sức khỏe tâm thần, tuy nhiên lại không có triệu chứng thể lý và chế độ điều trị phần lớn bỏ qua nhu cầu và hành vi người bệnh.

Năm 1973, Rosenhan tiến hành nghiên cứu tìm hiểu giá trị của chẩn đoán tâm thần và được công bố vào năm 1975 dưới cái tên “*Về vấn đề không điên trong nơi điên*”. Ý tưởng bắt nguồn khi Rosenhan nghe một trong những bài giảng của R. D.Laing, ông đã tự hỏi có cách nào để kiểm nghiệm độ tin cậy của chẩn đoán tâm thần hay không. Nghiên cứu gồm hai

phần. Thí nghiệm đầu tiên sử dụng “*bệnh nhân giả*” – người chưa bao giờ có triệu chứng rối loạn tâm lý nghiêm trọng – sẽ giả bị ảo giác âm thanh để thử nhập vào bệnh viện tâm thần trên khắp nước Mỹ. Sau khi nhập viện, các bệnh nhân giả sẽ không nói có biểu hiện ảo thanh nữa và tỏ ra bình thường. Dù vậy, nhiều “bệnh nhân giả” bị giữ lại trong bệnh viện một thời gian và tất cả họ được xuất viện với chẩn đoán mắc bệnh tâm thần.

Thí nghiệm thứ hai, nhân viên ở một bệnh viện, những người biết đến thí nghiệm đầu tiên ở trên, được thông báo rằng một hay nhiều “bệnh nhân giả” sẽ thử nhập viện trong vòng ba tháng tới. Nhiều bệnh nhân sau đó bị nghi ngờ là giả, tuy nhiên Rosenhan đã không cử ai tới cả.

THÍ NGHIỆM ĐẦU TIÊN

MẪU THỬ

Trong thí nghiệm này, Rosenhan lập một nhóm “*bệnh nhân giả*” gồm 8 người hoàn toàn bình thường (cả chính ông) trong đó có 3 nhà tâm lý, 1 thầy thuốc khoa nhi, 1 nhà tâm bệnh, 1 họa sĩ, 1 nội trợ (tất cả có 3 phụ nữ và 5 nam giới).

QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN

Họ được thông báo trước để tìm cách nhập viện vào các bệnh viện tâm thần

khác nhau ở năm bang nước Mỹ. Sau khi gọi tới bệnh viện lên lịch hẹn, “bệnh nhân giả” đến phòng tiếp nhận và phàn nàn là họ thường xuyên nghe thấy tiếng nói.

Khi được hỏi là nghe thấy gì, họ trả lời là thường không rõ, họ nghe những tiếng xa lạ của cùng một người hoặc nam hoặc nữ (cùng giới tính với “bệnh nhân giả”), nói lên những từ ngữ mơ hồ như “trống”, “rỗng”, “tôm”. Điều này có thể được coi là cảm giác một trải nghiệm trống rỗng. Họ cũng được thông báo khai gian tên và

nghề nghiệp, tuy nhiên lý lịch cá nhân là các câu chuyện thật.

Tất cả đều được cho nhập viện và bị chẩn đoán tâm thần phân liệt mặc dù không hề biểu hiện các triệu chứng bệnh. Thời gian trung bình các “bệnh nhân giả” trong bệnh viện là 19 ngày. Trong khoảng thời gian này họ đều hành xử bình thường.

VÀI ĐIỂM LƯU Ý

Họ đều có sổ tay để ghi chép và lưu lại cảm nhận trải nghiệm của mình, một cách giấu diếm lúc đầu nhưng sau đó hoàn toàn mở. Không ai quan tâm, ngược lại trong bệnh án của họ có nhận xét là “bệnh nhân biểu hiện hành vi ghi chép”.

Tiếp xúc ánh mắt hay lời nói phản ánh mối quan tâm và tính cá nhân, không có nó sẽ phản ánh sự tránh né và mất nhân cách. Bệnh nhân bị đánh đập tệ hại bởi nhân viên chỉ vì đưa ánh mắt. Sự bất lực xuất hiện khắp nơi. Đôi khi, sự mất nhân cách làm cho “bệnh nhân giả” có cảm giác như họ vô hình, hay không đáng một xu.

Thất bại đồng loạt trong việc nhận ra “người/ sự bình thường” không chỉ do chất lượng của bệnh viện dù có sự khác biệt đáng kể giữa các bệnh viện, một số còn là bệnh viện khá tốt. Cũng không thể nói rằng chỉ đơn giản là nhân viên không có đủ thời gian để quan sát “bệnh nhân giả”.

THÍ NGHIỆM THỨ HAI

QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN

Trong thí nghiệm này, nhân viên ở một bệnh viện, những người biết đến thí nghiệm đầu tiên ở trên, được thông báo rằng một hay nhiều “bệnh nhân giả” sẽ thử nhập viện trong vòng ba tháng tới. Mỗi nhân viên sẽ phải đánh giá mức độ mỗi người bệnh nhập viện có thể là “bệnh nhân giả” trên thang điểm 10, với 1 và 2 sẽ là rất chắc chắn đây là “bệnh nhân giả”.

Các đánh giá này được dựa trên 193 người bệnh được nhận vào điều trị tâm thần. Tất cả nhân viên bệnh viện có tiếp xúc hay phụ trách người bệnh – quản giáo, y tá, bác sĩ tâm thần, bác sĩ, y sĩ và

nhà tâm lý học – đều được yêu cầu đánh giá.

KẾT QUẢ KINH NGẠC

41 bệnh nhân bị nhận định với độ tự tin cao, là “bệnh nhân giả” bởi ít nhất một nhân viên. 23 người bị nghi ngờ bởi ít nhất một bác sĩ tâm thần. 19 người bị nghi ngờ bởi ít nhất một bác sĩ tâm thần và một nhân viên. Nhưng trên thực tế, không có “bệnh nhân giả” nào từ nhóm của Rosenhan đến trong thời gian đó.

Thí nghiệm của Rosenhan tạo ra tranh cãi nảy lửa và khiến nhiều tổ chức tiến hành cải tạo cách thức chăm sóc bệnh nhân.

NỘI DUNG

NHÓM TÁC GIẢ

NGUYỄN KHÁNH LINH

Nguyễn Khánh Linh là một người mắc rối loạn tâm lý, cụ thể là rối loạn lo âu và rối loạn hoảng sợ từ năm 10 tuổi. Trong suốt 11 năm sau đó, cô vẫn không tìm được sự giúp đỡ cần thiết cũng như những giải đáp thỏa đáng về những triệu chứng của mình. Năm 2012 khi chuẩn bị tốt nghiệp Đại học FPT, cô bắt đầu tham gia các cộng đồng hỗ trợ người bị rối loạn tâm lý tại nước ngoài, vừa để tìm hiểu và cũng vừa để giúp đỡ người khác. Sau đó, Khánh Linh theo học Thạc sĩ về chuyên ngành Knowledge Engineering (một phân nhánh của Khoa học máy tính) tại trường Đại học Quốc gia Singapore (NUS). Trong thời gian này, ngoài việc tập trung vào chuyên ngành của mình, Khánh Linh vẫn có thời gian tiếp xúc nhiều hơn với các tài liệu chuyên sâu về tâm lý học, tâm lý học lâm sàng và tâm lý học dị thường ở thư viện trường cũng như các hiệu sách. Bên cạnh đó, Khánh Linh cũng tham gia các phiên trị liệu, tham vấn khác nhau từ các bác sĩ, nhà trị liệu tâm lý giỏi tại Singapore.

Vào tháng 4 năm 2015 khi chuẩn bị tốt nghiệp Thạc sĩ tại NUS, sau khi đọc được fanpage Cái Hố Đen, Khánh Linh nhận ra có rất nhiều người có vấn đề về tâm lý hoặc nặng hơn nhưng lại không nhận được sự cảm thông và thấu hiểu từ cộng đồng. Vì vậy với vốn kiến thức ban đầu của mình, cô đã định lập ra một trang blog cá nhân mang tên Beautiful Mind VN (tên Beautiful Mind VN được lấy cảm hứng từ bộ phim A Beautiful Mind – kể về cuộc đời của nhà toán học thiên tài John Nash, người mắc chứng tâm thần phân liệt), để viết về những hiểu biết và trải nghiệm riêng của mình về các chứng rối loạn tâm lý. Thế nhưng sau đó, dự án nhỏ này được rất nhiều người trong ngành ủng hộ, và một trong những người đó là Nguyễn Đỗ Khả Tú – một người bạn và là một người đồng hành cùng cô trong việc xây dựng nội dung cho Beautiful Mind VN. Từ đó, Khánh Linh cùng các bạn quyết định mở rộng quy mô của Beautiful Mind VN thành tổ chức phi lợi nhuận đầu tiên ở Việt Nam về sức khỏe tâm lý, và nhận được nhiều lời khen của cộng đồng.

Khánh Linh mong muốn không ai phải trải qua những gì cô từng trải qua trong suốt 11 năm đơn độc, không có kiến thức hay sự chia sẻ nào về các rối loạn tâm lý. Vì vậy, Khánh Linh mong rằng bạn đọc của Beautiful Mind VN nói riêng, cũng như những bạn có hứng thú với tâm lý học nói chung sẽ tìm được sự đồng cảm và những kiến thức dù ít ỏi nhưng quý báu trong cuốn sách này.

NGUYỄN ĐỖ KHẢ TÚ

Nguyễn Đỗ Khả Tú (bút danh: Hải Đường Tĩnh Nguyệt) sinh năm 1991 ở Biên Hòa, Đồng Nai. Cô tốt nghiệp loại ưu ngành Sinh Học ở trường đại học Rutgers, bang New Jersey, Mỹ

vào năm 2015. Hiện tại cô đang làm nghiên cứu và phát triển thiết bị kiểm tra y tế tại một công ty nghiên cứu kỹ thuật y sinh học tại bang New Jersey.

Trong khoảng thời gian du học ở Mỹ, Khả Tú đã từng có khoảng thời gian gặp khó khăn với những cơn trầm cảm mà thậm chí lúc ấy cô còn không biết đến rối loạn trầm cảm chủ yếu là gì. Những trải nghiệm đó khiến cô nhận ra việc thiếu hụt thông tin về sức khỏe tâm lý là rào cản chủ yếu trên con đường hồi phục. Kể từ đó Khả Tú bắt đầu dịch các bài viết liên quan tới các dạng rối loạn tâm lý, cùng với những bài thực hành lối sống lành mạnh với mong muốn có thể đưa kiến thức tâm lý đến gần mọi người hơn và giúp đỡ những bạn có cùng hoàn cảnh như cô. Năm 2015, cô cùng với Khánh Linh lập ra tổ chức phi lợi nhuận Beautiful Mind VN, tổ chức đầu tiên cung cấp trợ giúp, sơ cứu và tư vấn ngang hàng miễn phí tại Việt Nam.

Thông qua cuốn sách này, Khả Tú hy vọng có thể nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm lý trong cộng đồng Việt Nam và làm giảm các định kiến về rối loạn tâm lý, tạo điều kiện cho người bệnh có một môi trường sống thuận lợi cho việc hồi phục hơn. Ước mơ lâu dài của Khả Tú là được vào ngành y. Cô mong muốn được học tập và nghiên cứu sâu hơn về lĩnh vực tâm thần học và thần kinh học.

NGUYỄN THANH HÀ

Nguyễn Thanh Hà theo học thạc sĩ về Sức khỏe tâm lý toàn cầu tại King's College London, nơi cô được học hỏi rất nhiều về việc cải thiện sức khỏe tâm lý ở các nước kém phát triển. Cô đã làm tình nguyện cho Beautiful Mind Vietnam trong hai năm và hiện đang là một trong những thành viên trụ cột. Cô nhận thấy rằng mọi người luôn muốn được vui vẻ, hạnh phúc và bình yên, nhưng chúng ta thường không giữ được điều đó trước các áp lực của cuộc sống; hay đôi khi, chúng ta không biết phải làm thế nào khi có điều gì đó không ổn trong cảm xúc và suy nghĩ của bản thân. Vì thế, Hà mong kiến thức về sức khỏe tâm lý và các kỹ năng để duy trì một tâm trí khỏe mạnh sẽ được phổ biến hơn tới cộng đồng; đồng thời các dịch vụ hỗ trợ sẽ đầy đủ hơn.

Cô được đào tạo kỹ năng nâng cao và giáo dục sức khỏe khi theo học cử nhân về sức khỏe môi trường và y tế công cộng. Hiện tại, công việc của Hà là kết nối khoa học với cộng đồng, để cộng đồng được trang bị những kiến thức khoa học cơ bản có ích cho sức khỏe và đời sống hằng ngày, cũng như các nhà khoa học và nhà nghiên cứu có thể hiểu hơn về nhu cầu thiết thực của cộng đồng. Nói về động lực làm việc, Hà cho biết: "Mình chẳng có một câu chuyện đặc biệt hay phi thường gì về bản thân. Đơn giản là mình chỉ muốn được thấy nụ cười của những người mình yêu thương. Cuộc sống đôi khi rất khó khăn, và thật khó để giữ

cho bản thân luôn lạc quan; nhưng ít nhất, với một sức khỏe tốt, chúng ta sẽ có đủ năng lượng và đầu óc tỉnh táo để giải quyết các vấn đề.”

HƯƠNG NGUYỄN | CHỦ BIÊN

Hương Nguyễn lên ý tưởng thành lập EzPsychology với mong muốn đưa tâm lý học tới gần hơn với các bạn trẻ yêu thích bộ môn tại Việt Nam. Khi mới thành lập vào cuối năm 2014, EzPsy tập trung vào các video song ngữ Anh-Việt và được mời tạo các khóa học về tâm lý học trên zuni.vn và zing.vn; Hương cũng là cố vấn bộ môn tâm lý học trên trang kienhoc.vn. Sau thành công của video series, Hương “rủ rê” nhóm cộng sự cùng bắt đầu bộ sách “Tâm lý học trong nháy mắt” và giờ bạn đang cầm trên tay Tập 4 – Tâm lý học dị thường được thai nghén qua sự hợp tác tuyệt vời giữa Beautiful Mind Vietnam và EzPsy.

Hương Nguyễn là nghiên cứu viên tại Trung tâm về quản trị, tổ chức và doanh nghiệp, Đại học quốc gia Singapore (NUS). Hương tốt nghiệp cử nhân tâm lý học tại Đại học Murdoch, Úc (chuyên ngành Tâm lý học tổ chức); Thạc sĩ quản trị kinh doanh tại Đại học Anglia Ruskin, Vương Quốc Anh và là thành viên của Hiệp hội tâm lý học Hoa Kỳ. Mảng nghiên cứu Hương quan tâm bao gồm tâm lý học giáo dục, tâm lý học tổ chức và quản trị doanh nghiệp. Ngoài công việc nghiên cứu, Hương cũng là trợ lý biên soạn, cùng GSTS John Elliot, cho tài liệu của bộ môn PL1101E – Tâm lý học đại cương trên trang học tập trực tuyến tích hợp tại NUS.

LỜI CẢM ƠN

“Cuộc sống không phải luôn trải màu hồng, nhưng sự hiểu biết và nhận định về bản thân (biết người biết ta) sẽ không chỉ giúp chúng ta tồn tại mà còn vượt qua những thử thách, khó khăn phía trước.”

- Sarah Ban Breathnach (Tác giả cuốn Simple Abundance)

Hành trình để hoàn thành cuốn sách này có thể nói là một chuyến tàu lượn siêu tốc cảm giác mạnh đầy thú vị. Có nhiều thời điểm khó khăn do lượng biên soạn và dịch bài nhiều như núi, có những tranh luận khi lựa nội dung nào hay nhất để cho vào sách, và có những đêm dài ngày rộng để sửa bài, chạy deadline. Chúng tôi cảm ơn lẫn nhau cho sự kiên trì đấu tranh đến cùng để cung cấp cho bạn đọc một ấn phẩm tốt nhất, cho những phản hồi mang tính xây dựng để tốt còn tốt hơn, và hơn cả, là cho sự góp mặt trong cuộc hành trình này.

Chúng tôi muốn nhân cơ hội này gửi lời cảm ơn đến độc giả của bộ sách Tâm lý học trong nháy mắt từ tập 1. Cảm ơn bạn đã tag ảnh với #ezpsychology, #psychologyexpress, #tamlyhoctrongnhaymat. Không gì tuyệt vời hơn khi biết rằng các bạn yêu thích bộ sách này. Và chúng tôi cũng muốn được gửi lời cảm ơn đến cộng đồng trên trang Facebook của Vietpsychology và Beautiful Mind Vietnam.

Một cái tên quan trọng không thể không nhắc đến đó là Trithuctrebooks. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới sự giúp đỡ vô bờ bến của họ trong việc hiệu đính, liên lạc xuất bản và phân phối các tập sách tới nhà sách trên toàn quốc. Tâm lý học trong nháy mắt sẽ không thể thành công nếu không có sự hợp tác tuyệt vời này.

Ngoài ra, hơn tất cả, chúng tôi xin gửi lời tri ân tới gia đình, người thân và bạn bè, những trụ cột tinh thần vững chắc đã luôn khích lệ, truyền sức mạnh với tình yêu bao la vô điều kiện của họ.

Thay mặt nhóm Beautiful Mind Vietnam và EzPsychology, xin chân thành cảm ơn!

Hương Nguyễn

Sáng lập EzPsychology

**“Combo 3 cuốn thần thánh còn 2 cuốn là đủ bộ.
Ngắn thôi: cô đọng-chuyên môn-cập nhật.
#hailong ”**

@HùngHuỳnh N.V

**“Lâu nay đọc sách toàn chữ với chữ. Hôm nay
gặp được em này là yêu em ngay từ cái nhìn
đầu tiên. (Bạn nào đã mua chắc sẽ hiểu ý
Vương nói). Quá gần gũi, dễ thương với Con
già Gold Fish 19t. Cảm ơn #ezpsychology ”**

@nt_vuong

**“Nửa đêm bóc tập mới thì thấy có chữ kí của
nhóm #ezpsychology. Đọc tiếng Việt còn mãi
mới thấm mà có cả song ngữ xong rồi từ
chuyên ngành các cụm này nọ, bộ flashcard
song ngữ nữa hooyay”**

@lnhlu

