PAUL BENNETT

TÂM LÍ HỌC DỊ THƯỜNG VÀ LÂM SÀNG

ABNORMAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY

An introductory textbook

Paul Bennett

(First Published 2003)

Open University Press
Maidenhead - Philadelphia

http://www.ebook.edu.vn

Biên dịch:

PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

Những người tham gia dịch:

Nguyễn Ngọc Diệp: chương 8, chương 11

Nguyễn Hạnh Liên: chương 7, chương 12

Lý Nguyễn Thảo Linh: chương 4, chương 9

Th.S. Trần Thành Nam: chương 2, chương 13

Phương Hoài Nga: chương 5, chương 15

Hiệu đính:

PGS.TS. Ngô Ngọc Tản

LỜI NÓI ĐẦU

Để có thêm tài liệu tham khảo cho giảng viên và sinh viên, Khoa Tâm lí học Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn - Đại học Quốc gia tổ chức biên dịch quyển sách: Tâm lí học dị thường và lâm sàng của tác giả P. Bennett. Nội dung quyển sách vừa bao gồm những kiến thức cơ bản lại vừa cập nhật những thông tin mới về tâm lí lâm sàng và dị thường. Để tiện cho bạn đọc theo dõi, chúng tôi cũng xin được trình bày đôi điều về bản dịch.

Trước hết về mặt thuật ngữ. Hiện nay trong các tài liệu tâm lí học dịch từ tiếng nước ngoài sang tiếng Việt còn có sự khác nhau về việc dùng từ. Các nhà tâm lí học trong nước vẫn đang tiếp tục biên soạn những bộ từ điển tâm lí học với quy mô lớn để có thể có được sự thống nhất chung về thuật ngữ. Trong tài liệu này, chúng tôi dịch một số thuật ngữ như sau:

Abnormal - dị thường. Theo quan niệm chung hiện nay, abnormal bao gồm không chỉ là sự lệch lạc (deviance) mà cả đau khổ (disstress), rối loạn chức năng (dysfunction) và nguy hiểm (dangerous). Tất nhiên thuật ngữ dị thường cũng chưa chuyển tải được đầy đủ nội dung của abnormal.

Cũng có những từ, tuỳ theo trường hợp mà được dịch khác nhau, ví dụ, exposure: phơi nhiễm, đối mặt. Để tiện theo dõi, khi thấy cần, chúng tôi dẫn thêm tiếng Anh (để trong ngoặc đơn). Tuy nhiên cũng có những từ chúng tôi để nguyên, cụ thể là placebo. Placebo không chỉ dưới dạng thuốc mà còn ở dạng tâm lí. Do vậy nếu dùng thuật ngữ giả dược thì chưa thể hiện được đầy đủ nội dung của từ. Trong nhiều tài liệu, nhất là những tài liệu tâm thần, chữ placebo không còn là hiếm gặp. Thiết nghĩ từ này cũng đang trong quá trình Việt hoá như một số từ khác, ví dụ như test.

Trong quá trình dịch, chúng tôi hạn chế dùng từ viết tắt tiếng Việt. Riêng các từ viết tắt tiếng Anh, chúng tôi để nguyên. Giúp cho bạn đọc dễ theo dõi, chúng tôi hệ thống lại những từ viết tắt ở phần đầu quyển sách.

Mặc dù đã có cố gắng song sách dịch khó tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được sự phê bình đóng góp ý kiến của bạn đọc. Nhân dịp này, thay mặt những người dịch, chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu và các Phòng Ban, Khoa Tâm lí học Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn đã tạo điều kiện, hỗ trợ, động viên chúng tôi dịch quyển sách này. Chúng tôi cũng xin được cảm ơn PGS.TS. Ngô Ngọc Tản đã giúp chúng tôi hiệu đính bản dịch.

Thay mặt những người dịch

PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

Tiếng Việt

cs	Cộng sự
DTTK	Dẫn truyền thần kinh
RLSKTT	Rối loạn sức khoẻ tâm thần
RLTT	Rối loạn tâm thần
SKTT	Sức khoẻ tâm thần
TTPL	Tâm thần phân liệt

Tiếng Anh

AA	Hội những người không uống rượu (Alcoholics anonymous)
AD	Bệnh Alzheimer (Alzheimer disease)
ADHD	Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention-deficit/hyperactivity disorder)
DID	Rối loạn xác định phân li (Dissocitive indentity disorder)
DSM	Sách chẩn đoán và thống kê (Diagnostic and statistical manual)
ECT	Sôc điện (Electroconvulsive therapy)
EMDR	Giải mẫn cảm vận động mắt và tái xử lí (Eye movement desensitization and reprocessing)
GABA	Gamma aminobutyric acid
GAD	Rối loạn lo âu lan toả (Generalized anxiety disorder)
GID	Rối loạn xác định giới (Gender indentity disorder)
ICD	Phân loại bệnh Quốc tế (International classification of diseases)
ITP	Trị liệu liên nhân cách (Interpersonal therapy)
MAOIs	Monoamine oxidase inhibitors
MMR	Sởi, quai bị, sốt phát ban (Measles, mumps, rubella)
MS	Xơ vữa rải rác (Multiple sclerosis)
NEE	Thể hiện cảm xúc âm tính (Negative expressed emotion)

http://www.ebook.edu.vn

NIH	Các viện sức khoẻ Quốc gia (National institutes of health)
NIMH	Viện sức khoẻ tâm thần Quốc gia (National institute of mental health)
NMDA	N-methyl-D-aspartate
OCD	Rối loạn ám ảnh-cưỡng bức (Obsessive-compulsive disorder)
PTSD	Rối loạn stress sau sang chấn (Post-traumatic stress disorder)
SAD	Rối loạn cảm xúc theo mùa (Seasonal affective disorder)
SSRI	Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (Selective serotonin re-uptake inhibitors)

0

MỤC LỤC

		Tr
	PHẦN I: CƠ SỞ VÀ PHƯƠNG PHÁP	
Chương 1	**Nhập môn**	11
	Những quan điểm hiện đại về tính dị thường	11
	Tổng quan lịch sử	13
	Những vấn đề chẩn đoán	16
	Nguyên nhân các vấn đề sức khoẻ tâm thần	24
	Mô hình sinh-tâm-xã hội	32
Chương 2	**Các trường phái tâm lí học**	36
	Tiếp cận phân tâm	36
	Tiếp cận hành vi	44
	Tiếp cận nhận thức	50
	Tiếp cận nhân văn	58
	Các liệu pháp có hiệu quả như thế nào	64
Chương 3	**Giải thích và trị liệu sinh học**	67
	Giải phẫu hành vi não	67
	Trị liệu bằng thuốc	73
	Trị liệu sốc điện	80
	Phẫu thuật tâm thần	82
Chương 4	**Bên ngoài cá nhân**	86
	Mô hình gia đình các rối loạn sức khoẻ tâm thần	86
	Lí giải tâm lí xã hội về những vấn đề sức khoẻ tâm thần	93
	Dự phòng những vấn đề sức khoẻ tâm thần	99
Chương 5	**Tiến trình trị liệu**	105
	Những vấn đề đánh giá	105
	Làm việc qua vấn đề	108
	Kết thúc trị liệu	110
	Ai có lợi nhiều nhất từ trị liệu	111
	Điều gì làm nên một nhà trị liệu giỏi	114
	Những yếu tố trong phạm vi trị liệu	116
	PHẦN II. NHỮNG VẤN ĐỀ CHUYÊN BIỆT	
Chương 6	**Tâm thần phân liệt**	122
	Bản chất của tâm thần phân liệt	122
	Tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt của DSM	124
	Phê phán tâm thần phân liệt	125
	Nguyên nhân tâm thần phân liệt	126

http://www.ebook.edu.vn

	Điều trị tâm thần phân liệt	137
Chương 7	**Rối loạn lo âu**	144
	Rối loạn lo âu lan toả	144
	Rối loạn hoảng sợ	151
	Rối loạn ám ảnh cưỡng bức	158
Chương 8	**Rối loạn khí sắc**	169
	Trầm cảm chủ yếu	169
	Tự sát	180
	Rối loạn cảm xúc theo mùa	184
	Rối loạn cảm xúc lưỡng cực	187
Chương 9	**Các rối loạn liên quan đến sang chấn**	194
	Rối loạn stress sau sang chấn	194
	Trí nhớ được phục hồi	203
	Rối loạn xác định phân li	208
Chương 10	**Rối loạn tình dục**	219
	Rối loạn chức năng tình dục	219
	Co thắt âm đạo	222
	Loạn dục đa dạng	223
	Loạn dục với trẻ em	224
	Loạn dục cải trang	232
	Rối loạn xác định giới	236
Chương 11	**Rối loạn nhân cách**	243
	Các rối loạn nhân cách	243
	Rối loạn nhân cách ranh giới	249
	Nhân cách chống đối xã hội và nhân cách bệnh	255
Chương 12	**Rối loạn ăn**	272
	Chán ăn tâm lí	272
	Cuồng ăn tâm lí	273
Chương 13	**Rối loạn phát triển**	293
	Khó học	293
	Tự kỉ	301
	Rối loạn tăng động-giảm chú ý	309
Chương 14	**Rối loạn thần kinh**	319
	Bệnh Alzheimer	319
	Chấn thương sọ não	328
	Xơ vữa rải rác	332

Chương 15 **Nghiện** 340
Các chất gây nghiện và phụ thuộc chất gây nghiện 340
Lạm dụng rượu 342
Sử dụng heroin 350
Đánh bạc bệnh lí 357
Tài liệu tham khảo 365

PHẦN I

Cơ sở và phương pháp

Chương 1
NHẬP MÔN

Chương này giới thiệu những vấn đề của tâm lí học dị thường, trong đó có nhiều vấn đề được bàn sâu ở các phần sau. Bắt đầu bằng khái niệm về tâm lí học dị thường và nó liên quan như thế nào đến sức khoẻ tâm thần (SKTT); sự thay đổi quan niệm qua từng thời kì trước khi xem xét đến các cách thức hình thành những vấn đề về SKTT. Chương tiếp theo sẽ khảo sát một số yếu tố liên quan đến sự phát triển các rối loạn SKTT, tập trung vào các khía cạnh: di truyền, sinh học, tâm lí, xã hội và gia đình. Cuối cùng sẽ giới thiệu tiếp cận sinh-tâm-xã hội. Đây là cách tiếp cận nhằm tích hợp các yếu tố khác nhau vào một mô hình chung. Sau khi đọc hết chương, các bạn có thể nắm được những vấn đề sau:

- Các quan điểm hiện đại về sự dị thường
- Lịch sử các quan điểm và trị liệu dị thường
- Những vấn đề về chẩn đoán: các hệ thống phân loại chẩn đoán then chốt và những phương án lựa chọn của chúng
- Mô hình nguyên nhân các vấn đề SKTT: di truyền, sinh học, tâm lí, văn hoá-xã hội và hệ thống hoặc gia đình
- Tiếp cận sinh-tâm-xã hội.

Những quan điểm hiện đại về tính dị thường

Quyển sách này tập trung vào những yếu tố liên quan đến những vấn đề về SKTT và việc trị liệu chúng. Mặc dù với tên gọi như thế song nó bao gồm cả những người được xem là "dị thường" nếu như họ được xác định là dị thường theo nghĩa "lệch chuẩn". Tất nhiên có thể dẫn ra nhiều định nghĩa khác nhau về tính dị thường song không có một định nghĩa nào bao trùm được toàn bộ mọi khía cạnh của các vấn đề SKTT.

- *Dị thường về mặt thống kê* hàm ý những người khác biệt về mặt thống kê so với chuẩn: càng xa chuẩn, tính dị thường càng lớn. Tuy nhiên điều này cũng không nhất thiết phải hiểu rằng đó là rối loạn tâm thần (RLTT). Những người hết sức ấn tượng, tham gia vào những môn thể thao mạo hiểm hoặc đạt được những thành tựu rất đặc biệt trong công việc của họ đều là những người khác thường. Tuy nhiên họ không phải là những người có những vấn đề về SKTT.
- *Dị thường về trắc nghiệm tâm lí* được hiểu là những sai biệt so với chuẩn thống kê dạng như IQ trung bình của dân cư là 100. Trong trường hợp IQ dưới 70 - 75 thì có thể được xác định như là có những khó khăn về học tập và thích ứng với cuộc sống. Tuy nhiên những vấn đề liên quan đến IQ thấp của các cá nhân cũng rất khác nhau bởi nó còn phụ thuộc vào hoàn cảnh sống của các cá nhân đó. Hơn thế nữa, nếu một người đạt được điểm cao ở phía bên kia của phổ IQ, ví dụ, hơn

http://www.ebook.edu.vn

30 điểm so với chuẩn thì không thể cho rằng đó là những người dị thường và càng không thể nói có những vấn đề RLTT.

- *Mô hình không tưởng* cho rằng chỉ có những người nào đạt được mức độ tối đa so với khả năng của mình trong cuộc sống thì họ mới không có những vấn đề về SKTT. Tuy nhiên ngay cả những người đưa ra mô hình như vậy (ví dụ, Rogers, 1961: xem chương 3) thừa nhận rằng chỉ có một số rất ít người đạt được khả năng tối đa của mình. Và theo mô hình này có thể đưa ra nhận định rằng phần lớn dân cư đều sai lệch so với trạng thái tâm thần tối ưu và trong một chừng mực nào đó đều có những vấn đề về SKTT. Như vậy không loại trừ một điều rằng sự nghèo nàn về SKTT lại có thể được xem như là chuẩn mực.
- *Sự hiện diện của hành vi dị thường hoặc lệch lạc* có lẽ là gần nhất với những mô hình đơn giản để thấu hiểu về sự dị thường như là những khía cạnh liên quan đến những vấn đề về SKTT bởi lẽ nó đã hàm ý những hành vi lệch chuẩn. Tuy nhiên chỉ một tiêu chuẩn đơn giản như vậy thôi là chưa đủ. Không phải tất cả những người có các vấn đề về SKTT đều là những người có hành vi lệch lạc và không phải tất cả những hành vi lệch lạc đều là dấu hiệu của vấn đề về SKTT.

Những mô hình phức tạp hơn về tính dị thường xem hành vi dị thường là dấu hiệu của những vấn đề về SKTT khi:

- Nó là hậu quả của những quá trình tâm lí bị sai lệch
- Nó là nguyên nhân hoặc hậu quả của rối loạn stress và /hoặc rối loạn chức năng
- Nó vượt ra khỏi khuôn khổ của một đáp ứng thông thường với những tình huống cụ thể.

Còn tiêu chuẩn thứ tư là: một cá nhân có thể đặt mình vào nguy hiểm khi có cách nhìn sai lệch về thế giới mặc dù điều này cũng ít gặp ở những người được coi là có những vấn đề về SKTT. Những tiêu chuẩn này có thể khái quát thành "4D" (Deviance - lệch chuẩn; Distress - đau buồn; Dysfunction - rối loạn chức năng và Dangerous - nguy hiểm). Nhìn chung những tiêu chuẩn này đều đúng song vẫn có những ngoại lệ quan trọng. Ví dụ, loạn dục với trẻ em không phải là do rối loạn stress cá nhân, còn những người có hành vi nhân cách bệnh cũng không cảm thấy hối hận về hành động của mình.

Mặc dù những tiêu chuẩn này đưa ra một cách tổng thể về cái gì là RLTT, cái gì không phải, song những tiêu chuẩn như vậy có thể khác nhau trong những nhóm, xã hội và thời kì khác nhau. Việc định nghĩa RLTT, lệch chuẩn hoặc dị thường là do xã hội và những định nghĩa như vậy không phải là tuyệt đối. Ở một số nước, những người tự nhìn thấy mình và nói chuyện với mình thì được xem như là thông thái, có một sức mạnh đặc biệt. Ở một số nước khác, những người như vậy được coi là có bệnh loạn thần và cần phải được điều trị. Ví dụ, ở Puerto Rico, có ai đó tin rằng xung quanh anh ta có rất nhiều linh hồn thì đó là chuyện bình thường. Còn ở Anh, nếu với niềm tin như vậy, anh ta phải vào viện điều trị nội trú với chứng bệnh tâm thần phân liệt (TTPL). Trở lại với hành động đua xe như là ví dụ về

hành vi dị thường song đó cũng chỉ là quan niệm của một số nhóm xã hội còn một số khác lại cho rằng hành vi đó là chấp nhận được, thậm chí có người còn coi đó là hành vi đáng khâm phục.

Trong một số trường hợp, hành vi khác thường nào đó của một cá nhân có thể được gán cho cái mác lập dị - cái mác đó còn dễ chịu hơn nhiều so với "điên" và "bệnh tâm thần". Vậy nhãn mác nào có thể làm thay đổi mức độ khác biệt của cá nhân so với chuẩn, có bao nhiêu hành vi của anh ta là dị thường và những người khác cảm nhận các hành vi đó như thế nào. Tuy nhiên những nhãn mác được quy gán này có ảnh hưởng rất lớn đến cá nhân. Có thể dẫn ra một ví dụ rất đặc biệt trong nghiên cứu kinh điển của Rosenhan (1973). Trong nghiên cứu này, ông đã hướng dẫn cho một nhóm sinh viên đóng giả bị loạn thần bằng cách họ cho rằng nghe thấy tiếng nói trong đầu - hiện tượng ***ảo giác***. Thí nghiệm này nhằm nghiên cứu quá trình chẩn đoán và nội trú tại bệnh viện. Đúng như Rosenhan dự đoán, hầu hết các sinh viên đều được nhận vào viện với chẩn đoán TTPL. Điều đáng ngạc nhiên hơn là sau khi sinh viên thôi đóng kịch và thú nhận trò đùa của mình, rất nhiều bác sĩ tâm thần sử dụng đó như là bằng chứng về "bệnh". Cũng phải mất vài tuần, các sinh viên mới được ra viện và một số người kèm theo chẩn đoán "TTPL thuyên giảm".

Tổng quan lịch sử

Những giải thích về "điên loạn" đã có từ rất lâu trong lịch sử và nó cũng có những thay đổi đáng kể qua từng thời kì. Ghi chép của người Trung Hoa, Do Thái, Ai Cập cổ đại đã mô tả những hành vi kì dị là của ma quỷ. Cho đến thế kỉ thứ nhất trước công nguyên, những giải thích chủ yếu theo góc độ sinh học. Ví dụ, Hippocrates cho rằng hành vi dị thường là sự mất cân bằng giữa 4 loại thể dịch trong cơ thể: mật vàng, mật đen, máu và chất nhầy. Ví dụ, dư thừa mật vàng sẽ gây ra hưng cảm; thừa mật đen gây ra trầm cảm.Việc trị liệu là nhằm làm giảm mức độ của chất dịch tương ứng bằng nhiều cách khác nhau. Ví dụ, làm giảm mức độ của mật đen bằng cách sống cuộc sống bình lặng, ăn rau là chủ yếu, không dùng rượu, tập thể dục và kiêng quan hệ tình dục. Mặc dù có những bằng chứng cho thấy trong thời kì này người ta đã sử dụng một số cách thức thô bạo để trị liệu bệnh nhân như: trích máu, sử dụng những dụng cụ cơ học song trị liệu tiến bộ nhất ở cả Hy Lạp và La Mã cổ đại nhìn chung đều là nhân đạo và trong đó bao gồm cả việc tạo ra một bầu không khí dễ chịu, hỗ trợ người bệnh.

Cho đến thời kì Trung cổ, những tư tưởng tôn giáo chiếm vị trí thống trị và các tăng lữ, giáo sĩ đều cho rằng những hành vi dị thường đều là của ma quỷ. Việc trị liệu chủ yếu do các thầy tu. Để người bệnh được giải thoát khỏi ma quỷ, người ta cầu nguyện, cho nghe thánh ca, uống nước thánh hoặc nước đắng. Những cách thô bạo hơn gồm: lăng mạ ma quỷ, người bệnh bị bỏ rét, kéo căng hoặc dùng roi quất. Có lẽ cách hành xử bi kịch nhất đối với những người bị quỷ ám đó là quyển *Malleus Malforum* (lá búa của phù thuỷ) của nhà thờ Thiên chúa, trong đó hướng dẫn cách xác định và hành xử đối với phù thuỷ, những người bị

buộc tội khi có một dịch bệnh nào đó xuất hiện trong cộng đồng. Sách hướng dẫn rằng cần phải xoá bỏ ngay những cái do quỷ ám và thiêu đốt là một cách để loại trừ ma quỷ.

Cho đến cuối thời kì Trung cổ, quyền lực lại được chuyển sang giới tăng lữ và do vậy, các quan điểm sinh học về những vấn đề SKTT một lần nữa lại chiếm ưu thế. Các cơ sở chăm sóc những người có vấn đề về SKTT đã được thành lập. Tuy nhiên kết quả ban đầu của những nhà thương điên đã dẫn đến sự quá tải. Điều này kéo theo sự giảm sút chất lượng chăm sóc và ngày càng mang tính phi nhân đạo. Một trong những cơ sở nổi tiếng như vậy là Bệnh viện Bethlem ở London. Tại đây người bệnh bị xích lại và vào những kì trăng nhất định, một số bị dùng xích kéo căng ra để tránh gây rối loạn. Sự đối xử thật thô bạo và phi nhân đạo. Bệnh viện trở thành một trong những nơi thu hút khách du lịch nổi tiếng ở London. Người ta trả tiền để được xem những người điên loạn.

Vào thế kỉ 19, việc chăm sóc người bị tâm thần đã có sự thay đổi cơ bản. William Tuke ở Anh và Phillipe Pinel ở Pháp đã đưa ra cách đối xử nhân đạo hơn. Mặc dù vẫn còn nhà thương điên nhưng người bệnh tâm thần đã được đi lại tự do trong đó. Trị liệu bao gồm làm những công việc gần gũi với người bệnh, đọc và chuyện trò với họ, dẫn họ đi dạo thường xuyên. Rất nhiều người được giải phóng khỏi nhà thương vì tình trạng sức khoẻ đã tốt. Cách điều trị người bệnh tâm thần bằng "tiếp cận đạo đức" như vậy dựa trên quan niệm rằng nếu như tất cả những người có các vấn đề về SKTT mà được trị liệu nhân đạo thì họ có thể có tiến triển tốt thậm chí sau đó không cần phải chữa trị nữa. Tuy nhiên tỉ lệ thành công không đạt được mức độ tối ưu và rồi người ta nhận thấy rằng không phải tất cả những người được chữa trị theo cách đó đều khỏi và thái độ thành kiến đối với những người có các vấn đề về SKTT lại tăng lên. Và lại tiếp tục trong một khoảng thời gian dài, việc giam giữ người bệnh tâm thần đã trở thành bình thường.

Xu hướng căn nguyên thực thể và tâm căn

Vào đầu thế kỉ 20, các lí thuyết và trị liệu RLTT được chia thành 2 hướng: căn nguyên thực thể và tâm căn. *Tiếp cận căn nguyên thực thể* (somatogenic) cho rằng các dị thường tâm thần đều là những rối loạn sinh học của não. Người có ảnh hưởng lớn nhất trong tiếp cận này là Emil Kraepelin. Ông cũng là người đầu tiên đưa ra bảng phân loại hiện đại các RLTT. Ông quy các triệu chứng thành những nhóm khác nhau, đặt tên chẩn đoán và mô tả diễn biến của chúng. Tiếp theo ông đo hiệu quả của các loại thuốc khác nhau đối với những RLTT. Mặc dù quan điểm này được tiếp nhận một cách nhanh chóng, song nhiều dạng can thiệp xuất hiện từ đây như: mổ cắt hạnh nhân, *phẫu thuật não* (xem chương 3) đều cho thấy tính kém hiệu quả của quan điểm này. Gần đây tiếp cận sinh học đã dẫn đến sự phát triển nhiều loại thuốc mạnh được sử dụng để điều trị các RLTT như: trầm cảm, TTPL và các rối loạn lo âu.

Tiếp cận tâm căn cho rằng nguyên nhân ban đầu gây ra các RLTT chính là tâm lí. Người đầu tiên khởi xướng tiếp cận này chính là Friedrich Mesmer, một thầy thuốc người Áo. Năm 1778 ông đã thành lập một phòng khám tại Pari để điều trị cho những người bị *rối*

loạn hysteria. Quan điểm điều trị của ông được gọi là chủ nghĩa mesmer. Theo cách này, người bệnh được ngồi trong phòng tối và nghe nhạc. Sau đó Mesmer xuất hiện trong bộ trang phục lấp loáng, dùng một cây gậy đặc biệt và chạm vào vùng cơ thể có vấn đề của người bệnh. Bằng cách này ông đã thành công đối với rất nhiều trường hợp. Tuy nhiên ông vẫn bị coi là một lang băm lừa bịp và phòng khám ở Pari của ông đã bị đóng cửa. Những nhân vật nổi tiếng khác của tiếp cận tâm căn là Jean Charcot và sau đó là Sigmund Freud, những người đã sử dụng thôi miên để điều trị rối loạn hysteria. Quy trình điển hình của trị liệu này là đưa người bệnh vào trạng thái thôi miên sau đó cổ vũ họ để xác định những yếu tố khởi phát các triệu chứng và trải nghiệm lại những cảm xúc khi đó. Quá trình này còn được gọi là giải tỏa. Về sau Freud từ bỏ phương pháp này, chuyển sang dùng liên tưởng tự do và *phân tâm*.

Nửa cuối của thế kỉ 20 được chứng kiến cuộc cách mạng trong trị liệu các vấn đề về SKTT và sự tăng cường của cả 2 tiếp cận: sinh học và tâm lí học. Các liệu pháp nhân văn do Carl Rogers khởi xướng đã bổ sung thêm cho Freud và những nhà phân tích tâm lí. Tiếp theo là sự xuất hiện của tiếp cận hành vi và hành vi nhận thức, dẫn đầu là những nhà lí luận và lâm sàng như: Hans Eysenck và Stanley Rachman ở Anh, Aaron Beck và Donald Meichenbaum ở Mĩ và Canada (xem chương 2). Các liệu pháp tâm lí ngày càng có hiệu quả hơn đối với những rối loạn khác nhau như các rối loạn trầm cảm, lo âu và TTPL.

Chăm sóc tại cộng đồng

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

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

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

Những vấn đề chẩn đoán

Mô hình y khoa

Quyển sách này về cơ bản được trình bày xoay quanh hệ thống các danh mục chẩn đoán để áp dụng cho những trường hợp có các vấn đề về SKTT hoặc có những hành vi tương tự như: TTPL, trầm cảm v.v... Tiếp cận này xuất phát từ "mô hình y khoa". Theo mô hình này, các vấn đề về SKTT là do những bất thường về sinh lí, chủ yếu là ở hệ thống não. Các rối loạn được xem là bệnh, do đó cần được điều trị như một bệnh y khoa khác, có nghĩa là điều trị về mặt cơ thể để nhằm vào quá trình sinh học bệnh lí, cái gây ra bệnh. Dạng điều trị chủ yếu nhất chính là liệu pháp thuốc. Việc lựa chọn dạng điều trị phụ thuộc vào chẩn đoán, đến lượt mình, chẩn đoán được đưa ra dựa trên cơ sở có hay không có dấu hiệu hoặc còn gọi là triệu chứng bệnh. Điều này dẫn đến quan niệm rằng người có vấn đề về SKTT khác với những người "bình thường" bởi lẽ họ bị bệnh tâm thần.

CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI

Gốc rễ của tiếp cận này nằm trong các nghiên cứu của Kraepelin ở vào cuối thế kỉ 19. Ông đã mô tả một loạt các hội chứng, mỗi hội chứng lại có một phức bộ các triệu chứng. Sự kết hợp các triệu chứng như vậy tạo nên sự khác biệt giữa hội chứng này với hội

chứng khác. Đây cũng là cơ sở để Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra Phân loại bệnh Quốc tế (ICD: WHO, 1992). Bảng phân loại mới nhất, lần thứ 10, đã cho thấy những nỗ lực nhằm xác định và phân loại một cách cẩn thận các vấn đề về tâm thần. Hội Tâm thần học Mĩ (APA) cũng đưa ra bảng phân loại của mình *Sách Chẩn đoán và Thống kê* (DSM). Mặc dù có không ít những điểm chung song giữa hai hệ thống có sự khác nhau về nhiều chi tiết. Giống như ICD, DSM cũng được thay đổi theo thời gian. Phiên bản đầu tiên được công bố vào năm 1952, còn hiện nay đã là phiên bản thứ 5 (DSM-IV-TR: APA 2000).

DSM là một hệ thống đa trục, và như vậy, trạng thái tâm thần của mỗi cá nhân có thể được đánh giá theo 5 trục khác nhau:

- *Trục 1*: có hoặc không có hầu hết các hội chứng lâm sàng, bao gồm TTPL, rối loạn khí sắc, rối loạn lo âu, rối loạn tình dục và rối loạn ăn
- *Trục 2*: có hoặc không có trạng thái bệnh lí kéo dài, bao gồm các rối loạn nhân cách và rối loạn học
- *Trục 3*: thông tin về trạng thái sức khoẻ cơ thể của cá nhân
- *Trục 4*: các vấn đề tâm lí - xã hội và môi trường
- *Trục 5*: đánh giá tổng quát về hoạt động chức năng: từ 1 điểm cho kích động liên tục, hành vi tự sát hoặc bất lực cho đến 100 điểm đối với duy trì nhân cách hài hoà, không có các triệu chứng.

Các hệ thống phân loại có rất nhiều ưu điểm. Chúng không phải là sự liệt kê đơn giản - hoặc có thể nói là quá đơn giản - các định nghĩa về những vấn đề SKTT. Hơn thế nữa, chúng cũng đưa ra cách sử dụng hệ thống phân cực phù hợp với mô hình điều trị y khoa. Một cá nhân có phải điều trị hay không và có phải vào viện hay không tuỳ thuộc vào anh ta có bệnh hay không. Tuy nhiên người ta vẫn còn tranh luận về cái mà mô hình y khoa đề ra rằng một chẩn đoán tin cậy phải nhất quán trong một nước hoặc giữa các nước và phải khẳng định được:

- bất kì một cá nhân nào có một phức bộ những vấn đề SKTT thì phải được chẩn đoán như nhau trên thế giới
- họ phải được điều trị như nhau dù là ở đâu
- nghiên cứu ứng dụng điều trị tập trung vào một loại bệnh cho dù nó xuất hiện ở đâu.

Trong mối quan hệ với các liệu pháp thuốc, chẩn đoán đóng vai trò rất quan trọng bởi lẽ chính chẩn đoán quy định loại thuốc nào được dùng để điều trị vấn đề hiện có, ví dụ thuốc chống trầm cảm dùng để điều trị trầm cảm, thuốc giải lo âu dùng để điều trị lo âu…Chẩn đoán sai đồng nghĩa với chỉ định thuốc sai. Trong trường hợp nghiên cứu, chẩn đoán sai kéo theo kết quả các phép thử thuốc không tin cậy, làm rối nhiễu hơn là tạo ra sự phát triển mới về điều trị. Trước khi xem xét các hệ thống chẩn đoán hiện hành đạt được những mục đích đó đến mức độ nào, chúng ta cần làm rõ một số nền tảng khoa học và triết học của tiếp cận này.

- Mô hình hàm ý sự phân cực trạng thái tâm thần bình thường và dị thường. Điều này có nghĩa là một cá nhân hoặc là bình thường hoặc là bị bệnh tâm thần. Tuy nhiên sự phân cực như vậy ngày càng khó đứng vững. Có rất nhiều trạng thái "dị thường" được quy gán cho "bệnh tâm thần" bây giờ lại thấy xuất hiện ngày càng nhiều trong số những người "bình thường"; có rất nhiều người vẫn sống cuộc sống bình thường, chưa bao giờ bị kết luận là "không bình thường" mặc dù họ vẫn nghe thấy tiếng nói trong đầu - dấu hiệu được xác định là của TTPL.
- Mô hình hàm ý rằng khi cá nhân bị bệnh, họ trải nghiệm các sự kiện tinh thần hoặc hành động ít nhiều không bình thường và khác so với người "bình thường". Những kết quả của tâm lí học nhận thức đã chống lại quan điểm này. Ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy trong khi nội dung tư duy của những người có và không có những vấn đề SKTT có thể khác biệt so với chuẩn thì những quá trình nhận thức nền tảng của họ lại cơ bản không có gì khác nhau. Vấn đề này sẽ được trở lại trong những phần sau.
- Mô hình khác không thừa nhận kinh nghiệm của cá nhân. Họ chỉ làm nhiệm vụ chẩn đoán và trị liệu chính chẩn đoán đó chứ không trị liệu cá nhân.
- Mô hình cũng hàm ý rằng các yếu tố sinh học đóng vai trò cơ sở trong sự phát triển của những vấn đề SKTT và như vậy trị liệu sinh học đương nhiên cũng phải là cơ sở. Sự lí giải như vậy đã bỏ qua những chứng cứ về vai trò then chốt của các yếu tố tâm lí, xã hội đối với sự hình thành và phát triển những vấn đề về SKTT và các yếu tố sinh học tham gia vào những vấn đề này cũng bị thay đổi khi các yếu tố tâm lí, xã hội thay đổi (xem chương 4). Điều này có thể không được đánh giá đúng mức khi liệu pháp hoá dược đã có kết quả trong việc điều trị một số bệnh dường như liên quan nhiều đến các yếu tố sinh học (ví dụ, TTPL, trầm cảm). Tuy nhiên các liệu pháp tâm lí đã chứng tỏ có hiệu quả hơn dược lí trong việc điều trị nhiều bệnh.

ĐỘ TIN CẬY CỦA CHẨN ĐOÁN

Mặc dù tiêu chuẩn chẩn đoán cho từng loại rối loạn đã được xây dựng một cách khá rõ ràng song chính chẩn đoán lại còn đang là quá trình chưa rõ ràng. Ngay trong một nước, mức độ thống nhất trong chẩn đoán vẫn có thể rất thấp. Vào những năm 60, Beck và cs. đã cho thấy chỉ có 54% chẩn đoán của 4 bác sĩ tâm thần trên tổng số 154 bệnh nhân là thống nhất với nhau. Vào giữa những năm 80, tình hình vẫn không thay đổi. Ví dụ, Lipton và Simon (1985) đưa ra so sánh kết quả chẩn đoán của các bác sĩ trong một bệnh viện với chẩn đoán của đoàn thanh tra. Trong số 89 bệnh nhân được bác sĩ bệnh viện chẩn đoán là TTPL thì đoàn thanh tra chỉ nhất trí với 16 trường hợp. Chỉ có 15 trường hợp được các bác sĩ trong bệnh viện chẩn đoán là trầm cảm còn chẩn đoán này của đoàn thanh tra là 50 bệnh nhân. Mục đích của DSM chính là nhằm giảm thiểu những sai số như vậy và mỗi phiên bản mới

của DSM đều nhằm làm cho các tiêu chuẩn chẩn đoán rõ ràng hơn. Phiên bản mới nhất, DSM - IV- TR (APA, 2000) đã được kiểm nghiệm về tính chắc chắn của chẩn đoán qua kết quả của nhiều nhà lâm sàng, mặc dù độ tin cậy mới được đánh giá một cách hình thức.

Những khó khăn mà ngay cả một hệ thống chẩn đoán rõ ràng vẫn có thể gặp phải cũng chính là những trở ngại cho bác sĩ lâm sàng trong quá trình chẩn đoán. Nhà lâm sàng có thể đưa ra những chẩn đoán khác nhau bởi có thể họ thu được những thông tin khác nhau do cách phỏng vấn khác nhau và do những trở ngại của chính quá trình đánh giá. Chẩn đoán cũng có thể chịu ảnh hưởng bởi kiến thức của nhà lâm sàng về các rối loạn, bởi chẩn đoán của bác sĩ khác, hoặc bởi giá thành điều trị cũng như những quyền lợi đi theo chẩn đoán. Ví dụ, trong những trường hợp không chắc chắn, bác sĩ có thể đưa ra chẩn đoán có lợi nhiều hơn và hại ít hơn cho người bệnh, thậm chí ngay cả khi chẩn đoán đó sai.

ĐỘ HIỆU LỰC CHẨN ĐOÁN: TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Độ hiệu lực của các mục phân loại chẩn đoán vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi. Những chứng cứ đưa ra để phản bác thường tập trung vào TTPL. Một trong những tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán TTPL mà ngay từ những ngày đầu, Kraepelin đã đưa ra là bệnh mang tính tiến triển và tan rã tâm thần, các chức năng không thể phục hồi như trước khi bị bệnh. Sau đó Bleuler (1908) xác định 4 triệu chứng cơ bản của nhóm phân liệt: tính 2 chiều; rối loạn liên tưởng; rối loạn cảm xúc và huyễn tưởng phi thực tế.

Cho đến nay các hệ thống chẩn đoán đều sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Bleuler và Kraepelin và cố gắng làm sáng tỏ những tiêu chuẩn chưa rõ ràng đối với những thể khác nhau của rối loạn. Cho đến giữa những năm 1990, DSM III (APA, 1987) xác định 4 thể chính của TTPL:

- *Đơn giản*: "cách cư xử kì dị" tăng dần, không có khả năng đáp ứng những yêu cầu của xã hội và thu mình khỏi cuộc sống thường ngày.
- *Paranoid*: hoang tưởng paranoid kéo dài, thường kèm theo ảo thính phù hợp với hoang tưởng.
- *Căng trương lực*: các rối loạn tâm thần – vận động chiếm vị trí nổi bật, chuyển từ kích động, sững sờ sang thạng thái uốn sáp, trạng thái mà cá nhân có thể giữ nguyên một tư thế kéo dài đến vài giờ.
- *Thanh xuân*: thay đổi khí sắc và hành vi một cách vô lối, khó dự đoán, kèm theo rối loạn tư duy, thường là kì dị, khó hiểu, bừa bãi.

Rất tiếc là cách phân loại này không tính đến bất kì một lí thuyết nhân – quả nào về mối liên hệ giữa các chùm triệu chứng khác nhau và cũng không cho chúng ta nhận biết sâu thêm về bản chất và trị liệu TTPL. Hệ thống phân loại tiện ích hơn được xây dựng trên cơ sở chú ý đến những nguyên nhân các triệu chứng của TTPL.

Phân tích yếu tố các dấu hiệu và triệu chứng của các thể TTPL khác nhau đã xác định được 3 chùm triệu chứng. Đó là các triệu chứng rối loạn tổ chức, các triệu chứng

dương tính và các triệu chứng âm tính (Liddle và cs.1994), các chùm triệu chứng này cũng có thể xuất hiện đồng thời. Chùm triệu chứng dương tính bao gồm ảo giác, hoang tưởng, rối loạn tổ chức ngôn ngữ hoặc rối loạn tư duy dương tính. Các triệu chứng âm tính gồm: rối loạn ngôn ngữ và hành vi, cảm xúc cùn mòn hoặc không phù hợp. Những chùm triệu chứng này có thể khác nhau về cơ sở sinh học cũng như tâm lí thần kinh và cũng chứng tỏ tính hữu ích cách phân loại các rối loạn dạng phân liệt khác nhau.

Tuy nhiên ngay cả khi các tiêu chuẩn chẩn đoán có cả độ tin cậy và độ hiệu lực cao thì chúng vẫn có một số nhược điểm. Có lẽ điều quan trọng nhất là quá trình chẩn đoán đã hàm ý rằng cá nhân mắc một bệnh y khoa "không bình thường". Họ "bệnh lí hoá" cá nhân và chuyển những người này cho bác sĩ tâm thần nhiều khi không hợp lí. Trước năm 1973, trong DSM, tình dục đồng giới được xếp vào rối loạn tình dục. Việc điều trị đã được hợp pháp hoá và pháp luật cũng chống lại tình dục đồng giới. Còn bây giờ, trong tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn nhân cách nhiều điểm vẫn còn đang tranh luận, xem đây như là lối sống cá nhân chứ không phải là RLTT (Widger & Costa, 1994. Xem chương 11).

NHỮNG LIÊN QUAN VỚI VĂN HOÁ

Một mục tiêu rất quan trọng của DSM là cách thức xác định và chẩn đoán những vấn đề SKTT trong những nền văn hoá khác nhau. Tiếp cận mà chúng ta đang bàn quan niệm rằng bệnh tật xuất hiện theo một phương thức chung trên toàn thế giới. Chính chỗ này cần phải bàn thêm. Ví dụ, các tài liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (1979) đưa ra kết luận rằng TTPL xuất hiện và tiến triển giống nhau ở 9 nước khác nhau đã được điều tra. Tuy nhiên nghiên cứu này cũng đã phải làm một việc là dung hoà các tiêu chuẩn chẩn đoán của họ để xác định người bị hoặc không bị TTPL ở mỗi nước với việc loại trừ khỏi chẩn đoán những người có các triệu chứng khác nhau. Và như vậy họ đã không thể loại trừ được một điều rằng, có thể có những vấn đề giống nhau nhưng cách xuất hiện khác nhau ở những nước khác nhau.

Một trong những cách khác biệt như vậy đã được đề cập tới chính là những cảm xúc âm tính liên quan đến các yếu tố tâm lí và cơ thể. Thực thể hoá bao gồm cả sự hiện diện hoặc những trải nghiệm liên quan đến các vấn đề cơ thể hơn là những vấn đề cảm xúc. Ví dụ, "tim tôi đang bốc cháy" có thể nói lên trầm cảm và lo âu. Dạng phàn nàn như vậy rất ít gặp ở các nền văn hoá phương Tây trong khi lại thường thấy ở các nước Châu Á, ví dụ như ở Thổ Nhĩ Kì. Có thể là do những nền văn hoá không chấp nhận sự bày tỏ cảm xúc một cách mạnh mẽ, cụ thể là những cảm xúc âm tính (Chen, 1995). Việc tìm kiếm sự trợ giúp cho những vấn đề về cơ thể cũng là cách tìm kiếm trợ giúp về những vấn đề tâm lí.

Những liên quan về văn hoá đã cho thấy nhận định về một hệ thống các tiêu chuẩn chẩn đoán chung cho mọi nền văn hoá là không đúng.

SỰ PHÊ PHÁN XÃ HỘI

Cùng với sự phê phán về mặt khoa học, có nhiều nhà xã hội phản đối mô hình từ góc độ sắc tộc. Ví dụ, Faber (1990) cho rằng mô hình y khoa đã đánh giá thấp khả năng tự thay đổi của cá nhân và hậu quả là đã hạn chế sự thể hiện khả năng này. Trong hầu hết các tài liệu của mình, mô hình này đều xem các yếu tố sinh học là không thay đổi và nó làm cho các trạng thái tâm lí khác với các quá trình tâm thần của những cá nhân "bình thường". Điều này có thể được bỏ qua, do kết quả điều trị hoặc do những phát hiện tự nhiên, tuy nhiên mỗi cá nhân vẫn có khuynh hướng nguy cơ đối với một số rối loạn nào đó.

Farber đã xác định có 2 loại mô hình y khoa. Loại thứ nhất cho rằng RLTT là do các yếu tố sinh học và di truyền và mô hình thứ 2 – mô hình phân tâm cho rằng những rối loạn ở tuổi trưởng thành là do những cấu trúc tâm lí đã được ấn định từ thời thơ ấu và không thay đổi trong quá trình sống. Tuy nhiên những cấu trúc này lại do yếu tố sinh học qui định. Farber cũng đã chỉ ra sự nguy hiểm về mặt sắc tộc của mô hình y khoa khi nghề nghiệp chăm sóc sức khoẻ được luật pháp hoá và có thể có sự lạm dụng, áp đặt bệnh đối với một số người. Có lẽ một trong những ví dụ điển hình là có những chính phủ cực tả hay cực hữu sử dụng tâm thần học để kiểm soát những người bất đồng ý kiến. Cũng theo Farber, việc điều trị y khoa đối với những người RLTT chính là cản trở họ tự thay đổi và điều này càng củng cố cho quan niệm rằng họ không có khả năng tự phát triển và thay đổi. Ông cũng nhấn mạnh rằng dạng trị liệu này thực chất là cưỡng bức, rằng bất kì nỗ lực nhằm tự thay đổi đều bị nhìn nhận, đánh giá một cách tiêu cực và bị bác bỏ: ví dụ, người bệnh muốn dừng điều trị thì người ta cho rằng đây là một dấu hiệu của chống đối điều trị, và họ không muốn "tốt" lên. Chỉ có các chuyên gia mới biết khi nào người bệnh tâm thần đủ tỉnh táo để có lựa chọn đáng tin.

Sau khi tham khảo những phê phán như vậy về mô hình y khoa, bạn đọc có thể đặt câu hỏi tại sao sách lại được bố cục theo hệ thống phân loại mà chính nó có vấn đề bàn cãi. Lợi ích của nó có thể là ở chỗ phản ánh được tình trạng khó xử, một số nhà tâm lí học tiếp tục sử dụng mô hình này còn một số khác lại phản đối. Những chẩn đoán như vậy giúp người đọc định hướng được những nội dung chính của chúng. Việc sử dụng các chẩn đoán đó không có nghĩa là đã thừa nhận mô hình y khoa – thậm chí cả "thực tế" được mô tả trong các bệnh ít khi bị bàn cãi- và khi trình bày những mô tả sinh học đối với từng rối loạn, điều đó cũng không có nghĩa xem chúng là nguyên nhân khởi đầu.

Các lựa chọn của mô hình y khoa

Bất kì một lựa chọn nào đối với mô hình y khoa cũng phải phân biệt nó theo một số hướng quan trọng. Cụ thể cần phải:

- đó không phải là lưỡng cực giữa trạng thái tâm thần bình thường và dị thường

- lưu ý rằng các quá trình xã hội và tâm lí có thể dẫn đến hoặc đi kèm với những vấn đề về SKTT
- giúp cá nhân tập trung vào đánh giá và trị liệu (chứ không phải vào chẩn đoán của họ)
- ít nhất cũng phải lưu ý rằng những can thiệp ban đầu phải là không dùng thuốc.

Trong một chừng mực nào đó cũng có ít nhất 2 tiếp cận lựa chọn trong vấn đề này, đó là tiếp cận chiều hướng và luận giải tâm lí.

CÁC TIẾP CẬN CHIỀU HƯỚNG

Trong khi tiếp nhận những ưu điểm của một số hệ thống chẩn đoán, nhiều tác giả (ví dụ, Widiger & Costa, 1994) phải đối mặt với tiếp cận phạm trù của DSM. Chẩn đoán được dựa trên sự hiện diện của một số triệu chứng, ví dụ mất ngủ, cảm giác buồn, trầm v.v… Hệ thống này đưa ra phân loại phạm trù: cá nhân hoặc là có rối loạn, hoặc là không. Không chấp nhận quan điểm tất cả - hoặc - không, tiếp cận chiều hướng cho rằng trạng thái tâm thần của những người có vấn đề SKTT có sự khác biệt với người "bình thường". Những người trung thành với tiếp cận chiều hướng (ví dụ, Clark và cs. 1995) cho rằng những mô hình phạm trù về tâm bệnh phải đối mặt với rất nhiều vấn đề, trong số đó có cả các bệnh kèm theo và như vậy một cá nhân có thể đáp ứng được không chỉ là một mà là một số chẩn đoán. Ví dụ, TTPL và rối loạn cảm xúc. Hai người có cùng một chẩn đoán nhưng có thể biểu hiện những triệu chứng khác nhau. Những phiên bản sau của DSM có đưa ra mục "không biệt định ở một mục nào khác" và đây cũng là điểm mà Clark cùng cộng sự cho rằng rõ ràng tiêu chuẩn chẩn đoán không phù hợp với thực tế.

Tiếp cận chiều hướng quan niệm rằng nên coi người đã được chẩn đoán RLTT thực ra là ở đầu mút của sự phân bố bình thường. Họ không có sự khác biệt cơ bản so với những người khác. Nhiều người trong số chúng ta cũng có lúc lo âu, trầm cảm, cảm thấy không hoà nhập với xã hội và mất ngủ. Với người bị trầm cảm, những trải nghiệm như vậy nhiều hơn mà thôi. Việc xem xét họ có vấn đề hay không phụ thuộc vào mức độ và cường độ của các trải nghiệm đó. Và như vậy, theo tiếp cận chiều hướng, sự việc không đơn thuần là cá nhân có hay không có vấn đề về SKTT mà là mức độ mà họ trải nghiệm. Ngày càng có nhiều cứ liệu khẳng định tiếp cận này. Ví dụ một số "triệu chứng" RLTT như nghe thấy tiếng nói trong đầu cũng khá phổ biến trong dân cư và điều này cũng không buộc họ phải tìm cách điều trị hoặc nó cũng không làm ảnh hưởng cuộc sống thường ngày của cá nhân (xem chương 6). Để dung hoà với tiếp cận chẩn đoán, người ta đề xuất rằng nếu điểm của một cá nhân ở trên ngưỡng (dựa vào mức độ nặng và tần số xuất hiện) thì cá nhân đó có thể được xếp vào một chẩn đoán nào đó.

Tiếp cận chiều hướng có rất nhiều điểm mạnh. Cụ thể nó chỉ ra khía cạnh nào trong cuộc sống của cá nhân là có vấn đề và mức độ nào cần sự trợ giúp. Cách tiếp cận như vậy tránh được sự "gò ép" vấn đề hiện có vào một phạm trù chẩn đoán nào đó mà bản thân nó cũng không phù hợp. Tuy vậy cái mà nó chưa đề cập được chính là quá trình nào đã dẫn đến những vấn đề của cá nhân và những yếu tố nào duy trì những vấn đề đó. Chính vì vậy tiếp cận tâm lí (luận giải) nhằm tìm cách khắc phục những hạn chế đó.

LUẬN GIẢI TÂM LÍ (PSYCHOLOGICAL FORMULATION)

Tiêu chuẩn chẩn đoán chỉ có tác dụng trong việc lựa chọn thuốc điều trị có lợi cho cá nhân. Nó không giúp gì nhiều cho các nhà trị liệu dạng khác. Có thể thấy danh mục chẩn đoán đã làm đơn giản hoá và hạn chế nhiều những thông tin về mức độ. Ở mức độ cơ bản nhất, nhà lâm sàng tiếp nhận mô hình sinh học về các RLSKTT có thể chỉ nhằm đạt đến mục tiêu xác định chẩn đoán đối với một chùm các triệu chứng sau đó lựa chọn thuốc cho phù hợp. Bản chất thực của các vấn đề mà cá nhân phải đối mặt không được quan tâm đúng mức. Ví dụ, người bệnh TTPL có ảo giác thì được dùng thuốc để cắt ảo giác còn bản chất của ảo giác đó không hề ảnh hưởng đến việc lựa chọn thuốc. Người bị trầm cảm thì được dùng thuốc chống trầm cảm mà không phụ thuộc vào sự hiểu biết bản chất cũng như nguyên nhân của nó.

Nhà trị liệu tâm lí có quan điểm khác. Đối với họ bản chất hoặc những điều kiện dẫn đến giai đoạn trầm cảm là rất quan trọng và đó là tiêu điểm để tập trung can thiệp. Chẩn đoán chỉ có ảnh hưởng chút ít đến dạng trị liệu. Ví dụ, khi làm việc với một người có ảo giác, nhà tâm lí trị liệu muốn biết bản chất và nội dung của cái đó để họ có thể sử dụng kỹ thuật chuyên biệt phù hợp với những nhu cầu đặc thù của cá nhân, giúp cá nhân đối phó hoặc phản ứng một cách phù hợp hơn.

Luận giải tâm lí nhằm xác định quá trình dẫn đến và duy trì những vấn đề của cá nhân. Những vấn đề như vậy có thể từ bên ngoài các biến cố tiêu cực của cuộc sống, hiếp dâm, cái chết của người thân .v.v… Đó cũng có thể là những vấn đề bên trong: tiếp nhận, lí giải về thế giới một cách lệch lạc, thở dồn dẫn đến rối loạn hoảng loạn v.v… Những vấn đề này có thể liên quan ít nhiều đến những biến cố thời thơ ấu, dạng như lạm dụng tình dục hoặc mối quan hệ nghèo nàn với cha mẹ. Mục đích chính của nhà trị liệu là xác định những yếu tố chuyên biệt gây ra và duy trì những vấn đề của một cá nhân cụ thể. Những yếu tố như vậy sẽ là mục tiêu cho những can thiệp tiếp theo.

Luận giải tâm lí cũng chỉ là một giả thuyết nhằm giải thích những vấn đề lâm sàng . Luận giải này cũng thướng phản ánh định hướng lí thuyết của nhà trị liệu. Với các nhà trị liệu nhận thức, họ định hướng vào bản chất của những nhận thức sai lầm, vào những hành vi kém thích ứng. Nhà phân tâm thì lại quan tâm đến mối liên quan giữa hành vi với những quá trình vô thức và lịch sử phát triển của cá nhân. ở đây bao gồm cả những "phỏng đoán

tốt nhất", nguyên nhân của các vấn đề, cái gì đã duy trì chúng và có thể giải quyết bằng cách nào. Luận giải có 2 chức năng chính: thứ nhất - định hướng cho nhà trị liệu vào cái định giải quyết và thứ hai - giúp xác định tiêu chuẩn đánh giá sự can thiệp: xác định cái gì là mục đích trị liệu và mức độ thành công hay thất bại. Luận giải không phải là bất biến/ cứng nhắc. Những luận giải này có thể thay đổi khi có được các cứ liệu mới theo thời gian cũng như tuỳ theo tiêu điểm và hình thức can thiệp.

Các luận giải được định hướng bởi lí thuyết. Lí thuyết chỉ dẫn cho những câu hỏi do chính nhà trị liệu gặp phải và họ cũng bằng xác lập (mô hình) luận giải các vấn đề. Tất nhiên điều này cũng có mặt ưu và nhược điểm. Mặt mạnh là nó cho phép nhà trị liệu lựa chọn cách thức phù hợp nhất trong nhiều cách thức. Tuy nhiên mặt yếu của nó là nó có thể hướng nhà trị liệu tập trung quá mức vào cái mà họ cho rằng quan trọng từ khía cạnh trải nghiệm của thân chủ mà lại ít chú ý đến cái thực sự quan trọng song do "tầm nhìn hạn hẹp" về lí thuyết. Trên cơ sở này, một số người cho rằng một nhà trị liệu tốt phải nắm được một số mô hình nguyên nhân và có thể tích hợp chúng trong một giả thuyết có ý nghĩa hoặc xác định được cái gì phù hợp với thân chủ cụ thể. Độ hiệu lực của tiếp cận này được bàn thêm trong chương 5.

Nguyên nhân những vấn đề sức khoẻ tâm thần

Có rất nhiều tài liệu khác nhau tập trung vào những yếu tố nguy cơ đối với SKTT. Những yếu tố này không tác động một cách riêng rẽ mà có sự kết hợp với nhau tạo thành nguy cơ xuất hiện các RLTT ở cá nhân. Phần còn lại của chương này chúng tôi giới thiệu từng cách giải thích. Những chương tiếp theo sẽ kiểm tra lại các vấn đề một cách chi tiết hơn.

- *Mô hình di truyền* tập trung vào các yếu tố di truyền ảnh hưởng như thế nào đến nguy cơ xuất hiện RLSKTT. Các yếu tố di truyền đã được xem xét trong một số bệnh khác nhau như TTPL, bệnh Alzheimer và trầm cảm.
- *Mô hình sinh học* tập trung vào những quá trình hoá - sinh, đặc biệt là các chất dẫn truyền thần kinh (DTTK), những chất trung gian của cảm xúc và hành vi. Mô hình này cũng nhằm lí giải mối liên quan giữa những tổn thương não và các RLSKTT.
- *Mô hình tâm lí* tập trung vào những quá trình tâm lí bên trong có ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi. Không giống với mô hình hoá - sinh hoặc di truyền, ở đây không có một khuôn mẫu giải thích duy nhất mà ngược lại có nhiều cách lí giải tâm lí khác nhau về RLSKTT. Đó chính là lí giải của những trường phái nổi tiếng như: phân tâm, nhân văn, hành vi và hành vi nhận thức.
- *Tiếp cận văn hoá - xã hội* tập trung vào vai trò các yếu tố văn hoá và xã hội trong các RLSKTT.

- *Mô hình hệ thống* tập trung vào các hệ thống xã hội thu hẹp, đó thường là gia đình. Ở đây rối loạn được xem như là hệ quả của sự tương tác stress hoặc mang tính rối loạn sai lệch trong gia đình.
- *Mô hình sinh – tâm – xã hội* nhằm mục đích tích hợp các yếu tố khác nhau như trên vào một mô hình nguyên nhân tổng thể. Tiếp cận này cho rằng yếu tố di truyền hoặc các yếu tố sinh học khác có thể làm tăng thêm nguy cơ xuất hiện các RLSKTT. Tuy nhiên các rối loạn có xuất hiện hay không còn phụ thuộc vào việc cá nhân "đang có nguy cơ" đó tiếp xúc như thế nào với những yếu tố như stress gia đình và xã hội hoặc cách cá nhân đó đối phó và những nguồn hỗ trợ cá nhân đối phó với stress.

Những mô hình di truyền

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

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

Người ta đã sử dụng một số phương pháp để nghiên cứu di truyền nguyên nhân các vấn đề SKTT. Nghiên cứu gia đình nhằm xác định kiểu di truyền ảnh hưởng đến các cá nhân có nguy cơ RLTT ở những mức độ khác nhau. Nếu có mối liên hệ di truyền, có thể nhận định rằng rối loạn sẽ có khả năng xuất hiện cao hơn ở người có cùng cấu trúc di truyền (sinh đôi cùng trứng) so với người khác không có cùng cấu trúc di truyền hoặc sinh đôi khác trứng - những người có khoảng 50% số gen giống nhau. Với người họ hàng như cô, dì nguy cơ bị rối loạn còn thấp hơn do mức độ tương đồng di truyền thấp hơn. Nhiều nghiên cứu gia đình còn chú ý đến mức độ mà cả sinh đôi cùng trứng và sinh đôi khác trứng đều có cùng một rối loạn. Nếu ở những người sinh đôi cùng trứng có tỉ lệ rối loạn cao hơn so với sinh đôi khác trứng thì điều này có nghĩa là nguy cơ di truyền cao hơn. Tuy nhiên cách tiếp cận này cũng có những hạn chế. Vấn đề là các thành viên trong gia đình không chỉ gần gũi nhau về mặt gen mà họ còn có chung môi trường. Ví dụ sinh đôi cùng trứng được đối xử giống nhau nhiều hơn là sinh đôi khác trứng. Sự xuất hiện của bất kỳ bệnh nào

cũng đều có sự đóng góp của việc chúng chia sẻ các yếu tố môi trường chứ không chỉ là chia sẻ về gen.

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

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

Cách lí giải vấn đề như vậy dẫn đến những phương pháp luận mới trong dạng nghiên cứu này. Thay vì đánh giá bản chất môi trường sống của cá nhân, người ta đi đo yếu tố di truyền, stress môi trường, xã hội và các stress cuộc sống khác. Những số liệu này được đưa vào xử lí bằng các phương pháp thống kê và nhà nghiên cứu sẽ xác định mức độ tham gia của các yếu tố môi trường và di truyền trong sự phát triển các rối loạn được nghiên cứu.

Dạng nghiên cứu như vậy có khả năng xác định được độ chặt chẽ của bất kì mối liên hệ di truyền nào. Tuy nhiên nó cũng không thể phân lập được gen hoặc những gen nào tham gia vào. Công việc xác định bản đồ gen hiện nay mở ra nhiều hứa hẹn cho những nghiên cứu cơ bản theo hướng này. Hầu hết các rối loạn đều liên quan đến nhiều gen (còn gọi là đa gen) và trong một số trường hợp vấn đề lại nổi lên khi thiếu vắng (chứ không phải là hiện diện) một gen nào đó. Ví dụ, có những cứ liệu cho thấy một gen nằm ở thể nhiễm sắc 4 có thể "bảo vệ" cá nhân chống lại những vấn đề nghiện rượu. Mặc dù đã phát hiện thấy mối liên quan đến gen song nhìn chung người ta đều nhất trí cho rằng gen chỉ có ảnh hưởng đến nguy cơ bị một RLSKTT nào đó. Điều rất quan trọng cũng cần phải chú ý đến là mặc dù nguy cơ bị một RLSKTT nào đó có thể tăng cao do các yếu tố gen song rất nhiều người, nếu như không nói là hầu hết, bị RLSKTT nhưng không

tìm thấy gen liên quan. Ví dụ 89% số người được chẩn đoán là RLTT không tìm thấy có mối liên quan đến gen. Không phát hiện thấy gen làm tăng nguy cơ bị rối loạn cũng không có nghĩa là bạn đã miễn dịch đối với rối loạn đó.

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

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

Mô hình sinh học

Sự giải thích hoá sinh những vấn đề SKTT tập trung vào các quá trình sinh học làm nền tảng cho cảm xúc và hành vi. Cả 2 hiện tượng này đều được điều hành bởi não thông qua các chất DTTK. Những hệ thống này cho phép chúng ta thu nhận thông tin, tích hợp chúng với những gì lưu giữ trong trí nhớ và những yếu tố nổi bật, sau đó là đáp lại bằng cảm xúc và hành vi. Một khi những hệ thống này bị rối loạn do sự rối loạn DTTK thì hệ quả kéo theo là rối loạn về tri giác, cảm xúc và hành vi. Bản chất của các hệ thống và những DTTK tham gia vào trong những vấn đề SKTT khác nhau sẽ được bàn chi tiết trong chương 3 và các chương trong phần II của sách.

Các quá trình hoá sinh khác cũng tham gia vào một số bệnh. Các hormon như melatonin dường như có tham gia vào nguyên nhân của rối loạn cảm xúc theo mùa, một dạng của trầm cảm sẽ được bàn trong chương 8. Những rối loạn khác có thể là hậu quả của những vấn đề tổ chức não. Ví dụ, TTPL có thể là do thoái triển trong quá trình phát triển não và đã dẫn đến những sai lầm cơ bản cho quá trình xử lí thông tin, rối loạn tư duy và

hành vi. Một bệnh khác thường gặp: Alzheimer là do sự thoái hoá tiến triển các nơ ron và hậu quả là sự suy giảm chức năng nhận thức ở giai đoạn tuổi già.

Mô hình hoá sinh thường được đặt đối lập với mô hình tâm lí: những vấn đề SKTT hoặc được xem là có bản chất tâm lí hoặc là do nguyên nhân sinh học. Một cách hợp lí hơn để suy luận về 2 cách tiếp cận và đưa ra cách giải thích và mức độ khác nhau; cách giải thích có gì đó giống với những cách giải thích đã có trong vật lí và hoá học. Các quá trình hoá sinh trong mọi lúc luôn là nền tảng của mọi hành vi của chúng ta. Cử động để viết những câu này cũng phải cần đến sự hoạt hoá một loạt các quá trình giác quan, vận động và nơ ron và tất cả những quá trình này đều được trung gian bởi dẫn truyền hoá học. Tuy nhiên những hiểu biết các quá trình nền tảng đó mới giải thích được phần nhỏ của hành vi. Nó không thể giải thích được động cơ viết cũng như quá trình tinh thần xây dựng câu cũng như những cảm xúc của tôi được thể hiện trong câu viết. Để hiểu được những điều này lẽ đương nhiên phải dựa vào những quá trình tâm lí thúc đẩy hành vi. Và như vậy có thể nói rằng bằng cách này hay cách khác, sự giải thích tâm lí học hay hoá sinh học về hành vi đều "đúng".

Mô hình tâm lí

Khác với những mô hình hoá sinh và di truyền, hầu hết các nhà nghiên cứu cũng như chuyên gia thực hành đều đánh giá cao vai trò của yếu tố tâm lí trong các RLSKTT và đồng thời họ cũng đưa ra nhiều mô hình tâm lí khác nhau. Cũng có rất nhiều các dạng trị liệu tâm lí "ăn theo" mà hầu hết trong số đó có rất ít hoặc không có cơ sở lí luận và chính những người sử dụng cũng còn không hiểu rõ. Bên cạnh đó cũng có rất nhiều các "dòng phái" lý thuyết về RLSKTT và các dạng trị liệu tương ứng. Điều này cũng đã phản ánh sự phát triển của các lý thuyết tâm lí học đại cương trong thế kỷ vừa qua. Trị liệu tâm lí đầu tiên đưa vào thực tiễn ngay từ đầu thế kỉ 20 chính là phân tâm đứng đầu phong trào là Freud và các học trò của ông. Trị liệu này đã chiếm vị trí thống soái trong nhiều năm và cho đến nay vẫn còn sử dụng mặc dù đã có những thay đổi qua hơn 100 năm.

Vào đầu những năm 1950 và 1960 xuất hiện 2 dạng trị liệu tâm lí từ chối những nguyên tắc phân tâm. Liệu pháp hành vi (ví dụ Wolpe 1982) phản đối việc tập trung vào những quá trình tinh thần ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi và cho rằng phân tâm không mang tính khoa học. Những người theo dạng liệu pháp này cho rằng hành vi chịu sự kiểm soát chủ yếu của các yếu tố bên ngoài, rằng cần phải dựa trên những nguyên tắc của khoa học "vững chắc" về điều kiện cổ điển và điều kiện tạo tác (operant). Cũng trong khoảng thời gian này, các liệu pháp nhân văn (Rogers 1961) phản đối phân tâm không phải ở bản chất tâm thần của phân tâm mà là ở bản chất của hiện tượng tâm thần. Khác với phân tâm khi quan niệm rằng hành vi và cảm xúc chịu ảnh hưởng của chấn thương trong quá khứ, các nghiên cứu dựa trên quan niệm rằng hành vi cũng được thúc đẩy bởi kỳ vọng vào tương lai

và cùng với nó là tiềm năng "tự thể hiện" đối với các vấn đề. Liệu pháp được thiết kế nhằm hỗ trợ cá nhân thể hiện được tiềm năng của mình chứ không phải là giải quyết những chấn thương trong quá khứ.

Liệu pháp được ứng dụng rộng rãi nhất chính là một dạng liệu pháp phát sinh từ liệu pháp hành vi, đó chính là liệu pháp hành vi nhận thức (Beck 1978). Liệu pháp này tập trung vào quá trình tư duy hoặc nhận thức. Đây được xem như là đóng vai trò chủ đạo trong hành vi và cảm xúc. Liệu pháp này không đưa ra khái niệm về chấn thương trong quá khứ cũng như những kì vọng vào tương lai. Nó cũng không dựa vào mô hình nhân cách như của phân tâm hay liệu pháp nhân văn. Ngược lại nó tập trung vào suy nghĩ của chúng ta ảnh hưởng như thế nào đến hành vi và cảm xúc tại một thời điểm cụ thể . Lí thuyết này quan niệm rằng do những vấn đề về SKTT nên nhận thức có những "sai sót" và biến đổi chức năng. Thông qua một loạt các chiến lược giáo dục và trị liệu, liệu pháp tập trung vào thay đổi nhận thức sao cho chúng vận hành hợp lí hơn, giảm thiểu những "sai sót". Mặt khác liệu pháp này cần kiên trì tập trung vào hành vi: có thể thay đổi được nhận thức sai lầm thông qua thực nghiệm hành vi được thiết kế để mô tả/ minh hoạ những sai lầm trong suy nghĩ. Mỗi mô hình như vậy được mô tả và đề cập đến một cách chi tiết hơn trong chương 2 và các chương trong phần II.

TRỊ LIỆU TÂM LÍ HOẶC LÀ TRỊ LIỆU DƯỢC LÍ

Người ta hoàn toàn có cơ sở để nhận định rằng ở cấp độ cơ bản, các quá trình sinh hoá có ảnh hưởng đến hành vi còn ở cấp độ quá trình dược lí, các chất DTTK ảnh hưởng đến cảm xúc. Và đây cũng là dạng trực tiếp nhất và có hiệu quả trong trị liệu các RLSKTT. Tuy nhiên logic này không đúng cho mọi trường hợp và cũng không có nghĩa rằng trị liệu tâm lí không ảnh hưởng gì đến các quá trình sinh học cơ bản đứng đằng sau các RLSKTT. Điều này cũng không phải là những trường hợp riêng lẻ mà thực tế đã có những sự hỗ trợ qua lại mạnh mẽ giữa 2 dạng trị liệu.Trị liệu tâm lí cũng là nguyên nhân gây ra các biến đổi ở cấp độ sinh hoá, nếu không thì nó đã không thể làm thay đổi được cảm xúc. Tương tự, trị liệu dược lí cũng làm thay đổi nhận thức và hành vi, mục tiêu cơ bản của hầu hết các can thiệp tâm lí. Một trong những lí do mà trị liệu tâm lí thích nêu ra để tranh luận đó là có nhiều loại thuốc chỉ có tác dụng khi chúng được dùng. Một khi liệu trình dùng thuốc kết thúc thì tác dụng của nó cũng dừng lại. Và như vậy, trạng thái sinh hoá cũng như cảm xúc hành vi của cá nhân có thể trở lại thời điểm trước khi dùng thuốc. Để ngăn ngừa điều này, rất nhiều người đã được kê đơn thuốc, ví dụ như thuốc chống trầm cảm, kéo dài hơn rất nhiều so với dự kiến ban đầu. Ngược lại cũng có một số người cho rằng trị liệu tâm lí đã chuẩn bị cho cá nhân đối phó với stress mà cá nhân đó gặp phải hiện nay và sau này và cũng đồng nghĩa với việc giảm thiểu nguy cơ tái phát một khi trị liệu kết thúc.

Cả 2 lí do trên có thể đã bị phóng đại. Có nhiều người vẫn duy trì được tốt trạng thái SKTT sau khi kết thúc trị liệu dược lí mặc dù nguyên nhân mang tính chất tâm lí nhiều hơn dược lí. Ví dụ, người bị trầm cảm thu mình khỏi gia đình và xã hội đã cải thiện được sức khoẻ sau khi dùng thuốc. Sự cải thiện này đã giúp cho họ tăng cường giao tiếp với mọi người và cuộc sống của họ trở nên dễ chịu hơn. Kết quả tốt đẹp đó lại có thể làm tăng nồng độ của các chất DTTK (serotonin và norepinephrine- xem chương 3), làm tăng thêm khả năng phòng ngừa trầm cảm và duy trì trạng thái khoẻ mạnh của họ cả khi đã dùng thuốc. Nếu họ không có sự cải thiện tích cực thì nguy cơ tái phát có thể tăng cao.

Cũng phải thừa nhận một điều là với một số người, trị liệu tâm lí không có kết quả hoặc tái phát ngay sau khi trị liệu tâm lí có kết quả tốt. Họ có thể quên hoặc không thực hiện được những kĩ năng mới hình thành hoặc cảm thấy quá mệt mỏi với hoàn cảnh và SKTT giảm sút. Chính vì vậy, một số người bệnh vực cho trị liệu tâm lí cho rằng cần phải trị liệu "củng cố" thêm vài tháng sau để duy trì được trạng thái tâm thần tích cực.

Cả 2 dạng trị liệu tâm lí và dược lí đều có tác dụng đối với các rối loạn tâm thần. Trị liệu tâm lí được xem là có hiệu quả hơn trị liệu dược lí đối với những trạng thái như chán ăn tâm lí, rối loạn hoảng loạn hoặc một số vấn đề về tình dục. Ngược lại, mặc dù ngày càng có nhiều dạng trị liệu tâm lí được sử dụng đối với TTPL song liệu pháp thuốc vẫn là chủ yếu. Đối với một số trạng thái, ví dụ như trầm cảm, hiệu quả của 2 dạng trị liệu vẫn còn đang tranh luận quyết liệt (xem chương 8). Cuộc tranh luận này được đề cập kĩ hơn ở các chương trong phần II.

Mô hình văn hóa – xã hội

Tất cả các mô hình đã được bàn luận đều dựa trên quan niệm cho rằng nguyên nhân của các RLTT nằm trong cá nhân, đó có thể là do di truyền, hoá sinh hoặc tâm lí. Ngược lại, mô hình văn hoá - xã hội cho rằng nguyên nhân là từ các yếu tố xã hội bên ngoài. Các yếu tố văn hoá- xã hội bao gồm những loại ảnh hưởng khác nhau, từ gia đình cho đến các yếu tố kinh tế – xã hội. Một số các yếu tố đó đã được xác định trong *Tổng quan cơ cấu bệnh tâm thần ở Anh* (Jenkins và cs. 1998). Nghiên cứu này phát hiện thấy tỉ lệ trầm cảm và lo âu tăng cao ở phụ nữ, những người sống ở thành phố, người thất nghiệp và những người sống li thân, li dị hoặc goá. Loạn thần ở cư dân thành phố cũng chiếm tỉ lệ cao hơn so với nông thôn. Phụ thuộc rượu trong số những người thất nghiệp cao gần gấp 2 lần so với những người có việc làm. Những người dân tộc thiểu số hoặc ở vị thế kinh tế- xã hội thấp cũng có tỉ lệ trầm cảm, rối loạn stress không đặc hiệu, TTPL hoặc lạm dụng chất cao hơn so với tầng lớp kinh tế – xã hội bên trên (Ulbrich và cs. 1989). Cũng có nhiều lí thuyết khác nhau được đưa ra để giải thích. Các lí thuyết này được bàn đến chi tiết hơn trong chương 4.

SỰ KHÁC BIỆT VỀ VỊ THẾ KINH TẾ- XÃ HỘI

- *Các biến cố xã hội*: tiếp cận này cho rằng những vấn đề về SKTT chiếm tỉ lệ cao ở những người thuộc tầng lớp kinh tế – xã hội bên dưới là do các cá nhân luôn phải đối mặt với những vấn đề về kinh tế để tồn tại. Họ có thể không duy trì được công việc hoặc không thể làm thêm gì để duy trì mức sống và điều đó càng đẩy họ trượt xuống phía dưới của thang kinh tế- xã hội.
- *Stress xã hội*: tiếp cận này cho rằng sống trong các điều kiện kinh tế – xã hội khác nhau sẽ tạo ra những mức độ stress khác nhau: càng ở phía dưới của bậc thang kinh tế – xã hội thì mức stress càng cao. Stress liên quan đến những vấn đề suy giảm vị thế kinh tế- xã hội sẽ gây ra các vấn đề về SKTT.
- *Mô hình thiếu nguồn lực*: tương tự như mô hình stress xã hội, mô hình này cho rằng những người có kinh tế kém thì cũng ít có nguồn lực để giúp họ giải quyết những yêu cầu của cuộc sống. Những nguồn lực này có thể là kinh tế, tâm lí, xã hội hoặc môi trường. Do vậy những vấn đề về SKTT cũng được xem như là hậu quả của thiếu nguồn lực.

SỰ KHÁC BIỆT VỀ GIỚI

- *Thiện chí bày tỏ rối loạn stress*: có một lí thuyết cho rằng sự khác biệt về giới xung quanh những vấn đề SKTT chẳng qua chỉ là bề ngoài chứ không thực chất bởi vì phụ nữ sẵn sàng đến chỗ bác sĩ của họ để bày tỏ những vấn đề SKTT. Tuy nhiên lí thuyết này hầu như không đứng vững (Weich và cs. 1998).
- *Sự căng thẳng về vai trò*: một giả thuyết khác cho rằng phụ nữ chịu căng thẳng trong các vai trò gồm cả những yêu cầu của công việc và gia đình nhiều hơn nam giới. Họ phải chịu nhiều stress hơn và đương nhiên là cũng nhiều vấn đề SKTT hơn.

VỊ THẾ THIỂU SỐ

- *Nhầm lẫn với tầng lớp xã hội*: mô hình này cho rằng sự liên quan giữa vị thế thiểu số với những vấn đề SKTT thực ra là không đúng. Điều này, theo mô hình, là bản thân những người thuộc dân tộc thiểu số thường chủ yếu rơi vào tầng lớp kinh tế – xã hội bên dưới. Do vậy những vấn đề SKTT của họ là do kinh tế – xã hội chứ không phải do họ là dân tộc thiểu số.
- *Thái độ kì thị*: mô hình này cho rằng có mối liên hệ trực tiếp giữa người dân tộc thiểu số với SKTT. Những vấn đề SKTT có thể do những stress mà họ gặp phải do là người dân tộc thiểu số như thái độ kì thị quá đáng.

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

Mô hình hệ thống

Một hệ thống khép kín có thể ảnh hưởng tới SKTT chính là gia đình. Các nhà lí thuyết về hệ thống gia đình quan niệm rằng các thành viên trong gia đình đều nằm trong một hệ thống có các tác động qua lại. Mỗi người đều ảnh hưởng đến những người xung quanh. Hành vi của mỗi cá nhân trong hệ thống này cũng như giao tiếp giữa họ có thể dẫn từng thành viên cá nhân ứng xử theo cách được coi là "bất thường". Có lẽ một trong những dạng rối loạn gia đình nổi bật là khi có sự lạm dụng tình dục trẻ em trong gia đình. Mức độ lạm dụng tình dục rất cao ở những phụ nữ tìm đến trị liệu tâm lí với các trạng thái khác nhau như: trầm cảm, lo âu và chán ăn tâm lí (Jaffe và cs. 2002).

Một trong những mô hình đầu tiên của tác động qua lại trong gia đình có liên quan đến SKTT được quan tâm đến chính là những người bị TTPL. Brown và cs. (ví dụ, Brown và cs. 1972) là người đầu tiên xác định những đặc điểm gia đình, bây giờ được gọi với cái tên biểu hiện cảm xúc âm tính cao (NEE). Với đặc điểm này, những người có khuynh hướng xuất hiện pha phân liệt hay gặp khó khăn. Người bệnh trong gia đình hay có không khí thù địch, phê phán công kích hoặc can thiệp quá sâu vào công việc của người khác thường có tỉ lệ tái phát cao hơn so với cá nhân ở trong gia đình khác. Giảm mức độ NEE sẽ giảm đáng kể tỉ lệ tái phát. Hai là, theo các nhà trị liệu gia đình, hệ thống gia đình càng phức tạp thì càng ảnh hưởng đến sự phát triển chán ăn tâm lí ở những phụ nữ trẻ (Minuchin 1974). Các loại mô hình gia đình bệnh lí được xem xét chi tiết hơn trong chương 4 và các chương trong phần II.

Mô hình sinh – tâm – xã hội

Những gì đã được bàn ở chương này cho thấy dù là sống trong môi trường stress cũng như có một gen nào đó không nhất thiết là dẫn đến rối loạn SKTT. Cả 2 hệ thống yếu tố đó chỉ làm tăng nguy cơ cá nhân đối với RLTT. Nguy cơ đó có trở thành hiện thực hay không còn phụ thuộc vào sự tương tác giữa các yếu tố đó và với các yếu tố khác. Ví dụ, cá nhân mang gen có nguy cơ bị trầm cảm thì dễ bị trầm cảm khi sống trong môi trường stress hơn là môi trường không có stress. Một người nào đó không mang gen nguy cơ trầm cảm thì ít có khả năng bị trầm cảm. Tuy nhiên điều này không có nghĩa là họ không thể bị. Nếu họ sống trong một môi trường nhất định, họ vẫn có thể bị trầm cảm. Cũng có một số gen bảo vệ cá nhân chống lại các rối loạn. Tương tự, một số môi trường xã hội cũng có thể giúp cá nhân phát triển tính mềm dẻo để có thể đối phó có hiệu quả với stress.

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

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

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

Mô hình thể trạng stress

Mô hình thể trạng stress là một dạng cụ thể của mô hình sinh – tâm – xã hội. Trong mô hình này yếu tố thể trạng hàm ý đến tính dễ bị tổn thương về mặt sinh học. Stress có trong bất kỳ một sự kiện hoặc trạng thái bệnh lí nào cũng tương tác với tính dễ bị tổn thương và chi phối đến nguy cơ xuất hiện rối loạn. Tính dễ bị tổn thương sinh học của cá nhân càng thấp thì stress càng phải lớn mới có thể gây ra rối loạn và ngược lại, tính dễ bị tổn thương sinh học của cá nhân cao thì chỉ cần 1 stress nhỏ cũng có thể gây ra rối loạn. Bản chất chung của tính tổn thương sinh học và dạng stress là chúng gây ra những vấn đề khác nhau trong các rối loạn khác nhau. Trong các chương ở phần II sẽ bàn đến một cách chi tiết vai trò từng yếu tố trong nguy cơ các vấn đề SKTT. Cũng cần phải lưu ý rằng trong hầu hết các trường hợp, các yếu tố nguy cơ có thể kết hợp với nhau trong mô hình thể trạng stress/ sinh – tâm – xã hội mặc dù nó không được đề cập một cách chi tiết trong chương này.

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

Tóm tắt chương

1. Định nghĩa "dị thường" trong mối quan hệ với các RLSKTT thường bao gồm: rối loạn quá trình nhận thức, rối loạn stress hoặc rối loạn chức năng và đáp ứng không bình thường với hoàn cảnh cụ thể. Nó cũng có thể bao gồm cả cá nhân trở nên nguy hiểm với chính họ, tuy nhiên điều này là không thường xuyên.
2. Chẩn đoán các RLSKTT, như trong DSM và ICD, về cơ bản đi theo mô hình sinh học hoặc bệnh/ y khoa mà đã được Kraepelin xác lập từ cuối thế kỉ 19.
3. Theo mô hình này, chẩn đoán cẩn thận là rất quan trọng cho việc điều trị và nghiên cứu các rối loạn SKTT.
4. Chẩn đoán dựa trên sự hiện diện của một loạt các triệu chứng, bao gồm ảo giác, mất ngủ, khi sắc giảm v.v… Tiếp cận phân loại này dẫn đến quá trình chẩn đoán 2 cực, trong đó cá nhân hoặc là bị rối loạn hoặc là không.
5. Các tiếp cận chiều hướng cho rằng những gì mà cá nhân bị RLSKTT trải nghiệm chỉ khác về mức độ chứ không khác về nguyên tắc so với những gì mà người "bình thường" trải nghiệm.
6. Nhìn chung các nhà trị liệu tâm lí cho rằng các danh mục chẩn đoán không giúp ích gì. Thay vào đó trị liệu tập trung vào bản chất của các yếu tố gây ra và duy trì những vấn đề của cá nhân. Đây mới là tiêu điểm của trị liệu.
7. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển các RLSKTT: các yếu tố di truyền, sinh học, văn hoá - xã hội và gia đình, và các yếu tố tâm lí cá nhân. Tuy nhiên không có một tiếp cận nào có đủ khả năng giải thích sự phát triển của bất kì một rối loạn nào và hầu hết đều là do sự kết hợp của nhiều yếu tố: tiếp cận sinh – tâm – xã hội.

Câu hỏi thảo luận

1. Liệu chúng ta có nên hạn chế những người đã được điều trị về RLTT được sống trong cộng đồng? Liệu để những người như nhân cách bệnh dạng như suy đồi tình dục với trẻ em sống trong ccộng đồng có là một nguy cơ? hay phải quản lí họ trong bệnh viện hoặc trong nhà tù?
2. Bạn nghĩ như thế nào nếu có người nói rằng cá nhân đang nói chuyện với bạn là người mắc TTPL? Điều đó sẽ làm thay đổi như thế nào đến cách đánh giá của bạn về hành vi của các nhân đó hoặc những phản ứng của bạn đối với những người đó?
3. Một số RLTT nặng, ví dụ như bệnh Huntington, ở người bệnh đầu tiên xuất hiện cứng cơ sau đó tan rã tâm thần và dẫn đến tử vong ở tuổi trung niên và có thể dự đoán được bằng xét nghiệm gen. Bệnh chưa thể phòng ngừa được. Người có gen

bệnh có thể quyết định không sinh con để khỏi truyền bệnh. Liệu bạn có muốn biết xem mình có gen đó hay không?

4. Nếu như có sự lựa chọn dùng thuốc hoặc trị liệu tâm lí đối với các vấn đề về sức khoẻ tâm thần thì bạn lựa chọn phương pháp nào? Tại sao?

Chương 2

CÁC TRƯỜNG PHÁI TÂM LÍ HỌC

Kể từ cuối thế kỷ 19, có 4 trường phái liệu pháp tâm lí chính, mỗi trường phái lại có một cách giải thích khác nhau về nguyên nhân của các vấn đề SKTT:

- *Phân tâm học* coi những chấn thương tâm lí từ tuổi thơ và vô thức là nguyên nhân gây ra các vấn đề tâm lí ở tuổi trưởng thành.
- *Trường phái hành vi* thì cho rằng tâm bệnh xuất phát từ các quá trình điều kiện hoá (conditioning).
- *Trường phái nhận thức hay hành vi nhận thức* giả định rằng yếu tố quy định tâm bệnh là những nhận thức không thích hợp và lệch lạc của con người.
- *Tâm lí học nhân văn* xem tâm bệnh là hậu quả của việc cá nhân đi lệch khỏi con đường tự thể hiện (self-actualization).

Để có thể hiểu được các trường phái trị liệu, cần hiểu được cơ sở lí luận của mỗi trường phái đó. Vì thế chương này cung cấp một cái nhìn khái quát về cơ sở lí thuyết làm nền tảng cho mỗi hướng tiếp cận và một số chiến lược họ sử dụng nhằm đạt được hiệu quả. Sau khi đọc toàn chương, bạn sẽ nắm được lí luận và một số ứng dụng của mỗi hướng tiếp cận.

Tiếp cận phân tâm

Freud

Sigmund Freud là một trong những nhà trị liệu đầu tiên khám phá vai trò của những yếu tố từ tuổi thơ và vô thức trong việc lí giải các vấn đề ở tuổi trưởng thành. Các công trình nghiên cứu của ông vào cuối thế kỷ 19 và đầu thế kỷ 20 mang tính đột phá cao. Những công trình này dựa trên lí thuyết về vô thức, phần lớn bắt nguồn từ những trường hợp mà Freud gặp khi thực hành nghề nghiệp tại thành phố Viên.

Freud cho rằng nhân cách bao gồm 3 thành tố cơ bản: cái "nó" (the id), cái "tôi" (the ego) và cái "siêu tôi" (the superego). Cái "nó" được vận hành bởi những bản năng cơ bản như tình dục và xâm kích, đó là những bản năng mà Freud coi là xung năng chính thúc đẩy hành vi của con người. Cái "nó" hoạt động theo nguyên tắc thoả mãn. Điều này có nghĩa là, nó tìm kiếm sự thoả mãn tối đa ngay lập tức. Cái "tôi" là thành tố hiện thực của nhân cách. Nó hoạt động dựa trên nguyên tắc hiện thực và cũng hướng đến việc tối đa hoá sự thoả mãn của mình, nhưng dưới sự kiềm tỏa của thế giới hiện thực. Cái "siêu tôi" bao gồm đạo đức cá nhân và giá trị xã hội. Nó hoạt động như ý thức, tạo ra cảm giác tội lỗi nếu cá nhân vi phạm những chuẩn mực xã hội. Các thành tố nhân cách cơ bản này đấu tranh không ngừng với nhau để kiểm soát cá nhân. Chẳng hạn như ham muốn tình dục bắt nguồn từ cái "nó". Tuy

nhiên, tình trạng thôi thúc được ngay lập tức thoả mãn về mặt tình dục lại được điều hoà bởi những chuẩn mực đạo đức của cái "siêu tôi" (rằng ham muốn đó là tội lỗi) và cái "tôi" (những cân nhắc có tính hiện thực của cái "tôi" về lợi và hại của những hành động khác nhau). Kết quả của quá trình đấu tranh này thường là một hình thức hành động về tính dục nào đó được xã hội chấp nhận. Tuy nhiên, nếu cái "nó" giành được quyền kiểm soát thì hậu quả sẽ là hành vi hiếp dâm hoặc một hành động bạo lực nào đó.

NĂM GIAI ĐOẠN PHÁT TRIỂN TÂM TÍNH DỤC

Theo Freud, sự phát triển nhân cách diễn ra thông qua chuỗi 5 giai đoạn phát triển tâm tính dục. Giai đoạn đầu tiên là *giai đoạn môi miệng (oral stage)*, đặc trưng bởi việc cá nhân được thoả mãn thông qua con đường môi miệng như bú, khóc hoặc khám phá sự vật bằng miệng. Giai đoạn này diễn ra trong khoảng từ 18 đến 24 tháng tuổi. Vào thời gian này, trẻ chỉ có cái "nó". Theo đó, đặc tính của giai đoạn là trẻ không thể kiềm chế được nhu cầu của mình, ích kỷ và có hành vi đòi hỏi. Ngay sau giai đoạn này là *giai đoạn hậu môn (anal stage)*, kéo dài cho đến khi trẻ ở vào khoảng 42-48 tháng tuổi. Ở giai đoạn này, trẻ đạt được sự thoả mãn thông qua con đường hậu môn. Freud cho rằng quá trình huấn luyện vệ sinh là lần đầu tiên đứa trẻ nhận biết được hành động của chúng đối với người khác và học cách thay đổi hành vi của chúng để làm hài lòng những người này. Nếu trẻ thoả mãn yêu cầu của bố mẹ, chúng sẽ được tán thưởng và động viên. Nếu không, chúng sẽ bị phản đối. Kì vọng mang tính thực tế vào kết quả hành vi của trẻ là khởi đầu cho cái "tôi".

Giai đoạn thứ 3 trong sự phát triển tâm tính dục là *giai đoạn dương vật (phallic stage)*, kéo dài cho đến khi trẻ được 5-6 tuổi. Trong giai đoạn này, cái "siêu tôi" bắt đầu phát triển, nhờ vào việc trẻ trải qua những xung đột về tình dục và nhờ vào phương thức mà trẻ sử dụng để giải quyết xung đột ấy. Theo Freud, trong giai đoạn dương vật, ở trẻ nam phát triển những ý muốn loạn luân hướng về mẹ mình, những ý muốn này được vận hành bởi sự thôi thúc của cái "nó". Ông gọi những ham muốn này là phức cảm Ơ-đíp. Cho đến thời kỳ này, cái "tôi" có thể phán xét, đánh giá những hậu quả thực tế của các hành động này và nhận ra rằng chúng sẽ vấp phải sự phản đối cha mình - người "tình địch". Đứa trẻ cũng nhận ra rằng nếu nó bước vào cuộc cạnh tranh với cha, nó sẽ bị đánh bại. Nó bắt đầu sợ hãi rằng bố nó sẽ thiến nó, để nó không thể trở thành một "tình địch" của ông trong tương lai - hiện tượng này gọi là nỗi lo sợ bị thiến. Điều này khiến cho trẻ, một cách tượng trưng, cho rằng mình có thể quan hệ tình dục với mẹ, như cách làm của cha mình. Nó bắt đầu nhập tâm những niềm tin và giá trị của cha như là một phần của quá trình đồng nhất. Cái "siêu tôi" của trẻ bắt đầu phát triển.

Bé gái cũng phát triển cái "siêu tôi" của mình theo cách tương tự. Freud cho rằng khi bé gái bước vào giai đoạn dương vật, nó bắt đầu nhận ra rằng nó khác với các bạn trai. Nó trải nghiệm cảm giác muốn có dương vật: cảm thấy không đầy đủ và không thoả mãn vì mình thiếu bộ phận này. Nó cũng tin rằng nếu quan hệ tình dục với bố, nó sẽ "sở hữu" bộ

phận đó của bố, ít nhất là một cách tạm thời. Hơn nữa, nếu có mang, nó sẽ có thể mang dương vật đến cho thế giới bằng cách sinh ra một bé trai. Theo cách này, cảm giác mặc cảm dẫn nó đến chỗ phát triển những ham muốn loạn luân với bố. Nó giải quyết những ham muốn này bằng cách đồng nhất mình với mẹ, việc này cho phép nó quan hệ tình dục một cách tưởng tượng với bố khi mẹ làm thế, và dẫn đến việc nó học tập được những giá trị đạo đức của mẹ: sau này trở thành cái "siêu tôi" của chính nó.

Giai đoạn thứ 4 là *giai đoạn ẩn tàng (latency stage)*. Ẩn tàng tiếp diễn cho đến thời kỳ dậy thì. Trong suốt giai đoạn này, cá nhân chuyển ham muốn tình dục và hung tính của mình thành những hứng thú và hoạt động thích hợp với tuổi như chơi thể thao và đầu tư thời gian cho các sở thích. Cuối cùng là *giai đoạn sinh dục*. Nó bắt đầu từ thời kì dậy thì và kéo dài cho đến hết cuộc đời. Trong giai đoạn này, cá nhân được điều chỉnh bởi hai xung năng thúc đẩy cơ bản: tình dục và xâm kích. Cơ thể của chúng ta sinh ra cả năng lượng tình dục/tính dục (libido) và năng lượng xâm kích. Cá nhân khỏe mạnh giải phóng năng lượng này thông qua các con đường xã hội thích hợp: quan hệ giới tính với những người trưởng thành có độ tuổi thích hợp, chơi các môn thể thao, đặt niềm say mê vào công việc, sự nghiệp, v.v… Khi cá nhân không thể tìm được những phương thức giải toả như thế, năng lượng sẽ tích tụ cho đến khi nó không thể kìm lại được nữa và được giải phóng ra dưới một hình thức không được kiểm soát, do vô thức dẫn dắt. Để tránh giải toả những xung năng này một cách không thích hợp, cá nhân làm lệch hướng hoặc phong toả chúng thông qua một loạt những cơ chế vô thức khác nhau.

CÁC CƠ CHẾ PHÒNG VỆ

Theo Freud, các vấn đề về SKTT, hoặc là kết quả từ sự lo hãi của cái "tôi", hoặc là do các cơ chế phòng vệ mà cái "tôi" dựng lên nhằm ngăn những lo lắng này chuyển thành ý thức. Sự lo hãi của cái "tôi" thường liên quan đến những trải nghiệm không tốt của cá nhân vào đầu thời kì thơ ấu. Chúng có thể dẫn cá nhân đến chỗ bị cắm chốt ở một giai đoạn phát triển cụ thể nào đó và khiến cho cá nhân cư xử theo cách tương ứng với giai đoạn phát triển đó ngay cả khi mình đã trưởng thành. Những hành vi này hình thành nên một cơ chế phòng vệ để chống lại sự lo hãi do trải nghiệm tuổi thơ và kí ức về nó gây ra. Chức năng của nó là để tránh cho cá nhân khỏi nhận biết nỗi đau mà họ đang trải nghiệm. Cá nhân có thể thoái lui về các mức độ trước đó của hoạt động tâm tính dục, nhờ đó mà họ vượt qua được các sang chấn ở tuổi trưởng thành. Giai đoạn mà họ thoái lui về được quyết định bởi mức độ nghiêm trọng của sang chấn, tính tương tự của nguyên nhân gây ra sang chấn so với sang chấn trong quá khứ và mức độ thành công mà họ trải qua trong mỗi giai đoạn. Bảng 2.1 mô tả một vài kiểu nhân cách trưởng thành bị dồn nén hoặc cắm chốt. Cá

Bảng 2.1. ***Một số đặc trưng nhân cách tuổi trưởng thành liên quan đến thất bại trong các giai đoạn phát triển theo lí thuyết của Freud***

Giai đoạn	***Những vấn đề liên quan***

Môi miệng	Trầm cảm, ái kỷ, lệ thuộc
Hậu môn	Ngoan cố, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, khổ dâm - bạo dâm
Dương vật	Vấn đề về xác định giới tính, nhân cách chống đối xã hội
Tiềm tàng	Kiểm soát bản thân không đúng mức hoặc quá đáng
Sinh dục	Khuếch trương bản ngã

nhân còn sử dụng nhiều cơ chế phòng vệ khác không liên quan đến sự thoái lui để đương đầu với nỗi lo hãi của cái "tôi". Cơ chế phòng vệ cổ điển nhất, theo Freud, là sự dồn nén. Ở đây, lẽ ra cá nhân đã nhận biết được yếu tố gây đe doạ nhưng họ chặn nó lại một cách vô thức và chủ động, nhằm không cho nó bước vào ý thức. Một số cơ chế phòng vệ khác được mô tả trong Bảng 2.2

Bảng 2.2 ***Một số cơ chế phòng vệ theo Freud***

Cơ chế phòng vệ	***Định nghĩa***	***Ví dụ***
Dồn nén	Yếu tố gây sợ hãi bị "khoá" trong vô thức, không thể được ý thức	Một người trưởng thành không thể nhớ lại rằng khi còn nhỏ mình đã bị lạm dụng tình dục
Từ chối/ không thừa nhận	Ngăn không cho yếu tố gây sợ hãi bước vào ý thức	Một người cha/mẹ không thể chấp nhận cái chết của con mình
Phóng chiếu	Biến một hành động hoặc xung năng không được chấp nhận thành một hành động khác	Một người không thừa nhận mình là người tình dục đồng giới, và cho rằng người tình dục đồng giới liên tục có những tiếp xúc giới tính
Chuyển di	Chuyển mục tiêu của một xung năng không được chấp nhận	"Đá con mèo" thay vì trả đũa người khiến mình tức giận hoặc đau khổ, thất vọng
Tổ chức phản ứng	Bộc lộ những hành động ngược lại hoàn toàn với mong muốn không được chấp nhận của mình	Một người đang có ý định kết thúc mối quan hệ, nhưng lại tiếp tục biểu hiện tình cảm thắm thiết với người l bạn của mình
Thăng hoa	Biểu hiện xung năng không được chấp nhận theo cách tượng trưng	Đứa trẻ, nếu không được thoả mãn ham muốn vầy phân ở giai đoạn hậu môn, sẽ trở thành một người làm vườn khi trưởng thành

Hoán đổi	Bộc lộ yếu tố gây đau khổ về mặt tinh thần thông qua các triệu chứng cơ thể tượng trưng	Một người lính nhận thấy việc bắn người khác là không thể chấp nhận được, phát triển bệnh tê/liệt ở tay
Tháo gỡ	Hành động lặp đi lặp lại nhằm chuộc lỗi cho một hành vi hay xung năng không được chấp nhận	Rửa đi rửa lại tay sau khi ngoại tình

Một ca kinh điển liên quan đến cơ chế phòng vệ của cái "tôi" là trường hợp bé Hans. Cậu bé này vô cùng sợ ngựa. Theo Freud, điều này ngầm ẩn rằng cậu sợ bố: có nghĩa là, nỗi lo sợ bị thiến. Cơ chế phòng vệ của Hans là phóng chiếu nỗi sợ bố sang một sự vật dễ chấp nhận hơn, đó là ngựa, loài vật to lớn và mạnh mẽ như bố của cậu và cũng hành động như những gì mà cậu cho là biểu tượng về ông. Rối nhiễu khác mà Freud coi như một cơ chế phòng vệ là chứng đái dầm, ông cho đây là hình thức tượng trưng của thủ dâm. Đái dầm biểu hiện ngầm ẩn nhu cầu tình dục theo cách biến chúng thành một triệu chứng sinh lí dễ được chấp nhận hơn.

PHÊ PHÁN HỌC THUYẾT FREUD

Freud đã khai phá mảnh đất mới để xây dựng một mô hình phức tạp về sự phát triển của con người. Đóng góp của ông trong sự phát triển các học thuyết về nhân cách và tâm bệnh học là không thể bàn cãi. Tuy nhiên lí thuyết của ông cũng gặp nhiều ý kiến phê phán. Ngoài các vấn đề thường thấy như đối với bất kì một lí thuyết nào, sự phê phán còn tập trung ở chỗ lí thuyết Freud còn xuất hiện trước cả một sự kiểm chứng khoa học và thực nghiệm. Mặc dù có nhiều nhà nghiên cứu đã tiến hành các thực nghiệm để đánh giá học thuyết Freud (như Dollard và Miller 1950), học thuyết này vẫn bị bao vây bởi một loạt vấn đề cơ bản khó có thể làm sáng tỏ được, đến mức với bất cứ kết quả nào trong các nghiên cứu như vậy, người ta cũng có thể đưa ra được chứng cứ để ủng hộ hoặc bác bỏ quan điểm của Freud. Bởi vì những quá trình như các xung năng của cái "nó", cơ chế phòng vệ của cái "tôi" và sự cắm chốt đều rất trừu tượng và chúng đều diễn ra trên bình diện vô thức nên không có cách nào có thể nhận biết được một cách chắc chắn sự hiện diện của chúng. Hơn nữa, lí thuyết chỉ đưa ra được rất ít giả thuyết có thể kiểm định. Nếu hành vi của cá nhân đúng với dự đoán của lí thuyết, có thể coi lí thuyết là đáng tin cậy. Tuy nhiên, nếu cá nhân không làm như thế, lí thuyết cũng không bị cho là vô có căn cứ, vì có thể giả định rằng họ không hành động như vậy là do các cơ chế phòng vệ khác nhau.

Sau đây là một số phê phán khác học thuyết của Freud:

- Học thuyết của Freud dựa trên cách giải thích về những thông tin thu nhận được từ những nhóm bệnh nhân tương đối nhỏ và đặc biệt, nhất là ở những người phụ nữ trung lưu tại Viên. Khả năng khái quát hoá từ những ca này đến một cộng đồng dân số lớn hơn hiện vẫn đặt một dấu chấm hỏi.
- Quan điểm của Freud về phụ nữ rất cổ hủ. Nó dựa trên quan điểm văn hoá vào thời đại của ông hơn là một cái nhìn thực sự khoa học.
- Học thuyết của Freud thay đổi theo thời gian, đôi khi không có sự bác bỏ rõ ràng đối với những phiên bản cũ. Do đó, thật khó có thể biết được lí thuyết nào cần phải kiểm định.

Những người cùng thời và thế hệ sau Freud

JUNG

Phân tâm học ngày nay bao gồm rất nhiều bộ lí thuyết khác nhau, tất cả những lí thuyết này đều xem kinh nghiệm thời thơ ấu hoặc vô thức như năng lượng thúc đẩy hành vi, nhưng đã có khác biệt đáng kể so với học thuyết ban đầu của Freud. Carl Jung ([1912] 1956) được Freud coi là "Hoàng thái tử" của phân tâm học. Tuy nhiên, niềm tin của Jung ngày càng trở nên ít đồng thuận với quan điểm của Freud và ông đã tách ra để phát triển chuyên ngành tâm lí học phân tích của riêng mình. Jung cho rằng việc Freud nhấn mạnh tình dục như động cơ chính thúc đẩy hành vi con người là quá đơn giản và sơ lược. Ngược lại, Jung nhấn mạnh những ảnh hưởng tâm lí và tinh thần lên hành vi. Ông cho rằng con người được thúc đẩy bởi những mục tiêu trong tương lai nhiều hơn là được quyết định bởi các sự kiện quá khứ. Tin rằng vô thức của chúng ta phát triển cùng với những trải nghiệm thời thơ ấu, Jung cũng cho rằng một phần của nó phản ánh những đề tài và ý tưởng phổ biến, mà ông gọi là "vô thức tập thể". Theo Jung, "vô thức tập thể" dựa trên nền tảng sinh học và hiện diện thông qua những biểu tượng và các câu chuyện thần thoại chung ở tất cả các giống loài và trong mọi thời đại, đó một loại trí nhớ loài ảnh hưởng đến hoạt động của chúng ta đối với thế giới đang hiện hữu. Jung xem mục tiêu phát triển con người là mở rộng nhận biết ý thức bằng cách tạo ra mối liên hệ giữa cái "tôi" và vô thức. Kết quả cuối cùng của quá trình này là sự thống nhất giữa ý thức và vô thức, mặc dù hiếm khi đạt được điều này một cách hoàn toàn. Ở đây, Jung tiến gần đến trường phái nhân văn, trường phái sẽ được đề cập đến ở những phần sau của chương.

KLEIN

Là một người thuộc thế hệ sau, Melanie Klein (1927) tập trung vào các quá trình tâm lí của trẻ nhỏ thay vì nhấn mạnh vào mối quan hệ mẹ - con trong những tháng đầu của cuộc đời. Bà cho rằng cấu trúc tâm thần từ các tương tác người - người hơn là do những xung năng mang tính sinh học. Theo bà, hoạt động của con người được thúc đẩy bởi những nhu

cầu tiếp xúc với con người, và xung đột cũng như lo hãi của trẻ bắt nguồn từ mối quan hệ của chúng với người lớn hơn là từ xung năng tính dục. Klein cho rằng thoạt đầu, với đứa trẻ, người mẹ như là "vật" (part-object) của bầu sữa và được trẻ trải nghiệm như một "vật tốt" (good object) hay một "vật tồi" (bad object). Một người mẹ tốt khi trẻ thoả mãn nhu cầu thông qua bú, còn nếu trẻ không được thỏa mãn nhu cầu thì đó là mẹ tồi. Đứa trẻ phản ứng với một người mẹ tồi bằng cảm giác khiếp sợ, bất an và phá hoại điên cuồng.

Cùng với thời gian, trẻ bắt đầu nhìn mẹ mình như một "sự vật trọn vẹn" (whole object) có tính hiện thực hơn. Trẻ cũng bắt đầu hiểu rằng cái tốt và cái xấu có thể tồn tại đồng thời ở cùng một con người. Phát hiện này dẫn đến cảm giác thất vọng và tức giận sâu sắc khi trẻ hiểu rằng người mình yêu có thể vừa xấu vừa tốt. Lúc này ở trẻ xuất hiện cảm giác ban sơ về mất mát và chia li, rằng khả năng hợp nhất hoàn toàn với một "người mẹ tốt" là không thể nữa. Có thể trẻ sẽ thấy tội lỗi khi nghĩ rằng mình phải chịu trách nhiệm về việc mối quan hệ này đi đến kết thúc. Tuy nhiên Klein cũng cho rằng trẻ không ý thức được điều này một cách rõ ràng, thậm chí sự nhận biết của chúng chỉ mang tính rời rạc và mờ ảo. Theo Klein, khi gặp stress hoặc căng thẳng, người trưởng thành có thể quay trở lại giai đoạn này của thời thơ ấu, hiểu thế giới hoặc con người là tốt hay là xấu – quá trình mà người ta gọi là sự chia tách (splitting). Điều này càng dễ xảy ra nếu cá nhân bị chấn thương tâm lí khi còn nhỏ và nó có thể ảnh hưởng một cách bất lợi đến những mối quan hệ khi trưởng thành.

Ứng dụng phân tâm học

Mặc dù những có nhiều lí thuyết phân tâm học khác nhau song các lí thuyết này có chung nhiều mục đích trị liệu, bao gồm thâm nhập vào bản chất của chấn thương ban đầu, làm sáng tỏ những vấn đề gây chấn thương trên bình diện ý thức, giúp cá nhân có thể đương đầu với chúng mà không cần sử dụng đến các cơ chế phòng vệ của cái tôi. Khi cá nhân không còn nhu cầu sử dụng đến cơ chế phòng vệ nữa, các triệu chứng sẽ được chữa khỏi.

PHÂN TÂM CỦA FREUD

Freud đã tiến hành thực nghiệm đối với nhiều kĩ thuật trị liệu, trong đó có thôi miên và một hình thức của ám thị (ông ngồi phía sau bệnh nhân, giữ đầu người bệnh trong tay mình, ép nhẹ lên đầu anh ta và ám thị rằng nguyên nhân gây rối nhiễu sẽ được "giải phóng" nếu anh ta thắng được sức ép vật lí đó). Tuy vậy sau đó ông cũng ngừng áp dụng những phương pháp này bởi theo ông, mối quan hệ người bệnh – nhà trị liệu với có vai trò quyết định trong trị liệu tâm lí. Thay vào đó, ông sử dụng quá trình liên tưởng tự do. Quá trình này cho phép thân chủ nói thành tiếng bất cứ điều gì đến trong suy nghĩ của mình, nhà trị liệu không có một cố gắng ý thức nào để giám sát hay kiểm duyệt những gì thân chủ nói. Để quá trình được dễ dàng, thân chủ được đặt ở tư thế nằm, sao cho không nhìn thấy khuôn mặt của nhà trị liệu và không bị dẫn dắt bởi bất cứ biểu hiện nét mặt nào của nhà trị liệu, những biểu hiện xuất phát từ mạch suy nghĩ của ông ta.

Thông qua liên tưởng tự do, thân chủ nhớ lại những sự kiện thời thơ ấu. Tuy nhiên do cơ chế phòng vệ của cái "tôi" nên sự tái hiện rất khó khăn. Do vậy, nhà trị liệu sẽ định hướng theo cái mà thân chủ *không* nói, hơn là cái mà họ nói. Sự im lặng, khi mà thân chủ không thể nghĩ được một lời nào, hoặc đột ngột thay đổi chủ đề gần như có thể nói lên một điều gì đó. Sự lỡ lời, trong đó thân chủ nghĩ một điều này nhưng thực tế lại nói một điều khác hẳn (cái gọi là "nói nhịu của Freud") cũng ngầm ẩn một điều mà nhà trị liệu có thể tìm hiểu sâu hơn.

Một kĩ thuật khác được Freud sử dụng là giải mộng. Ông coi đây là "con đường độc tôn dẫn đến vô thức" (Royal Road to the unconcious). Ví dụ một ca giải mộng của Freud (1900) về giấc mơ của một phụ nữ. Trong giấc mơ chị ta thấy những bông hoa trang trí bàn trong một buổi tiệc. Khi yêu cầu chị tự do liên tưởng đến những thành tố trong giấc mơ của mình, chị ta đã liên hệ hoa violet (violet) với hành vi hãm hiếp (violate), một từ mang cả ý nghĩa tình dục lẫn bạo lực. Freud giải thích rằng những bông hoa là biểu tượng của khả năng sinh sản và ngày sinh là biểu tượng của việc sắp sinh nở hay đang mang thai. Theo đó, giấc mơ của người phụ nữ này tượng trưng cho ước muốn được mang thai với vị hôn thê của mình.

Nguồn thông tin thứ 3 về những trải nghiệm tuổi thơ được tìm thấy thông qua việc nghiên cứu mối quan hệ thân chủ - nhà trị liệu. Freud cho rằng một thân chủ có thể phát triển cảm xúc âm tính hoặc dương tính hướng đến nhà trị liệu của họ, quá trình này gọi là sự chuyển dịch. Chuyển dịch tích cực có thể khiến cho thân chủ trở nên phụ thuộc vào nhà trị liệu hoặc thậm chí yêu nhà trị liệu. Chuyển dịch tiêu cực gây ra sự oán hận và tức giận. Theo Freud, đây là sự phản ánh những cảm xúc mà cá nhân dành cho những người khác trong các giai đoạn trước đó của cuộc sống. Nếu thân chủ yêu nhà trị liệu, điều này rất có thể lí giải rằng họ vừa thất bại trong việc giải quyết một xung đột Oedipe trước đó. Freud đã sử dụng chuyển dịch theo 2 cách: thứ nhất là như một quá trình chẩn đoán và thứ hai để giải quyết những xung đột trước đó bằng cách "làm việc cùng với quá trình chuyển dịch". Freud chắc chắn rằng một khi thấu hiểu, cá nhân vẫn có thể sống tốt ngay trên con đường mà sự hiểu biết về chấn thương tâm lí của mình vạch ra. Trong quá trình gọi là xả trừ (catharsis), cá nhân được khuyến khích bộc lộ những cảm xúc trước đó bị các cơ chế phòng vệ kìm hãm lại.

PHÂN TÂM HỌC MỚI

Những liệu pháp của phân tâm học cổ điển tốn quá nhiều thời gian. Freud thích gặp gỡ bệnh nhân 6 lần/ tuần, thậm chí những trường hợp nhẹ cũng phải đến trị liệu 3 buổi/ tuần. Hơn nữa, vì phân tâm học sử dụng liên tưởng tự do nên có thể có những trường hợp cần tới vài tuần hoặc thậm chí vài tháng để thấu hiểu vấn đề của bệnh nhân, còn việc phân tích thì có thể mất tới hàng tháng hay hàng năm. Những lí thuyết gần đây của phân tâm học có xu hướng ngắn gọn hơn, thường dưới 25 buổi trị liệu. Quá trình trị liệu được chia thành 3

giai đoạn rõ rệt: khởi đầu, tích cực và kết thúc. Giai đoạn khởi đầu gồm các bước đánh giá, phát triển mối quan hệ trị liệu và chuẩn bị trị liệu cho thân chủ. Trong giai đoạn tích cực, nhà trị liệu quyết định hướng và mục tiêu trị liệu. Chiến lược trong giai đoạn này là sử dụng kĩ thuật phân tích những trải nghiệm hiện tại trong mối quan hệ với những sự kiện của quá khứ, gợi ra cho cá nhân nhớ lại cảm xúc khi gặp chấn thương tâm lí. Có thể giảm thiểu chuyển dịch bằng cách hạn chế sự phụ thuộc của thân chủ. Giai đoạn kết thúc liệu pháp là một quá trình thương lượng, trong đó nhà trị liệu và thân chủ xem xét và giải quyết hậu quả của mất mát và chia li.

Ở Anh, hầu hết những người từng tham gia trị liệu phân tâm đều xem đây như một liệu pháp cho riêng mình. Vì vậy, không có gì đáng ngạc nhiên khi họ đều cho rằng đó là một liệu pháp có hiệu quả.

Tôi nhận thấy cả quá trình trị liệu thật sự hữu ích, Không ai phán xét bạn, không ai phê bình - bạn thậm chí không cần phải nói chuyện với ai. Họ cho tôi một không gian, ở đó tôi không chịu áp lực phải tìm kiếm những vấn đề quan trọng với mình, điều mà tôi không thể nói, theo đúng nghĩa đen, với bất kỳ ai khác. Tôi tìm ra được rằng những bất hạnh của tôi bắt nguồn từ mối quan hệ tồi tệ với cha mẹ. Phát hiện này giúp tôi khám phá mối quan hệ ấy và gỡ được một vài rắc rối đang đến với tôi vào khoảng thời gian này.

Tiếp cận Hành vi

Nguồn gốc của liệu pháp hành vi nằm trong thuyết điều kiện hoá cổ điển của Pavlov ([1927] 1960) và thuyết điều kiện hoá tạo tác (operant conditioning) của Skinner (1953) phát triển vào nửa đầu thế kỷ 20. Mặc dù khác biệt đáng kể trong cách giải thích về hành vi, song cả hai lí thuyết đều cho rằng:

- Hành vi được quyết định bởi những sự kiện bên ngoài.
- Những kinh nghiệm học được trong quá khứ quyết định hành vi hiện tại.
- Có thể thay đổi hành vi thông qua thay đổi trực tiếp những sự kiện bên ngoài. Không cần thiết phải tìm hiểu hoặc thay đổi "tinh thần" hay "thế giới bên trong" của cá nhân.
- Những nguyên tắc của sự học là đối tượng của sự khám phá khoa học và điều này đúng với mọi loài; nghiên cứu ở chuột cho chúng ta hiểu được hành vi con người.

Điều kiện hoá cổ điển

Ban đầu, Pavlov đã phát hiện ra điều kiện hoá cổ điển dựa trên phản xạ tiết nước bọt của chó. Trong suốt thí nghiệm của mình, ông lưu ý rằng đôi khi, con chó sẽ tiết nước bọt trước khi người ta đưa thức ăn cho nó, một đáp ứng mà ông đặt tên là "sự tiết nước bọt tâm lí". Qua tìm hiểu cơ chế của quá trình này, ông đã phát hiện ra cái mà ngày nay chúng ta gọi là thuyết điều kiện hoá cổ điển. Pavlov cho rằng tiết nước bọt là một đáp ứng bản năng đối với sự xuất hiện thức ăn, đáp ứng này không cần học tập: đáp ứng không điều kiện trước

kích thích không điều kiện. Yếu tố mới lạ trong công trình của Pavlov là ở chỗ ông cho rằng kích thích khác trội lên hiện diện vào lúc con vật có đáp ứng không điều kiện, sau đó sẽ dẫn đến cùng một hành vi: kích thích trung gian ban đầu trở thành một kích thích có điều kiện và gây ra đáp ứng có điều kiện, giống hệt đáp ứng không điều kiện. Có thể phải cần đến một vài lần kết hợp thì sự liên kết giữa đáp ứng trung gian và đáp ứng không điều kiện mới hình thành. Nếu kích thích có điều kiện lặp lại khi không có kích thích không điều kiện sẽ làm giảm dần dần đáp ứng không điều kiện, một quá trình mà người ta gọi là sự dập tắt.

Người ta cho rằng giữa có một mối liên quan giữa những quá trình nói trên với các rối loạn cảm xúc khi thấy trải nghiệm có điều kiện ảnh hưởng rõ rệt đến phản ứng cảm xúc cũng như hành vi. Ví dụ, theo trường phái hành vi, ám ảnh sợ xuất phát từ một trải nghiệm được điều kiện hoá, trong đó cá nhân sợ hãi một cách không thích hợp một vật hoặc một tình huống nhất định. Điều này có liên quan đến trải nghiệm sợ hãi hoặc lo lắng ở một thời điểm nào đó trong quá khứ. Tiếp theo, kích thích có điều kiện sẽ gây ra đáp ứng sợ hãi có điều kiện. Nếu cá nhân trải qua nỗi sợ hãi sâu sắc, quá trình điều kiện hoá có thể mạnh mẽ đến mức chỉ cần một kinh nghiệm được điều kiện hoá cũng có thể dẫn đến nỗi sợ hãi lâu dài khó mà dập tắt được. Ví dụ, một người từng chứng kiến một vụ đâm ô tô có thể có phản ứng ám ảnh sợ đối với việc ngồi trong ô tô và do vậy là tránh ngồi hoặc lái ô tô. Đáp ứng này bao gồm 3 thành tố: *thành tố hành vi* gồm né tránh hoặc chạy trốn đối tượng gây sợ hãi; trạng thái *kích thích sinh lí* cao độ thể hiện qua một loạt những triệu chứng khác nhau như căng thẳng về mặt thể chất, hay giật mình, run hoặc vã mồ hôi; và thành tố thứ 3 là *cảm xúc* lo âu và sợ hãi.

Ví dụ nổi tiếng nhất về điều kiện hoá đáp ứng ám ảnh sợ là trường hợp "Bé Albert" (Watson & Rayner, 1920). Albert 11 tháng tuổi và cậu phải nhập viện do hậu quả của một thí nghiệm. Người ta làm cho cậu sợ hãi thú nhồi bông bằng cách cứ mỗi khi đưa cho cậu con thỏ bông để chơi họ đồng thời tạo ra những âm thanh lớn. Theo thời gian, ở Albert phát triển một nỗi sợ hãi có điều kiện (phản ứng ám ảnh sợ) đối với thú nhồi bông, nỗi sợ hãi này lan toả đến cả những thứ tương tự thú nhồi bông, chẳng hạn như quả bóng bằng bông, bộ lông (da) thú màu trắng hay mặt nạ của ông già Noel. Đáng tiếc là sau đó, mặc dù Albert được phép chơi đồ chơi mà không có tiếng động lớn, khi ra viện cậu vẫn không cải thiện được nỗi ám ảnh sợ - một kết quả mà theo khía cạnh đạo đức ngày nay là không thể chấp nhận được.

Điều kiện hoá tạo tác

Trái ngược với hành vi phản xạ liên quan đến điều kiện hoá cổ điển, điều kiện hoá tạo tác cho rằng hành vi là chủ động và có mục đích. Theo Skinner, hành vi nếu được củng cố sẽ tăng lên về tần suất hay được lặp đi lặp lại; còn nếu không được củng cố hay bị trừng phạt thì sẽ giảm tần suất hoặc không lặp lại nữa. Định nghĩa của ông về cái củng cố (reinforcer) cũng rất hành vi: đó là cái mà người ta quan sát thấy rằng nó làm tăng tần suất

hay cường độ của một hành vi. Ông không đưa ra giả thuyết nào về các quá trình trung gian bên trong như sự yêu thích, sự thoả mãn hay hứng thú.

Skinner phân biệt giữa 2 loại củng cố: *củng cố bậc một* (primary reinforcer), như thức ăn và nước uống, những cái có ý nghĩa sinh học bẩm sinh, và *củng cố có điều kiện*, những củng cố liên hệ với củng cố bậc một thông qua quá trình điều kiện hoá cổ điển phức tạp. Theo cách này, chính thuộc tính của những củng cố như chú ý và tương tác xã hội cũng được củng cố.

Quá trình tạo tác đến sự phát triển của rất nhiều rối loạn tâm thần. Lewinsohn và cs. (1979) cho rằng trầm cảm là hậu quả của việc một cá nhân bị tách ra khỏi hệ thống tán thưởng mà trước đó họ thuộc về. Ngược lại, Seligman (1975) cho rằng trầm cảm bắt nguồn từ thất bại trong việc trốn tránh kích thích tiêu cực của môi trường. Lí luận của ông xuất phát từ một loạt những nghiên cứu mà trong đó người ta áp dụng sốc điện đối với động vật. Đối với những con tránh được sốc điện có vẻ như không xảy ra một tác dụng xấu nào. Còn những con không thể tránh sốc điện có biểu hiện cái mà Seligman gọi là *sự tuyệt vọng được tập nhiễm*. Chúng trở nên thờ ơ và thậm chí khi được đưa vào những điều kiện có thể tránh được sốc điện, chúng cũng không có một cố gắng nào để tránh. Người ta xem điều này là tương tự với một số nguyên nhân gây trầm cảm.

Kết hợp điều kiện hoá cổ điển và điều kiện hoá tạo tác

Mô hình điều kiện hoá cổ điển về ám ảnh sợ đã mô tả đầy đủ quá trình tập nhiễm lo âu và ám ảnh sợ. Tuy nhiên chưa thể giải thích tại sao chúng lại duy trì trong một thời gian dài, bởi vì phơi nhiễm lặp lại với những đối tượng gây sợ hãi hoặc tình huống không có sự đe doạ thì lẽ ra lo âu đã giảm thông qua quá trình dập tắt. Để giải thích cho hiện tượng này, Mowrer (1947) đã đưa ra lí thuyết hai yếu tố kết hợp cả quá trình điều kiện hoá cổ điển và điều kiện hoá tạo tác. Ông cho rằng một khi đáp ứng ám ảnh sợ được thành lập thông qua quá trình điều kiện hoá cổ điển, cá nhân có xu hướng lẩn tránh những kích thích gây ra sự sợ hãi. Điều này dẫn đến 2 hậu quả. Thứ nhất, quá trình điều kiện hoá cổ điển không bị dập tắt vì cá nhân đã tránh các kích thích có điều kiện. Hai là bản thân sự né tránh đã tạo ra cảm giác được thư giãn nên chính nó lại trở thành cái củng cố và đáp ứng né tránh được củng cố bởi quá trình điều kiện hoá tạo tác. Theo cách này, lo âu được duy trì trong khoảng thời gian dài.

Liệu pháp hành vi

Liệu pháp hành vi cho rằng hành vi được các quy tắc của sự học tập điều khiển: rối nhiễu là hậu quả của những kinh nghiệm học tập đặc biệt và có thể điều trị được bằng cách sử dụng chính các nguyên tắc của sự học tập. Liệu pháp mà trường phái hành vi đưa ra khác cơ bản so với liệu pháp phân tâm:

- Các liệu pháp này đều có tính trực tiếp: nhà trị liệu tích cực điều trị thân chủ bằng cách sử dụng các phương pháp dựa trên những nguyên tắc học tập.

- Mục tiêu của liệu pháp là thay đổi hành vi, chứ không phải thay đổi cấu trúc nhân cách.
- Tốn ít thời gian hơn so với các liệu pháp khác.
- Mỗi can thiệp là điều kiện đặc biệt cho nên không có mục tiêu trị liệu chung như "thấu hiểu" hay xả trừ.

CAN THIỆP DỰA TRÊN ĐIỀU KIỆN HOÁ CỔ ĐIỂN

Phương pháp can thiệp này trước tiên được ứng dụng trong trị liệu các rối loạn lo âu, bao gồm cả ám ảnh sợ. Các kĩ thuật chính là giải mẫn cảm hệ thống và tràn ngập. Mục tiêu ban đầu của cả hai kĩ thuật này là làm yếu đi và giải toả đáp ứng sợ hãi đã được điều kiện hoá trước đó; mặt khác, điều kiện hoá những liên hệ cảm xúc ít có hại đối với đối tượng gây sợ hãi trước đây.

Giải mẫn cảm hệ thống

Giải mẫn cảm hệ thống diễn ra như sau: thân chủ tiếp xúc lặp đi lặp lại với hàng loạt kích thích, lúc đầu là những kích thích yếu (theo mức độ sợ hãi do kích thích gây ra) sau đó sau đó là những kích thích mạnh dần. Khi tiếp xúc với kích thích, cá nhân trong trạng thái thư giãn. Kĩ thuật thực hiện thư giãn được hướng dẫn ngay từ đầu đợt trị liệu. Cũng ngay từ đầu, một bậc thang các kích thích được xác lập theo mức độ lo hãi từ yếu đến mạnh cho đến giống với đối tượng hoặc tình huống gây sợ hãi.

Quá trình trị liệu được chia ra thành nhiều giai đoạn. Ở mỗi giai đoạn, đầu tiên thân chủ thư giãn và sau đó được tiếp xúc với một kích thích nằm trong bậc thang đã xây dựng trước đó, bắt đầu bằng kích thích yếu nhất. Những buổi tiếp theo cũng được thực hiện như vậy cho đến khi thân chủ cảm thấy hoàn toàn thoải mái với kích thích. Trị liệu lại được tiếp tục thực hiện theo quy trình như vậy với kích thích mạnh hơn và cuối cùng là với kích thích mạnh nhất. Người ta cho rằng cách thức này đạt được nhiều hiệu quả điều kiện hoá. Thứ nhất, chúng dập tắt đáp ứng sợ hãi trước kích thích gây sợ hãi. Thứ hai, bằng cách thư giãn ngay cả khi có mặt kích thích gây sợ hãi, một quá trình điều kiện hoá ngược lại được thiết lập, quá trình này tập luyện cho cá nhân trạng thái thư giãn trước kích thích gây sợ hãi (xem hộp 2.1).

Hộp 2.1. Ám ảnh sợ nhện của Ruth: một ví dụ về chương trình giải mẫn cảm hệ thống

Với một cá nhân ám ảnh sợ nhện, khi nhìn thấy một con nhện, trở nên lo lắng và hốt hoảng, thường đòi mọi người phải mang con nhện đi chỗ khác. Nhưng với Ruth, vấn đề nghiêm trọng hơn nhiều. Vào mùa đông, cô không hề sợ nhện vì cô biết rằng trong nhà không có nhện. Tuy nhiên, từ mùa xuân đến mùa mùa thu, cô sợ nhện tới nỗi không thể đi vào một căn phòng nào nếu trước đó không có người kiểm tra. Tương tự, nếu không có một thành viên trong gia đình kiểm tra trước, cô sẽ không đi vào đại sảnh hay đi lên cầu thang. Hậu quả

3. Phác hoạ bút chì hình một con nhện.
4. Bức ảnh một con nhện thật.
5. Một con nhện chết nằm trong lọ.
6. Một con nhện chết ở một cái bàn gần đó.
7. Một con nhện sống nằm trong lọ.
8. Một con nhện sống do nhà trị liệu cầm.
9. Một con nhện sống, được thả tự do.

Ruth đã thực hiện hết các bước này trong những buổi trị liệu hàng tuần. Mỗi lần, cô sử dụng kĩ thuật thư giãn và được tiếp xúc với một kích thích tương ứng trong hệ thống. Cô chịu đựng kích thích cho đến cảm thấy hoàn toàn thư giãn và thanh thản. Kích thích được đưa ra, rồi lại được đưa vào, quá trình lặp lại, cho đến khi có biểu hiện thật rõ ràng rằng cô đã hoàn toàn thư giãn và thoải mái đối với một kích thích và tự tin bước vào kích thích tiếp theo.

Một khi Ruth có thể thư giãn ngay cả khi một con nhện sống xuất hiện, cô bắt đầu bậc thang kích thích thứ 2:

1. Đi vào phòng, trong phòng có 1 con nhện bị nhốt.
2. Đi vào phòng, có khả năng trong phòng có 1 con nhện không bị nhốt, chỉ đứng ở trước cửa.
3. Đi vào phòng, mà cô biết chắc là trong phòng có 1 con nhện và giết nó bằng một vật nặng.
4. Đi vào phòng, có khả năng trong phòng có 1 con nhện không bị nhốt, có thể ngồi trong phòng 1 vài phút.

Không phải tất cả những người ám sợ nhện đều cần một chương trình trị liệu từng bước và kéo dài như vậy. Tuy nhiên, đây chỉ là một ví dụ về trị liệu bằng giải mẫn cảm hệ thống.

Tràn ngập

Giải mẫn cảm hệ thống là một tiếp cận trị liệu ám ảnh sợ được thực hiện một cách từ từ và người sử dụng cũng mang tính ôn hoà hơn. Tuy nhiên nó lại mất tương đối nhiều thời gian. Tràn ngập lại là phương pháp hoàn toàn đối lập. Ở đó, thân chủ được đặt trực tiếp vào kích thích gây sợ hãi có cường độ lớn nhất và khuyến khích duy trì nó cho đến khi họ không còn thấy sợ nữa. Quá trình này có thể chỉ tốn một giờ hoặc nhiều hơn chút ít. Liệu pháp dựa trên nguyên tắc *tập luyện thói quen* (habituation). Chúng ta không thể duy trì đáp ứng sợ hãi trong khoảng thời gian dài - sự kiệt sức về thể chất sẽ làm giảm phản ứng sợ hãi, thậm chí ngay trong hoàn cảnh gây ra sợ hãi cao độ. Theo đó, mặc dù mức độ lo lắng hoặc sợ hãi ban đầu là hoàn toàn cao, nếu thân chủ duy trì được tình trạng sợ hãi đủ dài, mức độ sợ hãi của họ sẽ giảm xuống độ bình thường.Sau đó mức độ lo sợ thấp này kết nối với kích thích gây sợ hãi trước đây. Để dập tắt hoàn toàn một số phản ứng sợ hãi, cần lặp đi lặp lại tràn ngập. Đây là một phương pháp trị liệu hiệu quả (Wolpe 1982). Tuy nhiên, nhiều nhà trị liệu lại ưa sử dụng phương pháp giải mẫn cảm hơn vì họ không muốn gây ra mức độ nguy hiểm cao ở thân chủ khi áp dụng tràn ngập. Ngay cả khi thân chủ thoát khỏi nguy hiểm trước khi sợ hãi bị dập tắt, nhà trị liệu vẫn e ngại rằng liệu pháp sẽ một lần nữa củng cố sự lẩn tránh các kích thích gây sợ hãi.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỔI BẬT

Trong khi liệu pháp hành vi đã đạt được (và vẫn đang đạt được) những thành công đáng kể, cho đến những năm 1970 các thuyết điều kiện hoá về sự tập nhiễm nỗi sợ hãi cũng như các phản ứng cảm xúc ngày càng khó giải thích các phát hiện lâm sàng và thực nghiệm nổi bật sau (Carr 1974):

- Nhiều người ám ảnh sợ không thể xác định thấy một sự kiện điều kiện hoá gây tổn thương nào.
- Rất nhiều ám ảnh sợ phổ biến chỉ ở mức độ nhẹ vừa phải (như ám ảnh sợ nhện).
- Nhiều ám ảnh sợ liên quan đến những kích thích ít khi xuất hiện và chắc chắn là có nhiều cá nhân đã trải qua (chẳng hạn như ám sợ rắn).
- Ngược lại, tỉ lệ ám ảnh sợ đối với những kích thích gây sợ hãi thường gặp và tiềm ẩn (như giao thông) thì lại rất ít.
- Ám ảnh sợ có xu hướng duy trì trong gia đình.

Seligman (1970) đưa ra giải thích những phát hiện này. Ông cho rằng một số lo âu cơ bản có lẽ được *kiểm soát bằng mạch điện tử sinh học*. Điều này đem lại lợi ích có tính sống còn cho con người. Việc né tránh các con vật nhỏ, nhanh và có thể nguy hiểm rất cần cho những cá nhân sống trong môi trường hoang dã. Những phản ứng bản năng trở nên có vấn đề khi chúng ta không sống trong những hoàn cảnh như thế nữa song vẫn bị kiểm soát bởi mạch điện tử đó.

Trong khi lí thuyết của Seligman ủng hộ mô hình hành vi thì cũng có những kết quả nghiên cứu khác khó có thể giải thích được bằng cơ chế tập nhiễm sợ hãi. Ví dụ điển hình: một cá nhân ban đầu chỉ sợ bọ cánh cứng (beetles), nhưng sau đó nỗi sợ hãi này lan toả đến rất nhiều kích thích tương tự bao gồm cả xe ô tô của hãng Volkswagen và ban nhạc rốc Beatles (Carr 1974). Về sau thuyết hành vi thừa nhận nguy cơ lan toả của phản ứng sợ hãi sang kích thích tương tự như kích thích đã có, điều này dựa trên thuộc tính vật lí của các kích thích ấy. Rõ ràng là trong những trường hợp như thế này, sự liên quan giữa các kích thích gây sợ hãi tương tự nhau là thuộc về bản chất ngữ nghĩa: nỗi sợ hãi phát triển dựa trên quá trình nhận thức.

THUYẾT HỌC TẬP XÃ HỘI

Khi những ý kiến lí giải các hiện tượng lâm sàng trở nên rõ ràng, cùng lúc đó, nhiều nhà lí luận khác cũng bắt tay vào nghiên cứu vai trò của các quá trình nhận thức trong việc điều khiển hành vi. Một lí thuyết có sức thuyết phục được đưa ra vào thời kỳ này là *thuyết học tập xã hội* (Bandura 1977). Thuyết này cho rằng chúng ta có thể học các phản ứng sợ hãi mà không cần trực tiếp trải nghiệm vật gây sợ hãi. Thay vào đó, sự sợ hãi được học từ việc quan sát phản ứng của những người khác, thông qua một quá trình gọi là *học gián tiếp* (vicarious learning). Quan điểm này là một lí giải có tính nhận thức về hiện tượng ám ảnh sợ ngay cả khi cá nhân không gặp phải kích thích và hiện tượng ám ảnh sợ trong gia đình. Cũng bắt nguồn từ quan sát phản ứng của người khác đối với kích thích gây sợ hãi, Bandura giải thích dưới góc độ nhận thức về cơ chế trị liệu của giải mẫn cảm có hệ thống và tràn ngập: sợ hãi giảm là kết quả của việc cá nhân tin tưởng hơn vào khả năng họ có thể đương đầu với sự hiện diện của vật gây sợ hãi.

Tiếp cận nhận thức

Các kết quả ấn tượng của liệu pháp nhận thức của 2 nhà lâm sàng nổi tiếng là Aaron Beck (1977) và Albert Ellis (1977) đã tạo thêm áp lực phải đưa các thành tố nhận thức vào can thiệp hành vi. Cả hai ông đều cho rằng nhận thức sự kiện - chứ không phải bản thân sự kiện - quyết định cảm xúc của chúng ta, và rằng các vấn đề về SKTT là hậu quả của những ý nghĩ không đúng hoặc phi lí. Rối loạn cảm xúc có nguồn gốc từ *sự diễn giải sai* các sự kiện trong hiện thực. Những ý nghĩ này trực tiếp ảnh hưởng đến cảm xúc, hành vi và trạng thái sinh lí của con người. Ellis gọi quá trình này là *Lí thuyết A-B-C* về chức năng của nhân cách. A là một sự kiện hoạt hoá (activating event): một cái gì đó gây ra phản ứng cảm xúc. C là phản ứng cảm xúc hay hành vi trước sự kiện đó. B là quá trình xử lí với sự can thiệp của nhận thức, niềm tin của cá nhân về sự kiện đó, B luôn luôn xảy ra giữa A và C.

Beck gọi những ý nghĩ vận hành cảm xúc âm tính là sự thừa nhận tiêu cực tự động. Những ý nghĩ này xuất hiện trong đầu chúng ta một cách tự động như là đáp ứng đầu tiên của cá nhân trong tình huống cụ thể mặc dù không có logic hay cơ sở trong thực tế. Dù

vậy, việc chúng xuất hiện tự động có nghĩa là không thể bác bỏ được chúng và phải chấp nhận như sự thật. Ông xác định 2 mức độ của nhận thức. Nhận thức bề mặt là cái mà chúng ta nhận biết được. Chúng ta có thể tiếp cận với chúng và nói về chúng một cách dễ dàng. Ở dưới những nhận thức này, mức độ thứ hai, là một hệ thống những niềm tin vô thức về bản thân chúng ta và thế giới, được gọi là những sơ đồ nhận thức (cognitive schemata), những sơ đồ này ảnh hưởng đến nhận thức bề mặt (những chương tiếp theo sẽ xem xét chi tiết hơn về bản chất của những sơ đồ này trong mối quan hệ với trầm cảm, các chứng nghiện và rối loạn nhân cách). Những sơ đồ này, đến lượt mình, tác động tới cảm xúc, hành vi và sinh lí. Trên thực tế, giữa các yếu tố này có mối quan hệ qua lại chặt chẽ với nhau. Cách chúng ta cư xử ảnh hưởng đến sinh lí, cảm xúc và nhận thức của chúng ta, cũng như suy nghĩ của chúng ta tác động tới việc chúng ta làm gì và cảm thấy thế nào.

Beck đưa ra giả thuyết rằng những niềm tin ngầm ẩn của con người về bản thân và thế giới phát triển từ thời kỳ thơ ấu. Một số có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của cá nhân ngày này qua ngày khác. Ví dụ như Price (1982) cho rằng đằng sau tập tính kiểu A (mẫu hành vi luôn chạy đua với thời gian mà người ta cho rằng có thể làm tăng nguy cơ bị bệnh động mạch vành tim), là sự tự đánh giá thấp bản thân và niềm tin rằng chỉ cần luôn luôn chứng tỏ được mình là người chiến thắng và có khả năng thì sẽ được người khác đánh giá cao. Niềm tin ngầm ẩn này củng cố các ý nghĩ bực bội hoặc tranh đua với thời gian. Những sơ đồ khác, như sơ đồ gây ra trầm cảm, có thể chỉ ảnh hưởng một lần đến cuộc đời của cá nhân trong khoảng thời gian nhất định.

Để lí giải tại sao những người có sơ đồ tiêu cực về bản thân lại đau buồn hoặc ở trong tình trạng không ổn định cảm xúc, Beck cho rằng phần lớn thời gian, những cá nhân dễ bị tổn thương có khả năng bỏ qua sơ đồ đó. Tuy nhiên, lúc trưởng thành, khi họ gặp phải một tình huống gây stress, nhất là tình huống gợi lại kinh nghiệm từ tuổi thơ (li dị, chia cắt với người thân, bị bố mẹ từ chối), những sơ đồ tiềm ẩn được hoạt hoá, ảnh hưởng đến nhận thức bề mặt và dẫn đến trầm cảm hoặc các rối loạn cảm xúc khác. Trong một thực nghiệm do Miranda và Gross báo cáo vào năm 1997, người ta tìm được biểu hiện hoạt hoá sơ đồ tiềm ẩn vào thời điểm khí sắc giảm. Hai nhà khoa học nghiên cứu những phản ứng khác nhau của người có hoặc không có tiển sử trầm cảm bằng cách yêu cầu họ tự xếp mình vào một chuỗi tính từ mô tả bản thân trước hoặc sau khi nghe một bản nhạc buồn. Các tác giả nhận thấy không có sự khác biệt nào về tự đánh giá của 2 nhóm trước khi nghe nhạc. Tuy nhiên sau khi nghe nhạc, những người có tiền sử trầm cảm xác định nhiều tính từ âm tính hơn là những người trước đó chưa từng bị trầm cảm. Các tác giả cũng cho rằng đây chính là bằng chứng cho thấy sơ đồ nhận thức tiêu cực đã được hoạt hoá bởi trạng thái khí sắc giảm.

Các mô hình khác về cảm xúc

Tương phản với cách giải thích rất chi tiết và giàu tính lâm sàng của Beck về trầm cảm và lo âu, những nhà lí luận khác cũng đưa ra mô hình chung về cảm xúc (như Smith và

Lazarus 1993). Trong những mô hình này, đáp ứng cảm xúc trước một tình huống được xem như là phản ánh sự đánh giá của cá nhân về tình huống: đánh giá khác nhau kéo theo cảm xúc khác nhau. Smith và Lazarus (1993) xác định 2 loại đánh giá tình huống: sơ cấp và thứ cấp. Đánh giá sơ cấp là xem xét xem sự kiện có thích hợp và phù hợp với động cơ hay không. Đầu tiên là đánh giá quy mô và phạm vi của nó, tiếp theo xem quy mô đó có phù hợp hay không với mục đích, mong muốn của cá nhân. Những đánh giá này cùng tham gia vào việc vận hành một phản ứng cảm xúc tổng hợp: tích cực hay tiêu cực. Những sự kiện được xem là quan trọng với cá nhân nhưng lại không phù hợp với mục đích của cá nhân dẫn đến các cảm xúc âm tính (tiêu cực), còn những sự kiện quan trọng với cá nhân và phù hợp với mục tiêu của họ thì gây ra cảm xúc dương tính (tích cực).

Cảm xúc đặc biệt mà cá nhân trải qua được xếp ngẫu nhiên ở đánh giá thứ cấp và liên quan đến đánh giá sơ cấp. Bốn thành phần của đánh giá thứ cấp là sự quy trách nhiệm (có ai đó phải chịu trách nhiệm về tình huống), tiềm năng giải quyết tập trung vào vấn đề (vấn đề có được giải quyết hay không), tiềm năng giải quyết tập trung vào cảm xúc (cá nhân có thể đương đầu với hậu quả cảm xúc của tình huống đến mức độ nào) và triển vọng tương lai (tình huống có được giải quyết thiên về một hướng nhất định nào hay không, tiêu cực hay tích cực). Smith và Lazarus (1993) xác định 4 nhóm đánh giá thứ cấp có liên quan đến đánh giá sơ cấp tích cực và đưa ra 4 cảm xúc chủ yếu. Theo họ, giận dữ được đặc trưng bởi sự quy trách nhiệm cho người khác (tình huống xấu như thế này là lỗi của người khác), cảm giác tội lỗi vì tự quy trách nhiệm cho mình (do tôi mà mọi sự mới tồi tệ đến thế), bi quan hay lo lắng vì tiềm năng giải quyết tập trung vào cảm xúc không chắc chắn (tôi không rõ phải đương đầu với nó như thế nào), buồn chán vì đánh giá bi quan hoặc không tự tin vào khả năng giải quyết vấn đề cũng như triển vọng tương lai (tôi không chắc là mình có thể giải quyết việc này, có thể nó sẽ kết thúc tồi tệ). Trong khi đó, sự đương đầu thì lại được đặc trưng bởi những đánh giá lạc quan về cả kĩ năng giải quyết tập trung vào vấn đề lẫn triển vọng tương lai (tôi nghĩ rằng mình có thể giải quyết chuyện này thành công). Mặc dù mô hình này quá chi tiết trong nỗ lực giải thích các phản ứng cảm xúc phức tạp trước những sự kiện chỉ bằng số ít các quá trình nhận thức, song nó cũng đã thành công nhất định trong dự đoán những đáp ứng cảm xúc trước các sự kiện gây sang chấn (ví dụ như Bennett và cs. 2002).

Liệu pháp hành vi - nhận thức

Chấp nhận vai trò của nhận thức trong rối loạn SKTT không có nghĩa là phủ nhận tất cả các kĩ thuật của trường phái hành vi. Thực ra ở đây chỉ là sự phát triển chứ không phải là một cuộc cách mạng về liệu pháp. Kĩ thuật hành vi và nhận thức giờ đây thường xuyên được sử dụng cùng với nhau dưới cái tên liệu pháp nhận thức hay liệu pháp hành vi - nhận thức. Điều đó nói lên rằng, mục tiêu của liệu pháp hành vi - nhận thức giờ đây trước tiên là nhằm thay đổi nhận thức, mặc dù thông qua sử dụng cả kĩ thuật nhận thức lẫn kĩ thuật hành vi.

Trị liệu hành vi - nhận thức bao gồm một số yếu tố chung sau:

- Mục tiêu đầu tiên của nó là thay đổi những nhận thức lệch lạc.
- Quá trình trị liệu ngắn.
- Trong liệu pháp vẫn sử dụng một số lượng đáng kể các kĩ thuật hành vi.
- Liệu pháp tập trung vào *cái hiện tại* và *cái ở đây* (the here-and-now), mặc dù để khám phá những sơ đồ nhận thức có thể cần phải tìm hiểu các sự kiện trong quá khứ.
- Liệu pháp có tính trực tiếp: nhà trị liệu chủ động nhận diện nhận thức sai lệch và giúp đỡ thân chủ thay đổi nhận thức đó.
- Liệu pháp tập trung vào huấn luyện kĩ năng cho thân chủ, giúp họ đương đầu tốt hơn với các vấn đề cảm xúc của họ. Meichenbaum (1985) coi nhà trị liệu như một "nhà giáo dục".

Beck, Ellis và những nhà trị liệu nhận thức khác cho rằng nhận thức không tuân theo quy luật của sự học tập. Ellis (1977) mô tả nhận thức sai lệch như là một "ma thuật". Beck (1977) mô tả chúng như các giả định tự động. Điều này có nghĩa là chúng đòi hỏi một dạng can thiệp khác hơn kiểu can thiệp hành vi – cái tuân theo quy luật của điều kiện hoá. Beidel và Turner (1986) phản đối nhận định này và đưa ra chứng cứ về điều kiện hoá tạo tác, ít nhất là đối nhận thức và những kinh nghiệm bên trong khác. Họ cho rằng, nếu nhận thức có thể thay đổi bởi những sự kiện từ môi trường thì sẽ không cần thiết phải sử dụng đến phương pháp nhận thức để thay đổi chúng.

Những quan điểm này được một nhà trị liệu nhận thức người Anh ủng hộ. Teasdale (1993) cho rằng những thay đổi nhận thức qua các buổi trị liệu, về bản chất chỉ là những thay đổi ngắn hạn. Chúng đưa cá nhân đến chỗ có những hành vi kiểm nghiệm các giả thuyết cũ và mới xuất hiện trong buổi trị liệu có sử dụng kĩ thuật kiểm tra hành vi. Sự thay đổi nhận thức dài hạn xảy ra chỉ sau khi những giả thuyết mới này được kiểm nghiệm và khẳng định về mặt hành vi.

Mô hình này cho rằng vai trò của liệu pháp nhận thức là cần thiết để khuyến khích cá nhân tham gia vào một hình thức trị liệu hành vi nào đó. Tiếp theo, can thiệp hành vi, trong đó thân chủ được trực tiếp khuyến khích kiểm tra giả thuyết của họ mà không cần chuẩn bị gì về mặt nhận thức, cần phải chứng tỏ được hiệu quả trong việc thay đổi cảm xúc. Bởi vì yếu tố hành vi chiếm vị trí đáng kể trong liệu pháp nhận thức, cho nên hầu như chưa có nghiên cứu nào kiểm tra giả thuyết này cũng như so sánh giữa liệu pháp hành vi với sự kết hợp hành vi và nhận thức. Tuy nhiên, từ đầu những năm 1990, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành, trong đó liệu pháp nhận thức thuần tuý được so sánh với liệu pháp hành vi thuần tuý. Nhìn chung những nghiên cứu này đã chỉ ra rằng can thiệp nhận thức có hiệu quả

cao hơn can thiệp hành vi và sự kết hợp hành vi - nhận thức còn đạt hiệu quả cao hơn là sử dụng chỉ một hướng can thiệp.

CÁC KĨ THUẬT CỦA LIỆU PHÁP NHẬN THỨC

Có lẽ phương pháp đơn giản nhất để thay đổi nhận thức là huấn luyện tự hướng dẫn (self-instruction) (Meichenbaum 1985). Phương pháp này làm ngắt quãng luồng cảm xúc âm tính dẫn đến stress (cảm xúc gây ra những suy nghĩ tiêu cực) thông qua việc thay thế nó bằng những cảm xúc có tính "đương đầu" và tính hiện thực được chuẩn bị sẵn. Có thể chia làm 2 loại: gợi lại việc sử dụng bất cứ kĩ thuật đương đầu nào với stress mà cá nhân từng thực hành, và gợi lại rằng họ có thể đối phó hiệu quả với tình huống (Anh có thể đương đầu với việc này… Anh đã từng làm được điều đó rồi mà… Hãy nhớ thư giãn…).

Một hướng tiếp cận phức tạp hơn, gọi là "thách thức nhận thức", phương pháp này nhằm xác định và đương đầu với thực tế của những giả định tiêu cực mà cá nhân đang trải qua. Ở hướng tiếp cận này, thân chủ được hướng dẫn "nắm bắt" suy nghĩ và xác định mối liên quan giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi. Tiếp đó, họ tập luyện cách xử lí phản ứng cảm xúc tiêu cực tức thời của họ trong những tình huống đặc biệt, song chỉ là giả thuyết hay suy luận chứ không phải là thực tế; để thách thức tính thực tế của chúng và thay thế chúng bằng những suy nghĩ thích hợp và ít gây rối nhiễu cảm xúc hơn ("Tôi cảm thấy chóng mặt… Tôi sắp ngất đi và tự biến mình thành trò hề"… "ồ, trước đây tôi đã từng cảm thấy thế này và cuối cùng thì chẳng có gì quá tồi tệ xảy ra hết - Lần này cũng sẽ chẳng có chuyện gì xảy ra…"). Có thể thực hành kĩ năng này trong buổi trị liệu, trước khi sử dụng nó trong cuộc sống thực.

Thân chủ có thể được hướng dẫn cách xác định và đương đầu với những giả định tiêu cực thông qua phương pháp Socrate hay *khám phá có dẫn dắt* (Beck 1977). Phương pháp này có nghĩa là nhà trị liệu giúp đỡ thân chủ nhận diện những mẫu suy nghĩ lệch lạc gây rối nhiễu bằng cách thách thức các giả định của họ. Nó khuyến khích thân chủ xem xét và đánh giá những nguồn thông tin khác nhau cung cấp chứng cứ về tính thực tế hay phi thực tế của niềm tin của họ. Một kĩ thuật đã được phát triển chuyên biệt nhằm giúp xác định và thách thức niềm tin được biết đến dưới cái tên *"kĩ thuật mũi tên đi xuống"* (Beck và cs. 1979). Khi thân chủ bộc lộ cái có thể trở thành những suy nghĩ hoặc phản ứng không thích hợp trước sự kiện, có thể sử dụng kĩ thuật này để nhận diện những niềm tin lệch lạc gây rối nhiễu. Những câu hỏi mấu chốt bao gồm:

- Bạn lo lắng điều gì về… ?
- Những gì có thể liên quan đến…?
- Hậu quả như thế nào…?
- Hậu quả cuối cùng có thể là gì…?

Đoạn trích sau đây từ buổi trị liệu một người nghiện rượu của Beck và cs. (1993) là một ví dụ về cách sử dụng những câu hỏi này:

Nhà trị liệu (NTL):	Anh cảm thấy hoàn toàn khoẻ mạnh đến mức muốn "thư giãn" bằng rượu khi đi dự tiệc. Vậy anh lo lắng điều gì khi mình trở thành một người luôn tỉnh táo?
Thân chủ (TC):	Tôi không thấy hạnh phúc và có lẽ là ở bên cạnh tôi cũng chẳng vui vẻ gì.
NTL:	Theo anh điều này có thể liên quan đến những cái gì?
TC:	Ôi, mọi người sẽ không nói chuyện với tôi.
NTL:	Anh cho là hậu quả sẽ như thế nào?
TC:	Tôi cần phải được yêu quý. Nghề nghiệp của tôi phụ thuộc vào điều này. Nếu tôi không thể tiếp đãi mọi người trong buổi tiệc, thì tôi không làm tốt việc của mình…
NTL:	Vậy, nếu mọi sự đúng như thế thì điều gì sẽ xảy ra?
TC:	ồ, tôi nghĩ là tôi sẽ mất việc.
NTL:	Thế tức là anh mất việc vì anh đã không say khi dự tiệc à?
TC:	Ôi, gần như thế đấy. Tôi nghĩ là nếu tôi muốn có một tương lai sáng sủa thì lẽ ra điều này không nên xảy ra.

Ở đây, kĩ thuật mũi tên đi xuống được sử dụng vừa để xác định một số niềm tin quan trọng của thân chủ, vừa khiến họ xem xét lại tính đúng đắn của những niềm tin đó.

CÁC CHIẾN LƯỢC HÀNH VI

Can thiệp hành vi là một thành phần quan trọng của rất nhiều phương pháp can thiệp khác. Kích thích hành vi và thách thức hành vi là hai chiến lược được sử dụng rộng rãi nhất trong điều trị trầm cảm. Kích thích hành vi làm tăng mức độ hành động tuần tự theo kế hoạch. Đối với những người bị trầm cảm nặng, phương pháp này có thể giúp họ lên kế hoạch thời gian để ra khỏi giường, đi mua sắm, v.v… Đối với những người nhẹ hơn, nó khuyến khích họ tham gia vào các hoạt động có tính xã hội và thích thú hơn. Thách thức hành vi thiết lập các thực nghiệm hành vi trong buổi trị liệu hay tạo thành bài tập về nhà, những thực nghiệm này thử trực tiếp niềm tin nhận thức mà thân chủ có thể có, với mong muốn phủ định những niềm tin âm tính/tiêu cực và khẳng định niềm tin tích cực. Ví dụ như trong trường hợp ở trên, cá nhân có thể được khuyến khích đi dự tiệc và cố gắng không uống rượu, để nhìn nhận xem điều này có để lại một hậu quả đáng tiếc nào giống như trước

http://www.ebook.edu.vn

đó anh ta nghĩ hay không. Sự thành công trong những nhiệm vụ như thế có thể dẫn đến thay đổi lâu dài về nhận thức, hành vi và cảm xúc.

KĨ THUẬT THƯ GIÃN

Một số rối loạn cảm xúc, như lo âu và giận dữ bệnh lí, chứa đựng các triệu chứng sinh lí rõ rệt từ mức độ căng thẳng thể chất cao cho đến thở gấp (xem chương 3). Stress trường diễn cũng có thể gây ra căng thẳng thể chất, điều ít khi được để ý, và có khả năng dẫn đến mệt mỏi kéo dài, thiếu ngủ, làm tăng tính dễ bị tổn thương của của cá nhân, kéo theo nhiều vấn đề sức khoẻ khác nhau. Thư giãn là một cơ chế giúp giảm nhẹ hiện tượng này. Các kĩ năng thư giãn cho phép cá nhân nghỉ ngơi nhiều nhất có thể trong cả stress cấp diễn lẫn trường diễn. Khi đó, nó làm giảm triệu chứng khó chịu mà cá nhân trải nghiệm cũng như làm tăng đáng kể khả năng kiểm soát tức thời của cá nhân trong các đáp ứng stress - một kết quả tự thân nó đã có giá trị.

Quá trình thư giãn được hướng dẫn rộng rãi nhất bắt nguồn từ *kĩ thuật thư giãn sâu các cơ của Jacobson*. Phương pháp này gây ra sự căng trùng luân phiên các nhóm cơ trên toàn cơ thể theo một chuỗi các yêu cầu. Khi cá nhân đã tương đối thành thạo, bài tập hướng tới sự thư giãn mà không cần căng cơ, hoặc thư giãn các nhóm cơ đặc biệt trong khi vận hành các nhóm cơ khác. Điều này nhằm giúp thân chủ thực tập những hoàn cảnh tương tự trong đời sống thực khi cần dùng đến thư giãn. Những mệnh lệnh trong bài tập thư giãn rất đa dạng, một bài tập điển hình có thể theo những bước sau (quá trình căng cơ được mô tả trong ngoặc đơn):

- Hai bàn tay và hai cẳng tay (nắm chặt bàn tay lại)
- Hai cánh tay (các ngón tay chạm vào vai)
- Vai và cổ dưới (đưa cổ cao lên)
- Gáy (chạm cằm vào ngực)
- Môi (mở rộng miệng ra)
- Trán (nhăn trán lại)
- Bụng/ngực (giữ hơi thở sâu)
- Bụng (căng cơ bụng)
- Cẳng chân và bàn chân (đưa gót chân ra xa, duỗi thẳng các ngón chân; không nhấc cẳng chân lên).

Kiểm soát căng thẳng thể chất

Khi căng thẳng cao độ do tác động của một kích thích, cá nhân có thể nhanh chóng sử dụng kĩ thuật thư giãn để hoá giải căng thẳng. Đối với những người bị stress trường diễn và ít gặp phải tình trạng căng thẳng quá mức, có thể học cách thư giãn theo từng bước.

Thoạt đầu cá nhân học cách kiểm soát (monitoring) mức độ căng thẳng thể chất trong ngày. Bước này mang tính giáo dục, giúp họ nhận diện xem căng thẳng đến mức nào trong cả ngày và cái gì gây ra sự căng thẳng của họ. Sang bước thực hành, kiểm soát giúp họ tìm kiếm manh mối và xác định những nguyên nhân sâu xa hơn, khi đó các bài thư giãn có hiệu quả cụ thể. Phương pháp này đòi hỏi phải có một cuốn "Nhật ký về tình trạng căng thẳng", trong đó cá nhân ghi chép lại các mức độ căng thẳng trong ngày của họ dưới dạng một thang cho điểm (0 = không căng thẳng, 10 = mức độ căng thẳng cao) với một khoảng cách nhất định.

Thư giãn trong đời sống thực

Sau một giai đoạn giám sát sự căng thẳng và học các kĩ thuật thư giãn, cá nhân có thể sử dụng chúng trong cuộc sống hàng ngày. Ở giai đoạn này, thư giãn giúp cá nhân theo dõi và làm giảm sự căng thẳng xuống mức độ thích hợp khi thực hiện các hoạt động hàng ngày hoặc những lúc gặp stress cấp diễn. Tốt nhất là nên sử dụng thư giãn ngay khi chưa quá căng thẳng. Việc sử dụng thường xuyên thư giãn trong những lúc như thế tạo cho cá nhân khả năng ứng phó với tình trạng căng thẳng cao hơn. Một chiến lược thay thế cũng rất hữu ích là thư giãn theo những khoảng thời gian nhất định trong ngày (như nghỉ ngơi để uống cà phê chẳng hạn).

LUYỆN TẬP PHÒNG NGỪA STRESS

Các can thiệp hành vi - nhận thức khác nhau có bản chất khác nhau, tuỳ theo tính chất của rối nhiễu và chính cá nhân được trị liệu. Những hướng tiếp cận khác nhau sẽ được xem xét trong các chương ở Phần II của cuốn sách này. Tuy nhiên, Meichenbaum (1985) phát triển một hướng tiếp cận đơn giản kết hợp các yếu tố khác nhau khi ông trị liệu stress thông thường. Ông cho rằng các liệu pháp hành vi - nhận thức khác nhau có thể phối hợp để trở thành một quá trình học tập lặp đi lặp lại đơn giản. Ông kết hợp những liệu pháp này theo 2 cách. Thứ nhất, theo ông, khi cá nhân đối diện với một yếu tố gây stress (stressor), họ cần xem xét lại liên tục 3 quá trình sau: kiểm tra xem hành vi của họ vẫn còn thích hợp với hoàn cảnh, duy trì sự thư giãn và tự nói chuyện với bản thân một cách thích hợp. Thứ hai, nếu như lường trước được yếu tố gây stress đặc biệt, cần nắm lấy cơ hội luyện tập phản ứng trước khi nó thực sự xảy ra. Một khi ở vào tình huống thực, cá nhân có thể làm theo các chiến lược đã lên kế hoạch. Cuối cùng, sau khi sự việc xảy ra, cá nhân cần có thời gian để xem xét lại xem điều gì đã xảy ra và những bài học thành công hoặc thất bại của mình.

TRẢI NGHIỆM LIỆU PHÁP HÀNH VI - NHẬN THỨC

Dưới đây là quan điểm của một số người sau khi trải qua liệu pháp hành vi - nhận thức:

Tôi nhận thấy nó thực sự hữu ích – nhưng khó quá. Nhà trị liệu gần như yêu cầu tôi nghi ngờ chính những suy nghĩ của tôi. Tôi thấy thực sự khó khăn. Thật sự là tôi đã không thể trình bày rõ ràng những gì tôi

đang nghĩ... hãy để tôi một mình để cố gắng xem xét chúng! Nhưng tôi nhớ một buổi trị liệu, khi đó chúng tôi nói về việc tôi cảm thấy thế nào trong kỳ nghỉ, lúc bắt đầu buổi trị liệu tôi cảm thấy thực sự buồn chán. Nhưng đến cuối buổi thì tôi thấy bản thân quả thật đã khá lên! Tôi bắt đầu xem xét điều này: suy nghĩ của mình về mọi chuyện khác đi có thể khiến cho mình cảm thấy ổn hơn. Cuối cùng tôi thấy buổi trị liệu này thực sự giúp ích cho mình.

Tôi thấy thư giãn quả thực rất bổ ích... Tôi thực sự thoả mãn với nó. Ồ, mọi việc đã ổn - trước đây tôi không dễ nghỉ ngơi như thế. Nhưng tôi thực sự trân trọng sự cổ vũ của nhà trị liệu. Tôi thành thực nghĩ rằng đó là điều quan trọng nhất mà mình có được trong suốt quá trình trị liệu.

Tôi nghĩ rằng chọn cách tiếp cận từ từ để điều trị cơn hoảng loạn của tôi là một phương pháp tốt. Nhà trị liệu thật tốt bụng khi họ lắng nghe những mối quan tâm của tôi và cho tôi những lời khuyên về việc phải làm gì để ngừng hoảng loạn. Tôi không nghĩ rằng mình lại nói chuyện một cách thích thú và kể với chị ấy về tuổi thơ của tôi cũng như nhiều thứ khác nữa - trước đó tôi không thấy được hiệu quả của việc này.

Những lời bình luận này phản ánh một vài vấn đề mà mọi người thường gặp khi trị liệu hành vi - nhận thức và tầm quan trọng của mối quan hệ thân chủ - nhà trị liệu. Điều này đúng với cả khi sử dụng kĩ thuật hành vi - nhận thức tương đối chặt chẽ. Chúng ta sẽ xem xét hướng trị liệu này cụ thể hơn trong chương 5.

Tiếp cận nhân văn

Trường phái nhân văn trong tâm lí học xuất hiện đầu tiên vào những năm 1950 ở Hoa Kì. Những nhân vật chủ chốt của nó gồm có Carl Rogers (1961) và Abraham Maslow (1970). Nó phát triển rộng rãi như một trường phái chống lại phân tâm học và tâm lí học hành vi, hình thành nên "lực lượng thứ 3" bên cạnh hai trường phái này. Những nhà nhân văn cho rằng phân tâm học quá bi quan khi nhấn mạnh sự phá vỡ có tính bệnh lí, phi lí và vô thức của nhân cách. Trường phái hành vi cũng bị bác bỏ vì cách tiếp cận máy móc khi tìm hiểu những rối nhiễu của con người. Ngược lại, các nhà tâm lí học nhân văn mong muốn một nền tâm lí học tập trung vào những động cơ hợp lí, lành mạnh và cao hơn.

Có hai thành phần chính trong hướng tiếp cận nhân văn:

- Hành vi được hiểu dưới dạng kinh nghiệm chủ quan của cá nhân: từ quan điểm hiện tượng luận (phenominological perspective). Theo quan điểm này, kinh nghiệm chủ quan của cá nhân được xem như là một nguồn thông tin đáng tin cậy về giá trị, động cơ và ý nghĩa hành vi của họ.
- Hành vi không bị chế ngự bởi những kinh nghiệm trong quá khứ hay hoàn cảnh hiện tại. Cá nhân "tự do ý chí" và lựa chọn hành vi của mình mà không bị ảnh hưởng của tiền sử hay những xung năng bẩm sinh vô thức.

Mô hình về cá nhân và chứng nhiễu tâm

ROGERS

Carl Rogers (1961) là một trong những người đi đầu của tâm lí học nhân văn. Lí thuyết của ông về cá nhân được gọi là *lí thuyết về cái tôi (self-theory)*, trong đó nó tập trung vào vấn đề tự khái niệm và những kinh nghiệm chủ quan về thế giới. Tiền đề cơ sở của Carl Rogers là tất cả mọi cá nhân đều có tiềm năng bẩm sinh để lớn lên, phát triển và nâng cao khả năng của họ theo cách mà họ chọn: một quá trình mà ông gọi là "tự hiện thực hoá bản thân". "Xu hướng hoạt hoá" này kích thích tính sáng tạo và đưa chúng ta đến chỗ tìm kiếm những thách thức mới cũng như những kĩ năng thúc đẩy sự phát triển lành mạnh. Khi cá nhân đạt được xu hướng hiện thực hoá của họ, điều đó sẽ hướng dẫn hành vi theo cách thúc đẩy hạnh phúc và sự phát triển tích cực. Nếu không, kết quả là sự đau khổ, lo âu hoặc trầm cảm.

Ông cũng lưu ý rằng chúng ta sống trong những thế giới chủ quan do chính chúng ta sáng tạo ra, thế giới ấy được xây dựng bởi một quá trình nhận thức: *trường hiện tượng* (phenominal field). Theo nhiều cách, điều này sẽ được hiện thực hoá trong thực tế, nhưng nó cũng có thể lệch lạc và kém chính xác. Tuy nhiên, phản ứng của chúng ta trước các sự kiện, dù chúng thuộc về cảm xúc hay hành vi, là dựa trên nhận thức của chúng ta về thế giới, chứ không phải là hiện thực "khách quan". Trong cơ cấu này, yếu tố quan trọng nhất là ý thức về bản thân, sự hiểu biết của chúng ta "mình là ai". Rogers xem cái tôi là cái thường trực trong quá trình định hình và tái định hình (forming and reforming). Sở dĩ chúng ta cho rằng cái tôi bất biến là bởi vì chúng ta định kiến và chọn lọc đối với những yếu tố nói trên của thế giới nhận thức được, những yếu tố này thống nhất với kinh nghiệm trước đây. Ý thức về bản thân bị ảnh hưởng bởi những kinh nghiệm quá khứ, hoàn cảnh hiện tại và mong muốn về tương lai. Tuy nhiên, không giống như những nhà phân tâm học, ông cho rằng quá khứ chỉ quan trọng khi cá nhân lựa chọn nó thông qua một sự lựa chọn có ý thức. Tự do ý chí cho phép chúng ta thoát khỏi quá khứ; do vậy hành vi và cảm xúc của chúng ta gắn bó nhiều hơn với hiện tại và có lẽ cả tương lai.

Mặc dù cá nhân nắm bắt được *cái tôi hiện thực*, xu hướng hiện thực hoá của chúng ta vẫn đưa ta đi tới một "phiên bản" khác của cái tôi: *cái tôi lí tưởng*. Cái tôi lí tưởng phản ánh con người mà chúng ta mong muốn trở thành, những mục đích và khát vọng của cuộc sống. Giống như cái tôi, đây là một khái niệm luôn thay đổi và phát triển. Mức độ hoà hợp giữa cái tôi hiện thực và cái tôi lí tưởng có ảnh hưởng sâu sắc đến cảm xúc và hành vi của chúng ta. Khi chúng gần như tương tự nhau (mà Rogers gọi là *hoà hợp*), chúng ta sẽ trải nghiệm những cảm xúc tích cực. Trường hợp ngược lại, chúng ta buồn bã và trải nghiệm những cảm xúc tiêu cực khác, đồng thời quá trình hiện thực hoá bị chặn lại.

Đối với nhiều người, sự không hoà hợp nói trên xuất hiện ngay từ thời thơ ấu. Rogers cho rằng cách cha mẹ yêu thương và tán thưởng con cái ảnh hưởng mạnh mẽ đến sự phát triển sau này. Những yếu tố tinh tế trong tương tác cha mẹ - con cái góp phần làm phát triển tâm bệnh. Một quá trình quan trọng, được gọi là *tôn trọng tích cực có điều kiện*, diễn ra khi bố mẹ thể hiện rằng họ không bằng lòng với hành vi xấu của đứa trẻ, đồng thời không hài lòng với chính nó ("Hành động của con thật tồi tệ và mẹ sẽ không yêu con nếu con làm thế này"). Bố mẹ chỉ yêu thương và tán đồng nếu trẻ xử sự theo cách mà họ muốn. Kết quả là, trẻ chấp nhận "những giá trị" có điều kiện của bố mẹ. Như vậy trẻ dần dần kết hợp những giá trị cá nhân với hành vi của chúng và bắt đầu hành động theo cách được bố mẹ đánh giá cao. Trẻ bắt đầu nội tâm hoá ý muốn của bố hay mẹ vào cái tôi lí tưởng của mình và hành động để giành được cái tôi lí tưởng đó, hơn là chiếm lĩnh mục tiêu và khát vọng thật sự của chính chúng. Hậu quả là, đứa trẻ thất bại trong việc hướng đến tự hiện thực hoá bản thân.

Theo Rogers, có 3 yếu tố tương tác giữa cá nhân với người khác có thể làm cho quá trình hướng đến hiện thực hoá bản thân trở nên dễ dàng hơn:

- *Tôn trọng tích cực vô điều kiện*: chấp nhận và yêu thương cá nhân mà không phụ thuộc vào ứng xử của họ khi được yêu cầu: "Tôi không đồng tình với hành động của bạn… nhưng dù thế nào thì tôi cũng yêu quý bạn".
- *Chân thành*: môi trường trong đó cá nhân có thể bộc lộ thoải mái nhận thức của họ về bản thân, chứ không phải đóng vai người khác hay trốn tránh đằng sau vẻ bề ngoài.
- *Thấu cảm*: môi trường trong đó cá nhân giao tiếp với những người có thể hiểu được thế giới xung quanh từ quan điểm của họ – đó là những người chia sẻ với họ trường hiện tượng.

MASLOW

Niềm tin và những công trình của Rogers về sự phát triển của cá nhân phần lớn bắt nguồn từ quá trình trị liệu của ông, điều này sẽ được xem xét ở phần sau của chương. Những người khác, ví dụ như Maslow, đóng góp phần vào thuyết nhân văn nhưng ông không góp phần vào phát triển trị liệu. Cũng giống như Rogers, ông tin rằng cá nhân nỗ lực suốt đời nhằm đạt được tiềm năng người: đạt được sự *tự hiện thực hoá bản thân*.

Maslow (1970) cho rằng chúng ta được thúc đẩy để đáp ứng những nhu cầu khác nhau, những nhu cầu này được cấu trúc thành thứ bậc, bắt đầu với những đòi hỏi có tính chất sinh học bản năng như giữ ấm và có thức ăn. Theo Maslow, tự hiện thực hoá bản thân chỉ có thể đạt được sau khi thoả mãn những nhu cầu ở bậc thang cao nhất. Hơn nữa, cá nhân chỉ có thể làm được việc này khi tất cả nhu cầu ở mỗi mức độ thấp hơn được thoả mãn. Kết quả là, cá nhân được thúc đẩy để làm thoả mãn các nhu cầu ở những mức độ khác

nhau của bậc thang và tiến tới tự hiện thực hoá bản thân. Bậc thang nhu cầu mà Maslow mô tả gồm các mức độ sau:

- Sinh lí: thức ăn, không khí, giấc ngủ, tình dục, v.v…
- An toàn: an toàn về cả thể chất và tinh thần - ổn định, trật tự xã hội, v.v…
- Tình yêu và sự thuộc về: trao và đón nhận tình cảm, chấp nhận và được chấp nhận…
- Tự trọng: cảm giác tôn trọng bản thân, hiểu biết, đón nhận sự tôn trọng của người khác.

Một khi nhu cầu an toàn sinh học và thể chất được thoả mãn, cá nhân có thể thể hiện hành vi cho phép họ bộc lộ tiềm năng để tự phát triển và có thể sử dụng khả năng của mình đến mức tối đa. Maslow gọi nhu cầu ở mức độ này là *"siêu nhu cầu"*: những nhu cầu dựa trên khát khao phát triển. Bậc thang nhu cầu không cứng nhắc, có thể thay đổi tuỳ thuộc vào từng cá nhân và thời gian, nhưng luôn theo sát với hầu hết mọi người.

Maslow cho rằng có nhiều trải nghiệm liên quan đến tự hiện thực hoá bản thân. Ông gọi mức độ sâu sắc và mạnh mẽ nhất là *một trải nghiệm đỉnh cao* (peak experience), một giai đoạn cảm xúc cường độ mạnh khi chúng ta thực sự cảm thấy mình đang tồn tại. Mặt khác, cũng tồn tại những trải nghiệm lâu dài. Đây là cái mà Maslow gọi là *trải nghiệm bình lặng* (plateau experience), cá nhân cảm thấy sự đánh giá được tăng cường lâu dài theo năm tháng. Hai yếu tố này liên quan đến tự hiện thực hoá bản thân nhưng không đồng nghĩa với nó. Theo Maslow, có thể có cả hai trải nghiệm này mà không tích hợp chúng vào quá trình tự hiện thực hoá. Một số cá nhân có cuộc sống hữu ích, tự hiện thực hoá bản thân, có thể không bao giờ có sự chuyển đổi trải nghiệm đỉnh cao sang bình lặng. Tự hiện thực hoá bản thân là kết quả của sự cân bằng giữa những nhu cầu cần được đáp ứng và việc cá nhân đạt được tất cả những gì ở mức độ cao nhất so với khả năng của họ chứ không phải chỉ trong một giai đoạn thăng hoa nào đó.

Maslow coi tự hiện thực hoá bản thân là thứ cá nhân hoạt động chủ động để hướng đến, nhưng chỉ đạt được một phần nhỏ mà thôi. Tuy nhiên điều này không có nghĩa là không khắc phục được và cá nhân vẫn có thể vượt qua nhiều trở ngại để tự thể hiện mình. Một trong những trở ngại này có thể là nền văn hoá mà cá nhân sống. Maslow cho rằng văn hoá phương tây quá coi trọng đến sự thoả mãn về vật chất, và đây mới chỉ là thoả mãn các nhu cầu sinh lí và an toàn chứ không phải là những nhu cầu ở bậc cao hơn: tình yêu thương và lòng tự trọng.

Liệu pháp nhân văn

Trong trị liệu nhân văn có một số trường phái khác nhau, trong đó trị liệu thân chủ trọng tâm của Carl Rogers là xuất sắc hơn cả. Rogers coi tâm bệnh như hậu quả của việc đi lệch khỏi quá trình tự hiện thực hoá - hậu quả của việc cá nhân phải tiếp nhận một sự quan

tâm tích cực nhưng có điều kiện. Liệu pháp nhằm giúp cá nhân tổ chức lại xu hướng tự hiện thực hoá của chính họ.

Ngay từ đầu, Rogers đã mô tả phương pháp tiếp cận của mình là không định hướng (non-directive). Vai trò của nhà trị liệu là giúp đỡ cá nhân khám phá ra những vấn đề của họ và tìm ra con đường phát triển phù hợp. Ở đây quan hệ bình đẳng giữa nhà trị liệu và thân chủ tạo cho thân chủ khả năng kiểm soát những vấn đề mà họ khám phá ra. Tuy nhiên phân tích kĩ những ghi chép trị liệu của Truax (1966) cho thấy, nhà trị liệu (ngay cả bản thân Rogers) không chỉ đóng vai trò như một người thúc đẩy trung gian mà một cách vô thức, họ đã củng cố những biểu hiện tiến bộ, và bỏ qua những gì kém hoặc không được cải thiện ở thân chủ. Sau khi hiểu được rằng nhà trị liệu không thể có được sự trung lập tuyệt đối, Rogers đã từ bỏ cụm từ "không định hướng", song ông vẫn nhấn mạnh rằng liệu pháp cần tập trung vào sự phát triển của thân chủ chứ không phải tập trung vào sự diễn giải hoặc hành động của nhà trị liệu. Lựa chọn cách gọi "thân chủ (sau là cá nhân) trọng tâm", Rogers muốn đối lập với xu hướng y học hoá và quyền lực khi sử dụng thuật ngữ "bệnh nhân" của các nhà phân tâm học.

Mục tiêu của trị liệu cá nhân là trọng tâm nhằm tạo ra môi trường trong đó cá nhân có thể xác định được mục đích sống của chính mình và làm thế nào để thực hiện được. Rogers cho rằng liệu pháp không nên dựa vào kĩ thuật hoặc tác động lên thân chủ. Ngược lại, chất lượng tiếp xúc, quan hệ liên nhân cách là yếu tố quan trọng nhất để quyết định tính hiệu quả của trị liệu. Mục đích của nhà trị liệu là tạo ra môi trường, trong đó cá nhân không bị đánh giá và có thể tự do khám phá cách thức mới để tồn tại. Tức là, liệu pháp tạo ra các điều kiện cần thiết để sự phát triển được xác định sớm hơn. Muốn đạt được điều này, nhà trị liệu cần đạt được 3 tiêu chí sau:

- Họ phải hoà nhập và trung thực/chân thành vào mối quan hệ với thân chủ.
- Họ phải thấu hiểu được những quan điểm của thân chủ và thể hiện được điều này trong giao tiếp với thân chủ.
- Họ chứng tỏ một sự tôn trọng tích cực vô điều kiện.

Chân thành có nghĩa là nhà trị liệu chia sẻ những cảm xúc hoặc đưa ra phản hồi về việc mình cảm thấy thế nào sau khi nghe những gì thân chủ nói. Phản hồi có thể tích cực hoặc tiêu cực và nó nói lên rằng nhà trị liệu cũng là con người với những cảm xúc người. Đó cũng có thể là biểu hiện đau buồn hoặc thậm chí tức giận theo câu chuyện của thân chủ. Thấu cảm là khi nhà trị liệu hiểu được hoàn cảnh, các vấn đề, cảm xúc và những mối quan tâm của thân chủ, từ chỗ đứng của chính thân chủ và cho thân chủ thấy rằng họ đã được thấu hiểu đến mức đó. Để đạt được điều này, phương pháp phổ biến nhất là sử dụng quá trình phản ánh lại những gì nhà trị liệu hiểu được về suy nghĩ của thân chủ. Yếu tố cuối cùng của

mối quan hệ trị liệu là nhà trị liệu không được đánh giá và không nhắc lại những sự quan tâm có điều kiện trong quá khứ của thân chủ.

Rogers cho rằng với 3 đặc điểm này, trị liệu có thể tạo ra sự thay đổi: từ tuân theo những mực chuẩn của người khác áp đặt sang con đường tự hiện thực hoá bản thân. Điều này đạt được thông qua một chuỗi 7 bước (Rogers 1961) mà trong đó thân chủ lần lượt trải qua:

1. bỏ qua việc nhận biết các cảm giác, chú ý đến những mối quan hệ liên nhân cách được xem là nguy hiểm
2. có thể mô tả được hành vi của họ, họa hoằn lắm mới là những cảm giác "sở hữu" được
3. có thể bắt đầu mô tả được những phản ứng cảm xúc đối với các sự kiện trong quá khứ và nhận ra sự mâu thuẫn trong kinh nghiệm của họ
4. Phát triển hiểu biết về cảm giác hiện tại, nhưng xác định được khó khăn khi phải đương đầu với chúng
5. bắt đầu khám phá cuộc sống nội tâm của họ theo cách có ý nghĩa và có cảm xúc hơn.
6. có thể trải nghiệm đầy đủ các cảm giác khi nói về những sự kiện quá khứ
7. phát triển niềm tin cơ bản đối với quá khứ nội tâm của chính mình: trải nghiệm những cảm giác với cường độ mạnh ngay tức thời.

Hoạt động của nhà trị liệu tạo điều kiện thuận lợi cho mỗi quá trình này. Phản hồi thấu cảm khuyến khích cá nhân khám phá và bộc lộ cảm xúc, nó công nhận giá trị cũng như ý nghĩa của việc thân chủ bộc lộ bản thân trong buổi trị liệu. Chấp nhận và chân thành khuyến khích phát triển niềm tin vào bản thân và tăng cường chấp nhận mạo hiểm trong việc bộc lộ những cảm xúc và suy nghĩ mà trước đây thân chủ luôn kìm nén hoặc giấu giếm.

NHỮNG NGƯỜI TỪNG TRỊ LIỆU CÁ NHÂN TRỌNG TÂM NÓI GÌ?

Dưới đây là một số phản ứng đối với loại hình tiếp cận này:

Tôi thấy nó thật sự làm tôi chưng hửng. Dường như tất cả những gì nhà trị liệu của tôi làm là lặp lại những thứ mà tôi đã nói với ông ta. Tôi muốn có ai đó gợi ý và cho mình lời khuyên phải làm thế nào để giải quyết vấn đề. Nhưng nhà trị liệu làm tất cả để tránh không phải nói ra điều đó và nói rằng cái đó phụ thuộc vào tôi!

Quả thực tôi thích không gian được ngồi và suy nghĩ – mà không có ai động chạm đến mình và cũng không phải đương đầu với cái gì hết. Đôi khi bạn cần một kiểu không gian như thế này, bên cạnh một ai đó mà bạn có thể tin tưởng, họ không ngồi đó để đánh giá bạn – ngay cả khi một số điều bạn nói có thể không tuân theo những gì chuẩn mực nhất.

Những lời bình luận này phản ánh một số lợi ích mà nhiều người có được từ liệu pháp nhân văn. Chúng cũng gợi ý rằng những người khác nhau sẽ thích hợp với những kiểu trị liệu khác nhau. Ở đây, người đầu tiên lẽ ra có thể thích hợp hơn với hình thức trị liệu có cấu trúc (xem chương 5 để tìm hiểu thêm về hình thức trị liệu này). Cuối cùng, chúng chỉ ra tác dụng không chuyên biệt của trị liệu, điều này có lẽ liên quan đến việc bộc lộ những cảm xúc âm tính mà họ không thể bộc lộ được ở nơi nào khác.

Các liệu pháp có hiệu quả như thế nào

Các hướng tiếp cận trị liệu được đề cập đến trong chương này phát triển từ những nguồn gốc lịch sử khác nhau và trong những thời kì khác nhau. Song, chúng vẫn được thực hành dưới hình thức này hay hình thức khác, mặc dù phương pháp chiếm ưu thế hiện nay là tiếp cận hành vi - nhận thức. Có nhiều nguyên nhân khiến người ta sử dụng tiếp cận hành vi - nhận thức, bao gồm ưu thế của tâm lí học nhận thức trong nền tâm lí học rộng lớn nói chung và việc cả nhà trị liệu lẫn thân chủ đều dễ dàng sử dụng nó. Tuy nhiên, nguyên nhân mạnh mẽ nhất khiến người ta sử dụng kĩ thuật hành vi – nhận thức chính là hiệu quả của nó so với những phương pháp trị liệu khác.

Siêu phân tích (meta-analysis)

Do những nghiên cứu về các phương pháp can thiệp đối với các rối loạn đặc hiệu tăng lên nhanh chóng, việc so sánh hiệu quả giữa các hướng tiếp cận khác nhau ngày càng trở nên cần thiết. Tuy nhiên, một số siêu phân tích cùng chỉ ra hiệu quả của mỗi hướng tiếp cận đối với một phạm vi lớn các rối nhiễu. Những siêu phân tích cũng chỉ ra rằng tiếp cận hành vi - nhận thức vượt trội hơn hẳn so với trị liệu nhân văn và trị liệu phân tâm. Một trong những siêu phân tích được thực hiện rất chặt chẽ là của Shapiro và Shapiro (1983). Các tác giả đã phân tích 143 nghiên cứu nhằm so sánh giữa các liệu pháp khác nhau, vừa so sánh chúng với nhau, vừa so với một bệnh được kiểm soát. Họ tìm ra được những kích cỡ hiệu quả (effect size) trị liệu như sau: trị liệu phân tâm 0,40; trị liệu hành vi 1,06; liệu pháp hành vi - nhận thức 1,42. Những con số này được so sánh với kích cỡ của placebo (giả dược) là 0,71. Các dữ liệu này vừa chỉ ra sức mạnh tương đối của can thiệp hành vi - nhận thức, vừa cho thấy các liệu pháp phân tích có hiệu quả kém hiệu quả hơn cả placebo. M.Smith và cs. (1980) trước đó cũng đã tìm ra kích cỡ hiệu quả của trị liệu thân chủ trọng tâm là 0,63, chứng tỏ hiệu quả khiếm tốn của phương pháp này. Tuy nhiên, họ cũng thấy rằng con số này không khác biệt đáng kể so với hiệu quả của placebo và thấp hơn đáng kể so với hiệu quả của trị liệu nhận thức hoặc hành vi.

Mặc dù những số liệu này là bằng chứng về hiệu quả vượt trội của các liệu pháp, điều này cũng không có nghĩa là nên sử dụng chiến lược hành vi - nhận thức trong mọi trường hợp. Schofield (1964) cho rằng liệu pháp nhân văn có thể đạt hiệu quả cao nhất với những nhóm thân chủ (đôi khi được gọi là những thân chủ YAVIS): trẻ tuổi, hấp dẫn, có

khả năng ngôn ngữ, thông minh và thành đạt (Young, Attractive, Verbally able, Intelligênc and Successeful). Những người này có thể mang trị liệu nhiều kĩ năng cá nhân và họ có thể đạt được hiệu quả từ trị liệu, điều này cho phép họ khám phá ra những vấn đề của họ theo cách không định hướng. Những nhóm hoặc phân nhóm thân chủ đặc biệt có thể đạt được kết quả tốt nhất với những phương pháp can thiệp khác.

Mối quan hệ thân chủ - nhà trị liệu

Chúng ta cũng cần lưu ý rằng phẩm chất của nhà trị liệu có thể góp phần đáng kể vào kết quả trị liệu (xem chương 5). Murphy và đồng nghiệp (1984) đã đề nghị thân chủ xác định yếu tố hữu ích nhất của can thiệp tâm lí. Tất cả đều cho rằng họ thấy mối quan hệ với nhà trị liệu là có tác động hơn chính những kĩ thuật trị liệu mà họ sử dụng. Không chỉ như vậy, thân chủ còn dự đoán được kết quả khi trị liệu những vấn đề khác nhau như thiếu hụt kĩ năng xã hội, các vấn đề hôn nhân và gia đình, trầm cảm (Keijsers và cs. 2000). Theo báo cáo mới nhất về hiệu quả của các yếu tố trị liệu, Orlinsky và Howard (1986) lưu ý rằng 47% nghiên cứu cho thấy: sự chân thành của nhà trị liệu cũng góp phần nhất định vào kết quả trị liệu. Các nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả của thấu cảm chiếm đến 48% và sự nồng hậu là 61% số trường hợp. Như vậy có thể thấy một liệu pháp tốt không chỉ là sử dụng phương pháp trị liệu thích hợp mà còn phải có phong cách trị liệu tốt.

Tóm tắt chương

1. Các mô hình khác nhau của phân tâm học về bệnh học nhấn mạnh tầm quan trọng của tính dục đối với sự phát triển. Đó là hạt nhân trong lí thuyết của Freud, nhưng Jung và Klein không tán thành quan điểm này.
2. Mặc dù có những khác biệt, song liệu pháp phân tâm vẫn nhằm thấu hiểu những tổn thương ban đầu, những cái làm nền cho các vấn đề về cảm xúc trong tương lai. Thấu hiểu có thể dẫn đến giải toả, bộc lộ những cảm xúc bị trước đó bị cơ chế phòng vệ của cái tôi dồn nén trong vô thức. Liệu pháp cũng tập trung vào những vấn đề trong quá trình trị liệu, dạng như quá trình chuyển dịch.
3. Liệu pháp hành vi dựa trên mô hình điều kiện hoá cổ điển và điều kiện hoá tạo tác. Những liệu pháp này được thay thế rộng rãi bằng các liệu pháp tập trung vào nhận thức lệch lạc.
4. Liệu pháp hành vi - nhận thức coi nhận thức sai lệch là trung tâm của tâm bệnh. Thay đổi những nhận thức không thích hợp chắc chắn sẽ dẫn đến thay đổi về cảm xúc và hành vi.
5. Liệu pháp nhân văn nhằm mục đích cung cấp cho cá nhân khoảng trống xúc cảm thay đổi thái độ của họ về phía tự thực hiện.

6. Yếu tố then chốt trong liệu pháp nhân văn là quan hệ giữa nhà trị liệu và thân chủ, xoá bỏ những rối nhiễu do cha mẹ hoặc người khác gây nên và cho phép cá nhân hướng đến tự thể hiện.
7. Trị liệu hành vi nhận thức đã chứng tỏ là một dạng trị liệu có hiệu quả nhất. Tuy nhiên cũng có rất nhiều những khía cạnh của mối quan hệ nhà trị liệu – thân chủ như Rogers cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình trị liệu.

Câu hỏi thảo luận

1. Một số chương trình đào tạo tâm lí lâm sàng khuyến khích người học đảm nhận một đợt trị liệu tâm lí trong quá trình học. Liệu điều đó có tác dụng đối với thực hành của họ với tư cách là nhà lâm sàng? Liệu tất cả các nhà lâm sàng có phải nắm được một hình thức trị liệu tâm lí nào đó trong quá trình thực hành?
2. Một trong những tuyên bố trước đây của các nhà trị liệu hành vi là có thể thực hiện trị liệu mà không cần đến nhà trị liệu. Hiện nay những chương trình máy tính đã được viết cũng có thể đưa ra những kĩ năng và cấu trúc để trị liệu những vấn đề sức khoẻ tâm thần. Liệu tuyên bố trên có là hiện thực?
3. Tư duy ảnh hưởng đến cảm xúc như thế nào và liệu có dễ dàng thay đổi chúng hay không?
4. Sự giống nhau và khác nhau giữa các trường phái trị liệu khác nhau?

Chương 3

GIẢI THÍCH VÀ TRỊ LIỆU SINH HỌC

Những giải thích và trị liệu sinh học các RLTT dựa trên cơ sở rằng hành vi và cảm xúc được điều hành bởi các hệ thống của não. Những hệ thống này cho phép chúng ta tiếp nhận thông tin, tích hợp thông tin với trí nhớ và các yếu tố nổi bật khác để rồi có những đáp ứng về hành vi và cảm xúc. Một khi các hệ thống này bị rối loạn, các quá trình tâm lí như tri giác, cảm xúc hoặc hành vi cũng sẽ trở nên không phù hợp. Sự rối loạn như vậy có thể do những tổn thương cấu trúc não hoặc rối loạn các hợp chất hoá học như các chất DTTK chịu trách nhiệm hoạt hoá các vùng khác nhau của não. Hết chương, bạn phải nắm được:

- Cơ sở giải phẫu thần kinh liên quan đến các rối loạn SKTT.
- Các hệ thống DTTK và những chất DTTK chủ yếu ảnh hưởng đến hành vi và cảm xúc.
- Trị liệu thuốc được dùng để thay đổi mức độ các chất DTTK và cảm xúc, hành vi.
- Hai dạng can thiệp vật lí được sử dụng để điều trị những vấn đề SKTT: sốc điện và phẫu thuật tâm thần.

Giải phẫu hành vi não

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

Não sau, não giữa và não trước

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

Phía trên những tổ chức đó là não giữa. Trong não giữa có một phần của thể lưới và 2 trung tâm cảm giác và vận động. Não giữa có nhiệm vụ chỉ huy các phản xạ tích hợp và đáp ứng tự động bao gồm các hệ thống thính giác và thị giác tham gia vào các vận động cơ bắp.

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

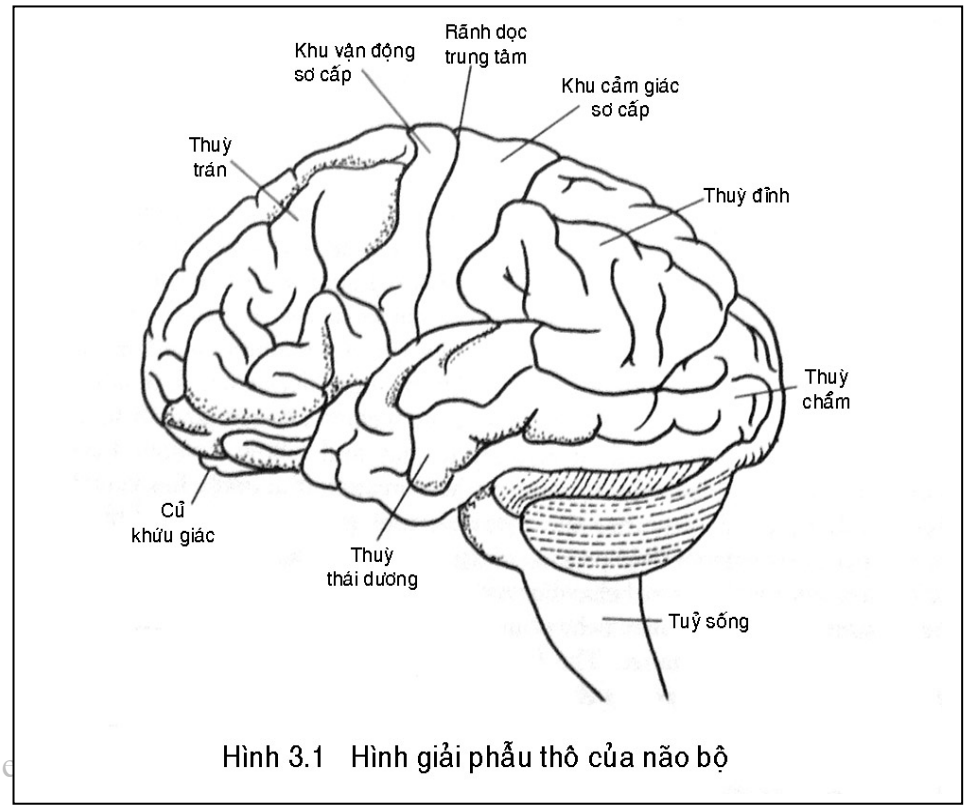
- *Đồi não* (thalamus): là cầu nối các chức năng cơ bản của não sau và não giữa với các trung khu xử lí nằm ở vỏ não. Thalamus cũng có nhiệm vụ điều khiển chú ý và tham gia vào các chức năng của trí nhớ. Ngoài ra nó cùng với hệ viền trong việc thể hiện cảm xúc.
- *Dưới đồi* (hypothalamus): điều tiết sự ngon miệng, kích thích tình dục và khát. Vùng này cũng tham gia vào chức năng kiểm soát cảm xúc.
- *Hệ viền* (limbic system): đó là một loạt các cấu trúc đóng vai trò kết nối các vùng khác nhau của não như vòng papez: hồi cá ngựa – tam giác não (fonix) –

các thể vú - đồi não (thalamus) – vỏ khuy não- đồi não. Vòng nối cá ngựa – tam giác não – các thể vú cũng tham gia vào trí nhớ. Hồi cá ngựa là một trong những vị trí tương tác giữa hệ thông tri giác với hệ thống trí nhớ. Phần xa hơn một chút là hạnh nhân – cầu nối của các thông tin giác quan với những hành vi tương ứng, cụ thể là những đáp ứng sợ hãi hoặc tức giận. Nó còn được gọi là "computer cảm xúc" bởi vai trò của nó trong việc điều phối quá trình đánh giá mức độ giá trị của thông tin giác quan (ví dụ đe doạ) và sau đó kiểm soát những đáp ứng hành vi và tự chủ sau đó.

Đại não

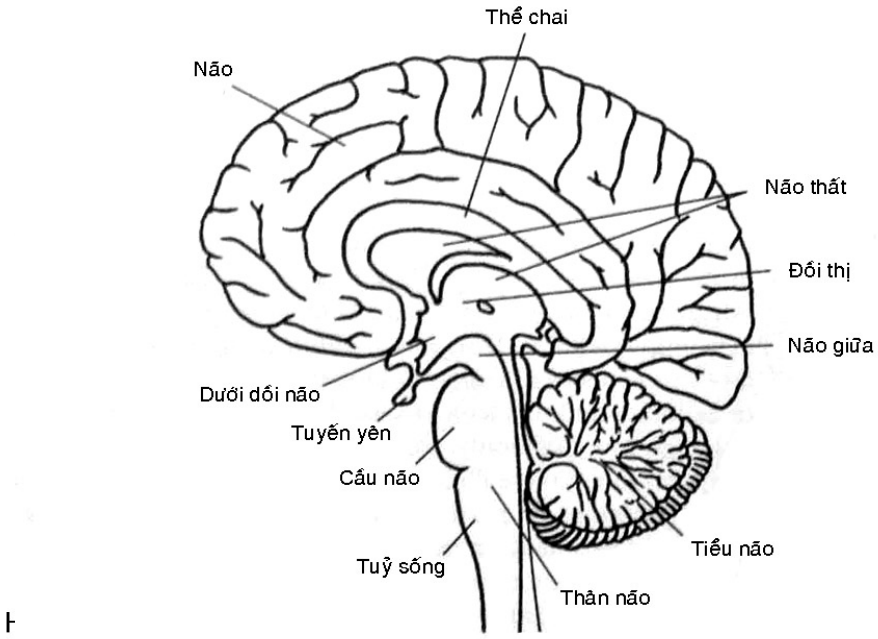
Nằm trên 3 cấu trúc đó chính là đại não. Đây là phần của não mà chúng ta đã quá quen thuộc. Nó bao gồm một số cấu trúc sau:

- *Nhân nền*: đây là một mảng dày đặc các thân nơ ron. Nó bao gồm thể vân – phần chịu trách nhiệm điều khiển khối vận động phức tạp.
- *Vỏ*: đó là lớp gấp ngoài của chất xám được tạo thành từ các thân tế bào và những mối nối xi nap của chúng. Đây là một trong những trung tâm có tổ chức cao nhất của não. Hầu hết các khu vực của vỏ não đều tham gia với các mức độ khác nhau vào việc điều hoà các hành vi phức tạp mặc dù có những trung tâm kiểm soát chức năng ở não. Đại não được chia làm 2 nửa chức năng, nối với nhau bởi thể chai và vô số các sợi nối thần kinh ở phần nền. Não cũng còn được chia làm 4 thuỳ: thuỳ trán, thuỳ thái dương, thuỳ chẩm và thuỳ đỉnh (xem hình 3.1 và 3.2). Do các thuỳ này đều tham gia vào nguyên nhân của rất nhiều các rối loạn thần kinh và tâm thần nên chức năng của từng thuỳ được bàn đến một cách chi tiết hơn.



Hình 3.1 Hình giải phẫu thô của não bộ

http://www.c



Hình 3.2 Hình cắt ngang thể hiện cấu trúc não

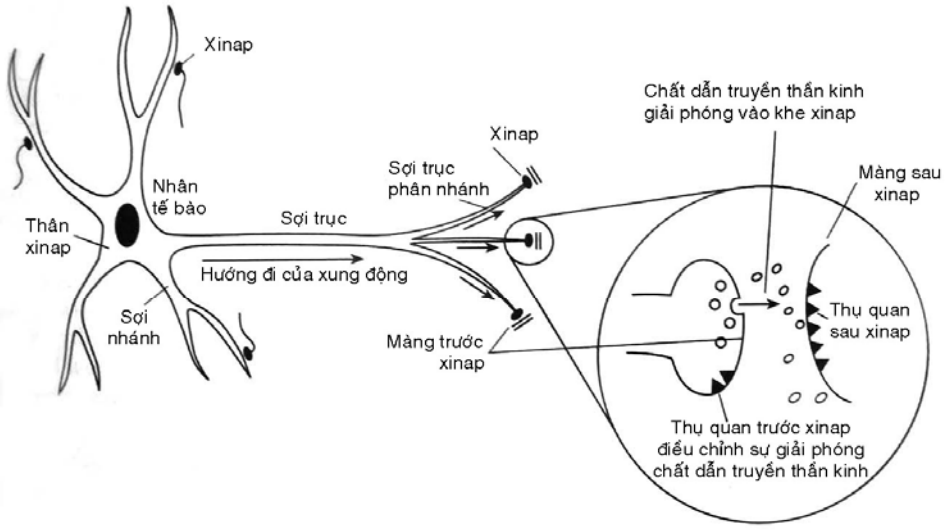
THUỲ TRÁN

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

THUỲ THÁI DƯƠNG

Mặc dù các chức năng đã được phân bố song vẫn có những trung khu rõ rệt trong thuỳ thái dương. Các trung khu này nằm ở những vị trí khác nhau tuỳ thuộc vào tay thuận.

Ở người thuận tay phải, trung khu ngôn ngữ chính nằm ở bán cầu não phải còn trung khu xử lí không gian – thị giác nằm ở bán cầu não trái. Đối với người thuận tay trái, sự định khu không rõ rệt bằng. Thuỳ thái dương cũng là nơi có quan hệ mật thiết với hệ thống giác quan ngửi và nghe. Nó cũng còn có chức năng tích hợp những thông tin thị giác với các giác quan khác để tạo thành các đơn vị có nghĩa. Tổn thương ở thuỳ thái dương, ví dụ như hậu quả của động kinh thái dương, có thể gây ra tri giác nhầm hoặc ảo giác thị giác. Cũng có những thông báo về ảo khứu nhưng ít hơn. Do chức năng đa dạng của thuỳ thái dương, tri giác nhầm hoặc ảo giác có thể kèm theo những cảm xúc khá bền vững, cụ thể là sợ hãi (Hermann & Chabiria, 1980). Thuỳ thái dương có vai trò quan trọng trong trí nhớ và những hệ thống lưu giữ. Tổn thương một bên thuỳ thái dương có thể làm giảm sút trí nhớ. Điều này c ản trở nhiều cho c ng thuỳ thái dươn trí nhớ.



Hình 3.3 Nơron và hình phóng to của khe xinap

Những chức năng u đảm nhận thị gi ác.

Xina

i tên gọi nơ ron. S nơ ron khác nhau – xi nap. Ở đây, c

các chất DTTK chịu trách nhiệm hoạt hoá hệ thống. Mỗi nơ ron có sợi trục và các nhánh của nó. Cuối mỗi nhánh chính là tận cùng trước xi náp. Tận cùng trước xi náp này nằm kề với tận cùng sau xi náp của nơ ron khác. Khu vực giữa 2 tận cùng đó được gọi là khe xi náp. Các chất DTTK được chứa trong những túi nhỏ được gọi là túi xi nap. Dưới tác động của kích thích điện, các chất chứa trong túi xi nap được giải phóng vào khe xi nap. Sau đó các chất DTTK được những tế bào đặc biệt - các thụ cảm thể nằm ở vùng sau xi nap hấp thu. Khi đó nơ ron tiếp theo sẽ được hoạt hoá. Trong trường hợp tất cả các chất DTTK không được các thụ cảm thể sau xi nap hấp thu, hoạt hoá có thể bị ức chế hoặc các chất này lại bị tái hấp thu trở lại túi hoặc làm giảm hoạt hoá của các chất khác, ví dụ như monoamine oxidase đã được giải phóng vào khe xi nap.

Hoạt hoá nơ ron được trung gian bởi xung điện yếu đi theo sợi trục (axon) đến tận cùng thần kinh. Khi nơ ron trong trạng thái nghỉ, bên ngoài thành nơ ron có các i on Na còn bên trong là các i on K. Khi nơ ron được kích thích bởi thông tin từ vị trí thụ cảm thể đưa tới, i on Na sẽ di chuyển từ bên ngoài màng tế bào vào trong. Như vậy đã bắt đầu xuất hiện

sóng điện hoá học truyền theo sợi trục và "hâm nóng" tế bào. Ngay khi đó, các i on K sẽ di chuyển từ bên trong ra ngoài nơ ron và trạng thái yên tĩnh ban đầu được lặp lại.

Các chất dẫn truyền thần kinh

Có một số chất DTTK tham gia vào nguyên nhân của hầu hết những RLTT thường gặp. Tác dụng của những chất này được trình bày trong bảng 3.1 và được bàn chi tiết trong các chương sau của sách.

SEROTONIN

Serotonin đươc phát hiện lần đầu vào những năm 1950. Nó là một amino axit được tổng hợp từ L-Tryptophan. Serotonin được tìm thấy ở thể vân, não giữa, não trước, vỏ não, hồi cá ngựa, đồi thị và dưới đồi thị. Người ta cho rằng serotonin tham gia điều tiết cảm xúc. Nếu nó ở mức độ thấp có thể dẫn đến các trạng thái trầm cảm và rối loạn ám ảnh – cưỡng bức.

NOREPINEPHRINE

Norepinephrine là chất DTTK thứ 2 tham gia vào trầm cảm và nhiều rối loạn lo âu khác. Nó có ở vùng dưới đồi, tiểu não và hồi cá ngựa. Norepinephrine thuộc về họ catecholamine.

DOPAMINE

Dopamine là một trong những chất DTTK chủ yếu tham gia vào TTPL. Các nơ ron giải phóng dopamine được tìm thấy ở hệ não giữa, ở khu vực não được định danh là A10, nối với đồi thị, hồi cá ngựa, vỏ não trước và thể vân- đen. Hoạt hoá dopamine ở mức độ cao có liên quan đến TTPL.

GABA

Người ta đã biết được hiệu quả của các benzodiazepine trong việc trị liệu lo âu trước cả khi hiểu được phương thức tác động của chúng. Cho đến nay người ta nhận thấy chúng liên kết tác động với chất DTTK với tên gọi gamma-aminobutyric axit (GABA). GABA chứa đựng thông tin ức chế: khi thụ thể sau xi nap tiếp nhận nó thì nó sẽ ngăn ngừa không cho nơ ron hoạt hoá. Những nơi có chứa GABA gồm: thân não, tiểu não và hệ viền.

Bảng 3.1. Các chất DTTK chủ yếu mà thuốc có ảnh hưởng đến chúng và vai trò của chúng trong các rối loạn SKTT

Chất DTTK	Rối loạn ban đầu	Trị liệu	Phương thức tác động
Monoamine Serrotonin	↓ trong trầm cảm ↓ trong rối loạn ám ảnh- cưỡng bức	Thuốc 3 vòng SSRIs	Ngăn ngừa tái hấp thu Ngăn ngừa tái hấp thu

Các catechol amine Dopamine Norepinephrine	↑trong TTPL ↓ trong trầm cảm	Phenothiazines Reserpine MAOIs Các thuốc 3 vòng	Phong toả thể thụ cảm Phong toả các kho chứa Ngăn ngừa phân huỷ Ngăn ngừa tái hấp thu
Amino axit GABA	↓ trong lo âu	Benzodiazepines	Tăng cường GABA

Hệ thần kinh thực vật

Mặc dù hầu hết các giải thích về những vấn đề SKTT đều tập trung vào các chất DTTK và các quá trình thần kinh song một hệ thống khác- hệ thần kinh thực vật cũng tham gia vào một số trạng thái, cụ thể là tham gia vào stress hoặc lo âu. Hệ thần kinh thực vật nối kết hồi não với nhiều cơ quan của cơ thể, bao gồm tim, đường ruột và hệ cơ trơn. Nhiệm vụ của nó là kiểm soát hoạt động của những cơ quan này khi đáp ứng với những yêu cầu khác nhau, ví dụ tăng nhịp tim, nhịp thở và huyết áp trong lúc tập thể dục. Việc kiểm soát toàn diện hệ thần kinh thực vật là của đồi thị. Nó nhận những tín hiệu về tình trạng tạo máu và của hệ thần kinh thông báo trạng thái hoạt động của cơ thể, ví dụ nồng độ oxy và axit trong máu. Mặt khác nó cũng còn nhận tín hiệu của vỏ não và hệ viền liên quan đến những yếu tố hành vi và cảm xúc. Dựa trên những thông tin khác nhau, đồi thị sẽ tăng cường hoặc ngược lại hạn chế hoạt động của hệ thần kinh thực vật và những cơ quan mà hệ thần kinh này kiểm soát.

QUÁ TRÌNH THỰC VẬT

Hệ thần kinh thực vật được chia làm 2 hệ nhỏ: giao cảm và đối giao cảm. Chúng xuất phát từ hành não trong thân não và đi xuống tuỷ sống. Ở những điểm khác nhau của tuỷ sống chúng nối với những dây thần kinh khác để đi đến cơ quan chúng chi phối như tim, động mạch, cơ xương và ruột. *Hệ giao cảm* có chức năng kích thích, hoạt hoá nó trong não và tuỷ sống được kiểm soát bởi norepinephrine. Nồng độ norepinephrine tăng cao dẫn đến tăng kích thích và hoạt động của cơ quan nó hướng đến. *Hệ đối giao cảm* thì ngược lại, làm giảm kích thích. Hoạt động của nó được kiểm soát bởi chất DTTK có tên gọi là acetylcholine. Hai hệ thống này vận hành đối lập nhau và tình trạng hoạt động của cơ thể ở một thời điểm bất kỳ đều liên quan đến sự ưu thế của một trong hai hệ thống này.

ĐÁP ỨNG NỘI TIẾT

Các chất DTTK có tác động rất nhanh song lại không duy trì được lâu. Để có thể đáp ứng được lâu với stress, một hệ thống khác được hoạt hoá bởi hệ thần kinh giao cảm… Hệ

giao cảm tăng cường hoạt động sẽ làm tăng hoạt động của tuyến thượng thận. Tuyến này có nhiệm vụ bài tiết vào máu các hocmon bổ sung cho các chất DTTK norepinephrine và epinephrine. Các chất này được lưu hành đến cơ quan cần đến và tại đó, chúng được các thụ cảm thể hấp thu và duy trì hoạt động đã được các chất DTTK khởi đầu.

Khi xuất hiện cảm xúc hoặc stress, hệ thần kinh giao cảm sẽ chiếm ưu thế. Khi đó hoạt động của cơ thể dẫn đến nguy cơ có thể bị tổn thiệt. Ở vào thời điểm này, đáp ứng đó được gọi là *đối phó hoặc bỏ chạy* (fight- flight response). Hoạt động hệ thần kinh giao cảm chiếm ưu thế nên tim đập nhanh hơn và mạnh hơn, máu được bơm mạnh đến các cơ và rút khỏi hệ thống ruột, cơ xương bị căng lên để chuẩn bị cho hành động. Cá nhân có thể run lên, tăng tốc độ hoặc sẵn sàng cho một hành động nào đó. Đáp ứng cổ xưa đó rõ ràng là có ưu thế khi nguyên nhân gây stress là cấp tính và đe doạ đến cuộc sống. Hoạt hoá mạn tính trong đáp ứng đối với stress trường diễn hoặc hoạt hoá trong thời gian ngắn nhưng vào thời điểm không thích hợp ví dụ như trong siêu thị hay xếp hàng chờ xe buýt thì lại là có vấn đề.

Trị liệu bằng thuốc

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

- *Tăng khả năng* của chất DTTK bằng cách ngăn ngừa tái hấp thu tại xi nap, ngăn ngừa phân huỷ trong khe xi nap hoặc thay thế một chất DTTK có nồng độ thấp bằng một dược chất tương ứng. Thuốc làm tăng hoạt động của chất DTTK được gọi là chủ vận (agonists).
- *Giảm khả năng* của chất DTTK bằng cách làm giảm nồng độ của chất DTTK hoặc thay thế chất DTTK hoạt động mạnh bằng dược chất hoạt động yếu… Thuốc ức chế hoạt động của chất DTTK được gọi là đối chủ vận (antagonist).

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

NHỮNG THUỐC LÀM TĂNG EPINEPHRINE: MAOIS

Những thuốc chống trầm cảm mạnh nhất được phát triển đó chính là những chất ức chế monoamine oxidaze (MAOIs). Các thuốc này ngăn ngừa monoamine oxidaze phân huỷ norepinephrine ở trong khe xi nap và giúp duy trì tác dụng của nó. Cũng như trong nhiều trường hợp trị liệu tâm thần khác, việc phát hiện ra tác dụng chống trầm cảm của MAOIs chỉ là tình cờ. Lúc đầu chúng được dùng để điều trị lao, tuy nhiên người ta lại thấy khí sắc của người bệnh cũng được cải thiện. Từ đó MAOIs đã trở thành thuốc thường dùng để chống trầm cảm. Tỉ lệ thành công của nó đạt khoảng 50%.

Tuy nhiên cũng có một số điểm cần lưu ý khi sử dụng MAOIs. Cũng như khi ở não, chúng ngăn cản sản xuất monoamine oxidaze ở gan và ruột. Khi phân chia thành tyramine, chất có thể làm tăng huyết áp đột ngột lên mức gây tử vong nếu như được tích luỹ trong cơ thể. Để tránh nguy cơ đó, những người dùng MAOIs cần kiêng các thứ như pho mát, vang đỏ, marmile (một loại mứt được chế từ men rượu hay hoa quả dùng để phết lên bánh - ND), chuối và một số loại cá có chứa tyramine. Khi ăn các thực phẩm này có nguy cơ tăng huyết áp đột ngột lên mức gây tử vong. Để tránh những vấn đề đó người ta đã sản xuất ra một số MAOIs mới được gọi là MAOIs đảo ngược có lựa chọn. Tuy nhiên những nghiên cứu mới đây cho thấy vai trò của serotonin còn quan trọng hơn cả norepinephrine trong nguyên nhân trầm cảm. Do vậy hầu hết trị liệu đều hướng đến thuốc nhằm thay đổi nồng độ của serotonin: thuốc 3 vòng và các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có lựa chọn (SSRIs).

CÁC THUỐC TĂNG SEROTONIN: THUỐC 3 VÒNG VÀ SSRIS

Hai nhóm thuốc nhằm làm tăng nồng độ của serotonin bằng cách ức chế tái hấp thu nó ở tận cùng trước xi nap: thuốc 3 vòng (ví dụ, imipramine, amitriptyline) và SSRIs (ví dụ, fluoxetine, sertraline). Thuốc 3 vòng cũng làm tăng mức độ của norepinephrine. Lúc đầu loại 3 vòng thứ nhất, imipramine cũng đã được dùng để trị liệu TTPL song không hiệu quả, tuy nhiên nó lại làm giảm mức độ trầm cảm ở nhiều người. Khoảng 60-65% số người dùng thuốc 3 vòng được cải thiện triệu chứng (Hirschfeld, 1999). Kết quả của nó thể hiện rõ rệt sau khoảng hơn chục ngày. Điều này có thể là do ngay từ đầu nó đã làm giảm khối lượng serotonin được sản xuất ở đầu mút trước xi nap nhằm đáp ứng với yêu cầu trong khe xi nap. Sự cải thiện khí sắc xuất hiện sau khi hệ thống chấp nhận thuốc và bắt đầu lại giải phóng serotonin với mức độ bình thường, ngăn ngừa sự tái hấp thu và cuối cùng tăng lượng serotonin cần thiết. Điều quan trọng là sau khi đã cải thiện được khí sắc, cần phải duy trì chế độ điều trị trong vòng vài tháng: khoảng 50% số trường hợp tái phát trong vòng 1 năm là do dừng thuốc sớm (Montgomery và cs, 1993).

TÁC DỤNG PHỤ

SSRIs là phương tiện dược lý được ưa dùng hiện nay. Nó làm tăng nồng độ của serotonin nhưng không ảnh hưởng đến nồng độ của norepinephrine. Mặc dù chúng có thể không hiệu quả hơn thuốc 3 vòng. Song chúng có tác dụng phụ ít hơn, dạng như táo bón, khô miệng. Chúng cũng ít nguy hiểm hơn khi dùng quá liều. Rocca và cs. (1977) xác định được rằng 56% số người dùng thuốc 3 vòng cảm thấy khô miệng, trong khi đó con số này ở những người dùng SSRIs chỉ có 8%. Hiện nay thuốc 3 vòng và SSRIs là những lựa chọn để điều trị trầm cảm. MAOIs có thể có hiệu quả điều trị đối với một số cá nhân không đáp ứng các thuốc trên. Tuy nhiên nguy cơ tiềm tàng khi dùng làm cho chúng là lựa chọn thứ 2.

Tác dụng phụ như khô miệng đối với một số người chỉ là chuyện vặt, song đối với người dùng thuốc thì đó có thể là đáng kể. Một số người dùng thuốc cho biết:

Điều tồi tệ nhất khi tôi dùng thuốc này là cảm giác khô miệng. Khi tôi nói "khô miệng" là tôi đã biết rất rõ mình nói gì. Miệng và đôi môi tôi lúc nào cũng khô. Lúc nào tôi cũng muốn uống để khỏi khô miệng. Tuy nhiên uống cũng không thể giúp được nhiều. Cuối cùng tôi chuyển sang dùng kẹo cao su. Lúc nào tôi cũng nhai và tôi đã chán ngấy kẹo cao su rồi. Điều này có vẻ không phải là cái gì ghê gớm, tuy nhiên khi anh cảm thấy hầu như suy sụp thì càng có cảm giác tệ hơn.

Một phụ nữ khác, người dùng SSRIs có kết quả tốt thì lại đề cập ít hơn đến tác dụng phụ.

Dùng thuốc này rất tuyệt- tôi cảm thấy tốt lên rất nhiều. Tuy nhiên cũng có một vấn đề... Khi tôi bị trầm cảm, điều mà tôi muốn là làm tình với chồng tôi. Bây giờ tôi không thể đợi được... nhưng điều khó chịu là tôi không thể đạt được cực khoái. Chuyện như đùa nhưng đó là điều khó chịu.

CÂU CHUYỆN PROZAC

Prozac (tên gọi khác là fluoxetine) là một SSRI hiện nay được kê đơn nhiều mặc dù nó vẫn là một trong những thuốc tâm thần còn đang có những ý kiến khác nhau. Eli Lilly, người điều chế ra nó thì mô tả nó như là số một của các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới không có tác dụng phụ. Cũng cần phải nói thêm rằng nó được phổ biến nhanh chóng không chỉ vì tác dụng chống trầm cảm mà còn giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của những người không bị trầm cảm. Điều này dường như làm tăng sự tin cậy, được phổ biến xã hội rộng hơn và giảm sự lo âu, ngại ngùng đối với mọi người xung quanh. Kết quả là nó đã được chỉ định rộng rãi ở Mĩ cho không chỉ những người bị trầm cảm mà cả những người có nhu cầu làm giảm căng thẳng cảm xúc.

Thành công ban đầu ngay lập tức đã bị suy giảm bởi một loạt các phàn nàn rằng Prozac có tác dụng phụ nhiều hơn là nhà sản xuất thông báo (xem www. prozactruth.com). Điều đáng ngại nhất là người dùng thuốc có thể bị mất khả năng kiềm chế hành vi và dẫn đến tự làm hại bản thân hoặc gây rắc rối với người khác. Lipinski và cs. (1989) thông báo hiện tượng tăng động (akathisia) đáng kể, thậm chí có cả những trường hợp kích động. Những hiện tượng này chiếm tỉ lệ khoảng 10-25% số người dùng Prozac. Điều này có thể

tiềm ẩn mối liên quan đến tự sát và xâm kích. Có rất nhiều trường hợp trong tiền sử đã có những nguy cơ liên quan đến sử dụng Prozac. Rothschild & Locke (1991) thông báo 3 trường hợp tự sát và có ý định tự sát khi đang dùng Prozac. Có lẽ điều tồi tệ nhất liên quan đến Prozac đó là vụ của Joseph Wesbecker, đã bắn 20 người trong đó có 8 người chết tại nơi làm việc trước khi tự sát. Trong thời gian này Wesbecker đang dùng Prozac (Geoffrey, 1991). Điều đặc biệt chú ý là mặc dù còn ít những trường hợp được nghiên cứu và những câu chuyện giật gân chưa thể là bằng chứng về mối liên quan giữa Prozac với những hành vi nguy hiểm song nó đã làm cho dư luận quan tâm nhiều hơn đến việc kê đơn thuốc.

Những nghiên cứu thực nghiệm cho thấy nguy cơ tiềm ẩn liên quan đến Pozac nhỏ hơn so với các nghiên cứu trước đây và như vậy nó cũng kéo theo những giải thích khác nhau. Jick và cs. (1995) đã theo dõi 170.000 người dùng 1 trong 10 loại thuốc chống trầm cảm trong vòng 5 năm. Sau đó tác giả đã so sánh tỉ lệ tự sát đối với những trường hợp dùng thuốc khác nhau. Tỉ lệ được tính theo 10.000 người/năm. Tỉ lệ thấp nhất là 4,7 ở những người dùng Lofepramine, tỉ lệ tự sát trung bình là 10,8/10.000 người/năm. Tỉ lệ cao nhất là ở những người dùng Prozac: 19,0/10.000 người/năm. Các tác giả cho rằng nguy cơ tự sát ở những người dùng Prozac là do nhiều yếu tố khác nhau chứ không chỉ riêng do thuốc. Trong số đó có hiệu quả kém và cảm giác muốn chết khi dùng thuốc chống trầm cảm khác. Sau khi tính tách biệt từng yếu tố, nguy cơ tự sát ở những người dùng Prozac giảm đi rõ rệt, tuy nhiên tỉ lệ tự sát vẫn cao hơn một chút so với trung bình. Mặc dù có những lưu ý như vậy song ở Mĩ trong những trường hợp những người đang dùng Prozac có hành vi phạm pháp thì vẫn bị xét xử như thường.

Trị liệu lo âu

NHỮNG THUỐC TĂNG CƯỜNG HOẠT TÍNH CỦA GABA: CÁC BENZODIAZEPINE

Mặc dù chưa hiểu được hết cơ chế tác dụng của chúng song nhóm benzodiazepine, được phát hiện vào những năm 1960, đã được dùng để trị liệu lo âu có hiệu quả. Dường như các benzodiazepine làm tăng cường hoạt tính của GABA, song chúng không kết nối lại ở vị trí của thụ thể sau xi nap. Vị trí kết nối của chất DTTK tự nhiên vẫn chưa được xác định. Nhóm thuốc này thay thế nhóm barbiturate liều thấp, những thuốc thường gây ra cho người dùng hiện tượng buồn ngủ, làm truỵ hô hấp dẫn đến tử vong và khả năng gây nghiện cao.

Benzodiazepine đầu tiên được dùng là chlordiazepoxide (librium). Benzodiazepine tốt nhất – Valium mới được đưa ra thị trường vài năm. Vào giữa những năm 1980, các benzodiazepine là thuốc hướng thần được chỉ định rộng rãi nhất. Tuy nhiên việc kê đơn chúng không phải là không có giá. Sau khi dừng thuốc, lo âu thường trở lại mức độ trước khi dùng thuốc, thậm chí còn hơn (Power và cs. 1990). Đột ngột dừng những thuốc này gây xuất hiện trở lại rất nhanh chóng những triệu chứng trước đây kết hợp với các triệu chứng cai, bao gồm cả vã mồ hôi, run, buồn nôn và nôn. Và hậu quả là khoảng 80% số người dùng

các thuốc benzodiazepine trong một thời gian dài bị tái phát và cần phải được điều trị tiếp. Một số người sau khi dùng thuốc một thời gian dài thường là nhiều thuốc dần dần trở nên thu mình. Dùng benzodiazepine thường cũng có nhiều tác dụng phụ không mong muốn bao gồm buồn ngủ, giảm trí nhớ, trầm cảm và kích động (Lurran, 1991). Dùng kéo dài có thể gây ra những thay đổi không hồi phục. Mặc dù có những lưu ý như vậy song các benzodiazepine vẫn đang là các thuốc được kê thường xuyên, tuy nhiên với thời gian ngắn hơn trước đây. Ở những vị trí của não, ví dụ hệ viền, các benzodiazepine tạo hiệu quả thư giãn. Điều này cũng tương tự khi nó tác động lên GABA ở tuỷ sống.

THUỐC LÀM TĂNG NOREPINEPHRINE

Có bằng chứng cho thấy một số trạng thái lo âu, cụ thể rối loạn hoảng loạn có liên quan ít nhất là một phần tới norepinephrine. Đối với các trạng thái đó, việc trị liệu bằng thuốc chống trầm cảm có hiệu quả hơn so với thuốc giải lo âu truyền thống (Bakker và cs. 1999). Để an toàn, người ta thường dùng thuốc ba vòng hơn là MAOIs mặc dù thuốc này lúc đầu có tác dụng lên serotonin song nó làm tăng nồng độ norepinephrine.

THUỐC LÀM TĂNG SEROTONIN

Có những rối loạn lo âu, rối loạn ám ảnh cưỡng bực dường như liên quan đến hệ thống serotinergic. Trong những trường hợp này dùng thuốc ba vòng và SSRIs đều có hiệu quả.

Trị liệu tâm thần phân liệt

Các nhà sinh học đã chứng minh được vai trò của dopamine trong nguyên nhân của các triệu chứng dương tính của TTPL. Nồng độ dopamine không tăng cao ở những cá nhân có các triệu chứng này. Ngược lại, ở họ có số lượng lớn các thụ thể dopamine ở tận cùng sau xi nap làm cho chúng phản ứng quá mức với mức độ thông thường của dopamine. Do vậy mục đích của trị liệu là nhằm làm giảm các vị trí có thụ thể dopamine bằng cách đưa vào đó những thuốc có tác dụng chậm giống với các hợp chất hoá học. Một cách can thiệp khác ít được dùng hơn, đó là làm giảm lượng dopamine.

THUỐC LÀM GIẢM LƯỢNG DOPAMINE

Nhãm phenothiazine

Khởi nguồn của trị liệu dược lí hiện tại đối với TTPL xuất phát từ quan sát của bác sĩ ngoại khoa Pháp, Henri Laborit, vào những năm 1940. Khi đó ông dùng thuốc kháng histamin và nhận thấy bệnh nhân của ông trở nên bình tĩnh hơn trước phẫu thuật. Đó chính là thuốc chlopromazine. Vào đầu những năm 1950, thuốc này được dùng thử nghiệm cho

những bệnh nhân có các triệu chứng loạn thần. Ngay sau đó người ta đã xác định nó là phương tiện hàng đầu để điều trị TTPL.

Chlopromazine thuộc vào nhóm được biết đến với các tên khác nhau như phenothiazines, neuroleptic hoặc trấn tĩnh chủ yếu (major tranquillizers). Rất tiếc là bên cạnh hiệu quả sau một thời gian ngắn, việc dùng thuốc cũng làm tăng các vị trí thụ thể dopamine. Ngoài ra nếu dùng lâu dài chúng còn làm tăng thêm độ nhạy cảm của các thụ thể sau xi nap. Những thuốc này cũng gây ra các tác dụng phụ đáng kể . Do vậy nhiều thầy thuốc duy trì liều hiệu quả tối thiểu cho người mắc bệnh TTPL. Sau đó giảm liều từ từ và dừng thuốc sau một giai đoạn người bệnh hoạt động bình thường.

Tác dụng phụ là do thuốc ảnh hưởng đến khu vực ngoại tháp của não, trong đó có liềm đen, nơi thực hiện chức năng kiểm soát hoạt động và điều phối. Các triệu chứng chủ yếu bao gồm cứng tay và chân, nét mặt đờ đẫn, run, nhất là ở tay. Những triệu chứng này có thể thuyên giảm khi có thuốc khác làm thay đổi tác dụng của các phenothiazine hoặc người bệnh dùng giảm liều. Khoảng 20% số người dùng phenothiazine trong một thời gian dài có xuất hiện trạng thái thứ cấp, cụ thể là loạn vận động muộn (tardive dyskinesia) (APA, 2000). Những triệu chứng ban đầu của trạng thái này là các xoắn vặn không tự chủ hoặc các vận động dạng tic ở mặt hay toàn bộ cơ thể. Các cử động của mặt bao gồm: nhai, mút, thè lưỡi. Các vận động của cơ thể gồm: nhún nhảy, vận động không mục đích tay, chân và thân. Rất khó phân biệt giữa triệu chứng đơn lẻ với vấn đề nghiêm trọng của toàn bộ cơ thể. Những triệu chứng này rất khó điều trị và có thể không hồi phục. Nếu phát hiện được sớm phải nhanh chóng dừng điều trị. Khi đó hầu hết các triệu chứng có thể thuyên giảm. Tuy nhiên cũng có nhiều triệu chứng tương tự như những triệu chứng ở TTPL song không được phát hiện hoặc do cả khi tăng liều phenothiazine. Thời gian cá nhân dùng thuốc càng dài, các triệu chứng càng ít có khả năng thuyên giảm, thậm chí ngay cả khi dừng trị liệu.

Reserpine

Cách tiếp cận thứ 2 trong trị liệuTTPL là làm giảm lượng dopamine được tiết vào khe xi nap. Tác dụng của thuốc dưới cái tên reserpine là ức chế sự tổng hợp dopamine. Trong quá trình điều trị bằng reserpine, khi các kho chứa hiện có đã được sử dùng, phải 2 tuần sau nó mới có thể trở lại mức độ ban đầu.

CÁC THUỐC LÀM GIẢM NỒNG ĐỘ NMDA

Một trạng thái khác của thuốc cũng đã chứng tỏ được hiệu quả của mình trong trị liệu TTPL. Các neuroleptic không điển hình không tác động lên hệ thống dopamine mà lại tác động lên các thụ thể NMDA (N-methyl-D-aspartate). Người ta cho rằng hoạt động của các thụ thể này có vai trò nhất định trong sự phát triển TTPL. Những thuốc như phencyclidine làm tăng hoạt động của những thụ thể này và gây ra những triệu chứng giống với TTPL. Hoạt động của những thụ thể này lại có thể bị phong toả bởi các thuốc như clozapine và

risperidone. Những neuroleptic không điển hình này đang chứng tỏ rằng trong tương lai chúng là những lựa chọn hàng đầu trong điều trị TTPL bởi chúng không chỉ có hiệu quả hơn các phenothiazine mà còn ít gây ra các triệu chứng ngoại tháp (APA, 2000). Tỉ lệ thành công với các phenothiazine khoảng 65%, với những loại thuốc mới, tỉ lệ này lên đến 85% (Awad & Vorungati, 1999). Tuy nhiên chúng cũng kèm theo một số vấn đề. Khoảng 1-2% số người dùng thuốc có hiện tượng bạch cầu hạ, giảm các tế bào bạch cầu dẫn đến nguy cơ gây tử vong. Do vậy những người dùng thuốc phải định kì xét nghiệm máu để có thể tránh được vấn đề có thể có.

Ủng hộ trị liệu bằng thuốc

Bất kỳ một thuốc nào chỉ có thể đạt được tác dụng nếu như dùng đều và ở liều trị liệu. Tuy nhiên thực tế không được như vậy. Gần 50% số thuốc hướng thần được kê đơn hoặc là không được dùng theo liều chỉ dẫn, hoặc là không dùng. Điều này có thể là do quên. Khoảng 15% số người thỉnh thoảng quên khi liều thuốc được chỉ định chỉ có 1 viên. 25% số người quên khi có đến 2 hoặc 3 loại thuốc được kê và tỉ lệ này là 35% nếu như có đến 4-5 loại thuốc được kê (Ley, 1997). Một trong những cách để khắc phục là có thể dùng thuốc tiêm giải phóng chậm (depot). Những thuốc này được tiêm định kì, thay vì cá nhân cứ phải nhớ uống thuốc vài lần trong một ngày. Các phenothiazine thường được sử dụng theo qui trình này. Một trong những quyết định tỉnh táo rằng có nên uống thuốc hay không là dựa vào sự phân tích lợi ích giá tiền. Một bên là có lợi khi uống thuốc, thường liên quan đến thuyên giảm triệu chứng và so sánh với giá của nó, thường là các tác dụng phụ kèm theo. Nếu thuốc càng nhiều tác dụng phụ thì nó ít được kê đơn và càng ít thiết tha với việc uống thuốc, đặc biệt khi uống hay quên thì cũng không làm thay đổi ngay những triệu chứng như ta thấy đối với nhiều loại thuốc tâm thần. Demyttenaere và cs. (1998) thấy rằng có đến 36% số người được kê dùng amitriptyline ba vòng bỏ uống thuốc, trong khi đó tỉ lệ này ở những người dùng SSRI fluoxetine là 6%. Mức độ trầm cảm không tiên lượng về bỏ thuốc. Tuy nhiên những người trẻ khi gặp tác dụng phụ thì dễ bỏ thuốc.

Không có gì đáng ngạc nhiên khi một số tác dụng phụ lại là vấn đề đối với người này nhưng lại là không đối với người khác. Lingjaerde và cs. (1987) đã lập một danh sách thứ bậc tác dụng phụ của các phenothiazine. Dẫn đầu là ngủ gà, tăng mệt mỏi, tăng cân, căng thẳng hoặc bất ổn nội tâm và khó tập trung.

Tác dụng ngoại tháp, cái mà các bác sĩ tâm thần rất chú ý khi kê đơn, thì lại được đánh giá là không quan trọng. Khi được hỏi họ thích dùng thuốc uống hay thuốc tác dụng chậm (depot) hơn thì 80% số người được hỏi đã lựa chọn thuốc tác dụng chậm (Desai, 1999).

Những yếu tố khác cũng có thể có mặt. Cùng quyết định trị liệu giữa thầy thuốc và khách hàng cũng cải thiện việc dùng thuốc. Myers & Branthwaite (1992) cho thấy việc chấp hành chế độ trị liệu đạt mức độ cao nhất khi khách hàng, chứ không phải thầy thuốc,

lựa chọn thời gian uống thuốc. Cuối cùng Sirey và cs. (2001) cũng đã xác định thấy việc chấp hành tự giác dùng thuốc cao có liên quan với việc thuốc không gây ra những điều phiền toái, tự đánh giá mức độ bệnh nặng, tuổi trên 60 và không có "bệnh lí nhân cách".

Trị liệu sốc điện

Trị liệu sốc điện (ECT) là cho dòng điện phóng qua não trong một khoảng thời gian ngắn nhằm mục đích nhằm gây ra các cơn co giật kiểu động kinh, giúp cải thiện trạng thái tâm thần. Khởi nguồn cho ECT là các quan sát từ những năm 1930. Khi người ta nhìn thấy những con lợn nằm im lặng trong lò mổ. Tiếp đó là một giả thuyết đã được khẳng định rằng những người bị động kinh rất ít khi bị loạn thần và cứ sau cơn co giật, khí sắc lại được cải thiện (có lẽ cũng cần phải nhấn mạnh rằng không có bằng chứng nào cho thấy có mối quan hệ giữa động kinh và TTPL). Sau khi làm phép ngoại suy, các thầy thuốc đã tìm cách tạo ra các cơn động kinh để trị liệu rối loạn cảm xúc. Lúc đầu họ tiêm long não để nhằm gây ra các cơn co giật. Rất tiếc là có nhiều người đã bị chết trong quá trình trị liệu. Hai bác sĩ tâm thần người Italia là Ugo Cerletti và Lucio Bini là 2 người tiên phong của cách tiếp cận khác. Họ nhận thấy rằng có thể gây ra cơn co giật bằng cách cho dòng điện chạy qua đầu người bệnh và họ cũng bắt đầu trị liệu cho TTPL. Tuy nhiên sau đó Cerletti đã từ bỏ ECT và tìm kiếm cách trị liệu khác bởi một số biến chứng trong ECT: tổn thương cơ thể như sai khớp hàm, gãy xương và một số ảnh hưởng thần kinh, ví dụ, giảm sút trí nhớ.

Cho đến những năm 1950, người ta thực hiện ECT bằng cách đặt điện cực ở hai bên thái dương và cho một dòng điện 65v-140v "nhẹ nhàng" chạy qua trong khoảng nửa giây hoặc nhanh hơn. Ở người bệnh xuất hiện cơn động kinh kéo dài từ nửa đến vài phút. Lúc đầu người bệnh bị "co cứng"và mất hoàn toàn ý thức. Cơn co giật cơ mạnh thường gây ra rạn xương do vậy sau này người ta thường tiêm thuốc giãn cơ trước khi làm ECT. Người bệnh có thể lo âu hơn khi nhận biết được tình trạng tê liệt. Do vậy gần như đồng thời, người ta tiêm bacbiturate vào tĩnh mạch để gây mê trong quá trình làm sốc. Qui trình này được gọi là sốc điện dưới gây mê. Hiện nay người ta hay sử dụng qui trình đặt điện cực vào một bên não, thường là bên không trội. Qui trình này được gọi là ECT một bên. Tuy nhiên người ta cũng cho rằng qui trình này có một số tác dụng phụ. Mặc dù qui trình trị liệu có khác nhau song nhìn chung ECT được thực hiện 2 hoặc 3 lần/ tuần, với đợt trị liệu 4-12 tuần. Đôi khi người ta sử dụng đợt trị liệu 2 tuần/ lần hoặc 1 tháng/ lần trong vòng 6 tháng hoặc lâu hơn để nhằm ngăn ngừa tái phát.

Sử dụng ECT

Việc sử dụng ECT đạt đến đỉnh điểm và sau đó giảm xuống rõ rệt vào những năm 1950, khi đã có thuốc hướng tâm thần. Tuy nhiên cho đến nay, nhiều thầy thuốc tâm thần vẫn khuyên nên dùng để trị liệu những trường hợp bị trầm cảm kháng thuốc hoặc có ý định

tự sát (Freeman, 1995). Viện Sức khoẻ Quốc gia Hoa Kỳ (NIH) cho rằng có thể dùng ECT để trị liệu ban đầu đối với một số hội chứng của TTPL.

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

Phản đối ECT

Việc sử dụng ECT không phải là không gặp phải sự phản đối. Có thể chia làm 2 hướng: một là những người ủng hộ và một hướng là những người phản đối. Những người phản đối dựa trên cơ sở đạo đức cũng như nghi ngờ về tính hiệu quả của nó. Ví dụ, theo Thomas Szasz (1971), sốc điện là một trị liệu: "người bệnh với tư cách là một con người và cả thầy thuốc với tư cách là một nhà tư tưởng lâm sàng và cả là người đại diện về đạo đức trở thành vật hiến tế". Rất nhiều tổ chức tâm lí học, trong đó có cả Hội Tâm lí học Anh cũng có quan điểm trên. Thậm chí Hội Tâm lí học Anh còn đề nghị phải có những điều luật cấm sử dụng ECT ở Anh. Ngay cả những nhà tâm thần học tán thành sử dụng ECT cũng ý thức được sự phản đối. Tuyên bố đồng thuận (Consensus Statement) của Viện Sức khoẻ Quốc gia Hoa Kỳ (1985) cũng cho rằng việc sử dụng ECT để trị liệu các rối loạn sẽ là không phù hợp nếu như không có bằng chứng về hiệu quả của nó và những nỗ lực như vậy chỉ càng gây ra bất lợi. Một điểm cũng đáng lưu ý nữa là việc sử dụng ECT như là một phương tiện để quản lí những người bệnh hay gây rối, như trong phim *Một chuyến bay trên tổ Cúc cu* cũng góp phần củng cố ấn tượng rằng ECT là một công cụ cưỡng bức nhằm kiểm soát hành vi của mọi bệnh nhân trong các cơ sở điều trị tâm thần. Về vấn đề tính hiệu quả sẽ được bàn đến trong các chương trầm cảm và TTPL, đây là 2 mặt bệnh được sử dụng ECT khá rộng rãi. Phần còn lại trong chương này, chúng tôi đề cập đến những tác dụng phụ của ECT.

Có một số nguy cơ liên quan đến ECT. Thứ nhất đó là trạng thái mất ý thức. Thứ hai, nguy cơ liên quan đến việc lên cơn co giật. Hiếm gặp biến chứng song nó vẫn có. Theo Tuyên bố đồng thuận của Viện Sức khoẻ Quốc gia Hoa Kì, tỉ lệ tử vong khoảng 4,5 người/100.000 lượt trị liệu, tương đương với nguy cơ gây mê bằng barbiturate đối với những bệnh khác. Người ta cũng lưu ý rằng nguy cơ chấn thương có thể ngày nay đã thấp hơn nhiều so với trước đây. Tỉ lệ này khoảng 1/1300 lượt – 1/1400 lượt. Các chấn thương có thể gồm gẫy răng, rạn xương sườn, cơn co giật không kiểm soát được, liệt nhẹ thần kinh ngoại vi và bỏng da. Một số người đã trải qua ECT thì thấy sợ hãi, cho rằng đó là sự xâm phạm tự do cá nhân. Một số người cảm thấy xấu hổ vì thái độ của xã hội.

ẢNH HƯỞNG ĐẾN TRÍ NHỚ

Có lẽ vấn đề nổi cộm nhất của ECT chính là ảnh hưởng đến trí nhớ. Hầu hết ở những người vừa làm ECT xong đều xuất hiện một pha mất trí nhớ cấp tính. Phải khoảng 5-10

phút sau họ mới nhớ lại được họ là ai, đang ở đâu hoặc hôm nay là ngày thứ mấy (Friedberg, 1977). ECT cũng làm tổn thiệt khả năng tiếp nhận và lưu giữ thông tin ở giai đoạn sau làm sốc, thậm chí có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến trí nhớ những sự kiện diễn ra trước điều trị hàng tháng hoặc hàng năm. Squire & Slater (1983) nhận thấy rằng 3 năm sau ECT, rất nhiều người cho biết tí nhớ của họ không còn được tốt như trước điều trị 6 tháng và người ta cho rằng điều này có liên quan đến ECT.

Cũng đã có nhiều nghiên cứu khách quan về sự ảnh hưởng của ECT 2 bên và xác định được có sự giảm sút trí nhớ đáng kể, kéo dài từ sau khi làm sốc. Tuy nhiên những người ủng hộ ECT thì lại cho rằng làm ECT một bên, thay vì 2 bên, sẽ hạn chế rất nhiều về vấn đề trí nhớ. Lisanby và cs. (2000) đã kiểm tra lại nhận định này trên 55 người bị trầm cảm chủ yếu (major depression) làm ECT được lựa chọn một cách ngẫu nhiên một bên và 2 bên. Trước khi điều trị, người ta đã lập hồ sơ tiểu sử tâm lí và làm test trí nhớ khách quan. Test trí nhớ được nhắc lại sau khi ECT và 2 tháng sau đó. Nhóm đối chứng là những người không trầm cảm và không làm ECT và cũng được làm trắc nghiệm theo đúng qui trình như nhóm nghiên cứu. Tất cả những người được làm ECT đều giảm trí nhớ cá nhân và trí nhớ khách quan so với nhóm đối chứng ở cả 2 lần. Ở những người làm ECT 2 bên cũng nhớ kém hơn so với những người làm một bên.

Cũng chưa thể chắc chắn rằng những cứ liệu này là chứng minh cho sự tổn thương cấu trúc não, tuy nhiên trong một chừng mực nào đó nó cũng là minh chứng cho sự tổn thương lan toả não. Devanand và cs. (1994) đã có một tổng quan những nghiên cứu tác dụng phụ về mặt nhận thức, chụp ảnh cấu trúc não và nghiên cứu giải phẫu tử thi và thực nghiệm trên động vật. Kết quả cho thấy có những ảnh hưởng nhất định đến nhận thức và chưa thấy có bằng chứng về thay đổi cấu trúc não sau ECT một bên.

Phẫu thuật tâm thần

Phẫu thuật tâm thần hiện đại bắt đầu từ những năm 1930 khi 2 bác sĩ thần kinh Bồ Đào Nha là Egas Moniz và Almeida Lima tiến hành cắt các mối nối đến và từ thuỳ trán ở những người "nhiễu- loạn tâm" (psychoneuroses). Đến năm 1936 qui trình này được phát triển và được gọi là phẫu thuật thuỳ trán. Phẫu thuật này lúc đầu còn tương đối thô sơ. Bác sĩ phẫu thuật tự mình ước lượng cắt vùng não mà không có sự trợ giúp của chẩn đoán hình ảnh thần kinh. Tuy nhiên sau đó phẫu thuật được hoàn thiện dần. Vào giữa những năm 1936-1961, khoảng trên 10.000 người đã được phẫu thuật ở Anh. Trong số đó ước tính có khoảng 20% số người bị TTPL và khoảng một nửa số người trầm cảm là có sự cải thiện nhất định. Tuy nhiên có 4% tử vong do phẫu thuật, 4% vận động tồi tệ hơn và gần 60% xuất hiện "những vấn đề" biến đổi nhân cách còn 15% xuất hiện cơn động kinh. Mặc dù có những vấn đề như vậy song vẫn nhiều người ủng hộ cách điều trị này, cũng có thể trong thời gian đó, đối với nhiều người không có sự lựa chọn thay thế. Tỉ lệ phẫu thuật tâm thần giảm rất nhanh kể từ khi có những lựa chọn điều trị có hiệu quả. Ở Vương quốc Anh cho

đến nay chỉ còn khoảng 20 ca phẫu thuật/ năm và cũng chỉ với điều kiện người bệnh không đáp ứng với các dạng điều trị khác. Hiện nay các qui trình phẫu thuật đã được phát triển hơn.

CƠ HỘI CHO PHẪU THUẬT TÂM THẦN

Luật pháp một số nước, ví dụ như của Đức hoặc một số bang nước Mỹ cấm phẫu thuật tâm thần. Ở Anh, hình thức trị liệu này chỉ được phép chỉ định khi cá nhân đã kháng tất cả các dạng trị liệu khác. Ví dụ, đối với trầm cảm, chỉ được chỉ định phẫu thuật tâm thần khi cá nhân đã có ít nhất 2 lần định tự sát, bị bệnh ít nhất là 18 năm, pha hiện tại kéo dài đã 7 năm mà không có một giai đoạn thuyên giảm nào kéo dài quá 6 tháng. Những cá nhân này cũng đã được làm ECT trên 30 lần, dùng thuốc chống trầm cảm với liều cao và kết quả trắc nghiệm tâm lí cho thấy trầm cảm ở mức độ nặng (Malizia & Bridges, 1991). Ở Anh và xứ Wales, nhóm đại diện gồm 3 người do Uỷ ban hành động vì SKTT chỉ định để xác định rằng cá nhân hoàn toàn đồng ý phẫu thuật và rằng bệnh nhân sẽ có lợi từ phẫu thuật này.

Hiệu quả sau phẫu thuật

Kể từ khi ứng dụng những kỹ thuật mới, tỉ lệ tử vong do phẫu thuật giảm xuống chỉ còn 1/1.000, động kinh sau phẫu thuật dao động ở khoảng 1-5% (Jenike, 1998). Cũng cần phải nói thêm rằng chưa có những bằng chứng cho thấy sự giảm sút trí tuệ sau phẫu thuật. Thậm chí nhiều người còn có kết quả trắc nghiệm tâm lí tốt hơn so với trước phẫu thuật. Điều này có thể là do trầm cảm đã thuyên giảm và họ đã được dừng hoặc giảm liều thuốc chống trầm cảm. Tương tự như vậy, chưa có bằng chứng về những "sự thay đổi nhân cách" đáng kể sau phẫu thuật tâm thần mặc dù nguy cơ có thể vẫn có thể tiềm ẩn bởi lẽ nội bộ can thiệp là thuỳ trán và là nơi được xem như có chức năng kiểm soát những nền tảng của cá nhân và nhân cách. Những test được đưa ra trong các nghiên cứu này không phải là những test dành riêng cho thuỳ trán. Tuy nhiên như Jenike (1998) khẳng định, các test cũng không thể bỏ qua những tổn thiệt của thuỳ trán.

Cũng có một số người tự sát sau phẫu thuật. Tuy nhiên cũng khó có thể qui kết đó là do phẫu thuật hoặc nó cũng có thể xảy ra ngay cả không có sự can thiệp này. Cũng có khả năng là một số người tự sát vì phẫu thuật như là cơ hội trị liệu cuối cùng nhưng sau lại thất vọng với kết quả. Lẽ đương nhiên cũng chưa có bằng chứng về mối liên hệ trực tiếp của tự sát với phẫu thuật. Jenike và cs. (1991) đã phát hiện thấy 4 trong số 33 người được phẫu thuật cắt bó liên hợp khứu-hải mã (Cingulotomy) để trị liệu rối loạn ám ảnh cưỡng bức (OCD) đã tự sát sau 13 năm phẫu thuật. Tất cả 4 người đều bị trầm cảm nặng và có những thời kỳ thường xuyên tìm cách tự sát từ trước phẫu thuật. Một số tỉ lệ về kết quả trị liệu tốt bằng phẫu thuật được trình bày ở bảng 3.2.

Bảng 3.2. Tổng hợp các số liệu đã công bố về kết quả phẫu thuật thần kinh.

Qui trình	***Kết thúc tốt (%)***		
	Trầm cảm	*OCD(*)*	*Lo âu*
Phẫu thuật lập thể cắt đường dẫn truyền dưới nhân đuôi	53	44	43
Cắt bó liên hợp khứu-hải mã	34	56	50
Cắt bó vỏ	60	93	-
Cắt lập thể chất trắng hệ viền	55	67	27

(*) Rối loạn ám ảnh cưỡng bức

Cho đến nay người ta vẫn chưa thể hiểu được đầy đủ bằng cách nào, phẫu thuật tâm thần lại đạt được kết quả. Ở OCD điều này có thể là do các hệ thống não chỉ đạo hành vi đã bị cắt đứt (xem chương 3). Tuy nhiên các cớ liệu ban đầu cho thấy tình trạng của người bị OCD không phải là được cải thiện ngay sau phẫu thuật. Sự cải thiện chỉ có được sau vài tuần hoặc vài tháng. Jenike (1998) suy đoán rằng sự tái sinh dây thần kinh thứ cấp hoặc sự thay đổi về trao đổi chất trong các khu vực của não có vai trò lớn hơn so với những gì đã bị phá huỷ trong những thay đổi. Tuy vậy điều này diễn ra như thế nào thì vẫn chưa rõ. Việc thiếu những hiểu biết về sự cần thiết của phẫu thuật là cơ sở cho các phê phán cách tiếp cận này (www.antipsychiatry.org).

Tóm tắt chương

1. Não được chia thành một số vùng theo giải phẫu, hầu hết những vùng này đều có liên quan với mức độ khác nhau với các chức năng ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi.
2. Tổn thương các vùng não đều gây ra những thiếu hụt có thể thấy qua những vấn đề về sức khoẻ tâm thần hoặc cảm xúc.
3. Hoạt hoá trong khuôn khổ của não được thông qua trung gian là các chất dẫn truyền thần kinh, những chất này hoạt động ở tại các xi nap nơ ron.
4. Các chất chất dẫn truyền thần kinh đóng vai trò trung gian hoạt động của hệ thống não bên trong não, những hệ thống này kiểm soát hành vi và cảm xúc. Quan trọng nhất đối với sức khoẻ tâm thần là serotonine, dopamine, GABA và norepinephrine.
5. Liệu pháp thuốc tác động đến hoạt động của các hệ thống não bằng cách làm tăng hoặc giảm nồng độ các chất chất dẫn truyền thần kinh. Các thuốc chống trầm cảm làm tăng lượng serotonin (và làm giảm mức độ của norepinephrine), các thuốc giải lo âu làm tăng nồng độ của GABA và các thuốc neuroleptic làm giảm nồng độ của dopamine.

6. ECT được thực hiện bằng cách phóng một dòng điện qua não thông qua điện cực đặt hai bên thái dương để nhằm gây ra một cơn co giật.
7. Người ta vẫn còn tranh cãi về trị liệu bằng ECT mặc dù hiện nay đã an toàn hơn rất nhiều so với trước đây. ECT gây ra những phản ứng cảm xúc mạnh cả 2 phía: ủng hộ và phản đối
8. ECT không gây ra những vấn đề về trí nhớ như người ta tưởng. Các vấn đề này chỉ diễn ra trong một khoảng thời gian ngắn.
9. Hiện nay phẫu thuật tâm thần chỉ được dùng trong những trường hợp đặc biệt của OCD hoặc trầm cảm.
10. Phẫu thuật tâm thần cũng đạt được kết quả nhất định tuy nhiên cũng cần phải lưu ý đến nguy cơ, mặc dù không nhiều về rối loạn đáng kể nhận thức.
11. Cho đến nay vẫn chưa rõ bằng cách nào phẫu thuật tâm thần lại làm thuyên giảm các triệu chứng. Cũng có thể nó can thiệp vào hoạt động của các hệ thống não, những hệ thống đóng vai trò trung gian trong OCD hoặc trầm cảm. Tuy nhiên xét theo thời gian xuất hiện những thay đổi sau phẫu thuật thì có thể thấy có những cơ chế khác chưa biết.

Câu hỏi thảo luận

1. Liệu ECT có phải là một dạng trị liệu vô nhân đạo hay nó cũng là một lựa chọn hữu ích cùng với trị liệu thuốc và phẫu thuật.
2. Trị liệu bằng thuốc đối với người bị tâm thần phân liệt vừa có lợi lại vừa có nguy cơ. Khi kê đơn phenothiazine thì thầy thuốc cần phải lưu ý những gì?
3. Bạn sẽ lựa chọn ECT hay phẫu thuật tâm thần nếu những người khác nghĩ rằng bạn có thể cải thiện được tình hình?
4. Nếu phải lựa chọn, bạn sẽ chọn trị liệu tâm lí hay nội khoa đối với tình trạng sức khoẻ tâm thần mà tình trạng này có thể được trị liệu bằng cách này hay cách khác?

Chương 4

BÊN NGOÀI CÁ NHÂN

Rất ít người trong chúng ta sống cô lập, một cuộc sống không có những tương tác với người khác hoặc với xã hội rộng lớn hơn. Những sự tương tác đó có ảnh hưởng đến SKTT của chúng ta. Ví dụ như những mối quan hệ tốt đẹp dường như có tác dụng bảo vệ chúng ta trước những vấn đề về SKTT. Và ngược lại, những mối quan hệ nghèo nàn hoặc cuộc sống trong một môi trường căng thẳng sẽ làm tăng nguy cơ đối với những vấn đề như vậy. Chương này sẽ xem xét hai yếu tố xã hội quan trọng có tác động đến SKTT: gia đình và môi trường xã hội mà chúng ta sống. Sau đó chương sẽ bàn đến cách thức mà liệu pháp gia đình, hoặc các biện pháp tăng cường sức khoẻ, can thiệp công cộng khác có thể cải thiện được một số vấn đề SKTT. Đến cuối chương, bạn có thể có một hiểu biết tổng quát về:

- Những mô hình lí thuyết về gia đình và những vấn đề về gia đình.
- Những biện pháp can thiệp liên quan đến toàn bộ gia đình.
- Ảnh hưởng của các yếu tố xã hội và văn hoá như tầng lớp xã hội-kinh tế, giới tính và sắc tộc đối với SKTT.
- Bằng cách nào, các chương trình tăng cường sức khoẻ và sức khoẻ công cộng có thể cải thiện SKTT của cá nhân và cộng đồng.

Mô hình gia đình các rối loạn sức khoẻ tâm thần

Dựa trên lí thuyết hệ thống mà người ta đã xây dựng những mô hình gia đình về rối loạn SKTT và cách trị liệu của các rối loạn đó. Lí thuyết này xem gia đình hoặc những nhóm xã hội khác như là một hệ thống những cá nhân có liên quan với nhau. Hành vi của mỗi cá nhân trong hệ thống không xuất hiện riêng lẻ mà tuân theo nguyên tắc vòng tròn. Theo nguyên tắc này, không có hành vi của ai được xem như là sự bắt đầu hoặc kết quả của sự kiện. Hành vi của X ảnh hưởng Y, những hành vi của Y tác động lại hành vi của X và cứ thế tiếp tục. Các hành vi tạo ra một vòng nhân quả, không có chỗ bắt đầu hay điểm kết thúc. Và việc can thiệp vào bất cứ điểm nào trong hệ thống có thể tạo được sự thay đổi trong nhóm hành vi tiếp diễn này.

Trị liệu hệ thống

Trị liệu hệ thống liên quan đến toàn bộ gia đình, và đôi khi cả gia đình mở rộng, với thông thường hai nhà trị liệu hoặc nhiều hơn. Gia đình có thể không được biết rõ về những nhà trị liệu mà chỉ biết rằng họ có mặt. Trong phần lớn các trường hợp, một nhóm những nhà trị liệu ngồi sau tấm gương một chiều và theo dõi diễn biến của trị liệu. Họ có thể thảo luận những vấn đề nảy sinh trong buổi trị liệu, nhận diện rõ bản chất của những mối quan

hệ tương tác giữa các thành viên trong gia đình và phát triển chiến lược tương tác. Họ có thể trợ giúp cho nhà trị liệu đang ở trong phòng với gia đình vì những nhà trị liệu đó có thể do quá tập trung điều khiển quá trình trị liệu nên không thể nhận thấy hết các mối tương quan phức tạp xuất hiện. Những nhà quan sát bên ngoài có thể đóng một vai trò tích cực, linh hoạt. Họ có thể giao tiếp với nhà trị liệu bên trong căn phòng bằng điện thoại hoặc nhà trị liệu đó tự bước ra khỏi phòng để được tư vấn, và chia sẻ ý kiến về bản chất của vấn đề. Các nhà quan sát thậm chí có thể đề nghị nhà trị liệu thực hiện một động tác đặc biệt hoặc hỏi một số câu hỏi riêng biệt nào đó. Do vậy, kinh nghiệm của phương pháp trị liệu gia đình rất khác so với những phương pháp trị liệu cá nhân. Những người tham gia buổi trị liệu gia đình lần đầu tiên đã chia sẻ những kinh nghiệm tiêu cực và tích cực đó:

Tôi thấy vừa khó chịu vừa bất tiện. Không phải tất cả chúng tôi đều muốn tham dự trị liệu và khi chúng tôi đến đó thì mọi việc diễn ra không hoàn toàn rõ ràng. Tôi không cho rằng việc những người ngồi sau một tấm kính theo dõi chúng tôi là một việc làm đúng. Bạn không thể quan sát phản ứng của họ về những điều đang diễn ra... thật sự là rất khó chịu. Tôi không thích nó tí nào. Tôi không nghĩ là chúng tôi sẽ quay lại.

Nó rất lạ lùng và không phải cái tôi đã mong đợi. Nhà trị liệu đi đi lại lại để nói chuyện với tất cả chúng tôi. Ông ấy còn yêu cầu một số người trong chúng tôi đi lại! Đó không phải điều bạn trông chờ. Tôi đã nghĩ ông hoặc bà ấy phải khá im lặng và làm cho chúng tôi lần lượt nói chuyện với nhau. Không phải đi lại lòng vòng, ngắt lời và những chuyện khác nữa... Việc biết rằng có những người ngồi quan sát sau tấm kính cũng tạo cảm giác mất bình tĩnh. Tuy nhiên bạn không thể nhìn thấy họ và tôi đã dần bắt đầu quên đi sự có mặt của họ, đặc biệt khi chúng tôi đang giải quyết những vấn đề khó khăn trong buổi trị liệu.

Chương này xem xét hai phương pháp trị liệu hệ thống nổi bật lên từ hai góc nhìn về lí thuyết rất khác nhau. Những phương pháp trị liệu khác được mô tả trong các chương tiếp theo khi thích hợp.

Trị liệu cấu trúc gia đình

Năm 1974, Salvador Minuchin là người đầu tiên phát triển trường phái cấu trúc về trị liệu gia đình. Tiền đề cơ bản làm nền tảng cho cách tiếp cận này là quan niệm cho rằng: gia đình phát triển cấu trúc nhằm thực hiện các vai trò. Các cấu trúc bao gồm những nguyên tắc trong gia đình nhằm điều khiển phương thức mọi người liên hệ với nhau trong gia đình. Ví dụ như người cha sẽ có quan hệ theo những cách khác nhau, với những người khác nhau trong những thời điểm khác nhau: người chồng, người cha, người chấp hành kỉ luật, người bạn v.v... Những qui tắc vận hành các mối quan hệ này rất đa dạng. Tuy nhiên, từng mối quan hệ này có thể được thực hiện theo những nguyên tắc mang tính công khai hoặc bí mật.

Minuchin cũng đã làm rõ một chuỗi các yếu tố phối hợp quyết định tổ chức của gia đình và phong cách tương tác. Những tiểu hệ thống là những đơn vị của gia đình trong gia đình trong đó mọi người chia sẻ một yếu tố chung như thế hệ, giới tính, hứng thú… Một cá nhân có thể là thành viên của một vài tiểu hệ thống. Giữa các tiểu hệ thống và giữa gia đình

và thế giới bên ngoài tồn tại những ranh giới. Theo Minuchin, những ranh giới rõ ràng cần thiết để cho phép các tiểu hệ thống thực thi các vai trò riêng biệt của mình và phát triển quyền tự trị cũng như ý thức về sở hữu. Khi những ranh giới này được xây dựng sai lệch trong gia đình thì sẽ nảy sinh các vấn đề. Trong trường hợp ranh giới linh hoạt, trao đổi thông tin dễ dàng giữa các tiểu hệ thống thì các thành viên trong gia đình cực kì gắn bó, thân mật. Tuy nhiên họ có thể trở nên quá gắn bó và điều này dẫn đến một tình trạng vướng víu, từng thành viên riêng biệt không có được trạng thái tự chủ hay độc lập. Ngược lại, những ranh giới quá cứng nhắc sẽ cản trở trao đổi thông tin giữa các tiểu hệ thống tạo ra sự chia cắt, tách rời cảm xúc giữa các thành viên.

Những tiểu hệ thống được tổ chức theo thứ bậc. Tiểu hệ thống cha mẹ thường được công nhận là bậc trên so với những tiểu nhóm khác như tiểu nhóm anh chị em, và được coi là có chức năng điều hành. Nó đưa ra những quyết định quan trọng của gia đình. Cũng có thể có hiện tượng đổ vỡ hoặc thành lập những tiểu hệ thống tạm thời, dưới dạng liên minh. Trong trường hợp này, thành viên của những tiểu hệ thống khác nhau hợp tác với nhau, thường là chỉ trên một nền tảng ngắn hạn. Cha và con trai có thể phối hợp thành một lực lượng đối ngược với những uy lực của mẹ v.v... Người ta cho rằng những liên minh này, đặc biệt là khi chúng kéo dài, dễ làm đổ vỡ cấu trúc thứ bậc trong gia đình và là chỉ báo của rối loạn vận hành.

Minuchin cho rằng những đặc điểm chính của gia đình đang vận hành tốt gồm: có một ranh giới rõ ràng, phân thứ bậc hợp lí và các liên minh đủ linh hoạt để điều chỉnh, thay đổi và khuyến khích, động viên các thành viên của chúng. Gia đình đang bị rối nhiễu trong vận hành có những đặc điểm ngược lại. Theo Minuchin, khi một cá nhân thể hiện những vấn đề cần đến trị liệu, thì những vấn đề đó là đại diện cho vấn đề của cả hệ thống. Nhóm của Minuchin đã liên kết những chẩn đoán riêng biệt với những dạng đặc biệt của động thái gia đình (family dynamics). Ví dụ như Minuchin và các cộng sự của ông (1978) đã xác định những đặc điểm chính của "gia đình chán ăn" là: lúng túng, che chở quá mức, cứng rắn và né tránh xung đột, kèm theo những xung đột ngầm giữa cha mẹ. Cũng theo Minuchin, những stress liên quan đến sự thúc đẩy trẻ tự lập trong kiểu gia đình như vậy làm tăng nguy cơ bộc lộ các mâu thuẫn giữa cha mẹ. Để tránh vấn đề này, ở trẻ phát triển những hành vi chán ăn nhằm ngăn chặn sự bất đồng, chia rẽ hoàn toàn gia đình. Những hành vi này có thể giúp gia đình đoàn kết xung quanh "bệnh nhân cụ thể" và đánh lạc hướng những chú ý đến mâu thuẫn cha mẹ.

Mục tiêu của phương pháp này là nhận diện vị trí của các rối loạn chức năng và thay đổi chúng: thiết lập một cấu trúc gia đình bình thường trong đó tiểu hệ thống cha mẹ có quyền điều hành, những ranh giới giữa và trong các thế hệ rõ ràng và không có sự tồn tại của các liên minh kéo dài. Mỗi thành viên trong gia đình cần có một sự độc lập phù hợp theo lứa tuổi và vẫn cảm thấy mình là một phần của gia đình.

Phương pháp cấu trúc gia đình là theo thuyết hành vi, trực tiếp và năng động. Nhà trị liệu chủ động và linh hoạt trong các quá trình trị liệu. Họ có thể di chuyển, thay đổi vị trí của các thành viên gia đình nhằm phát triển hoặc phá vỡ các liên minh, can thiệp vào những quy định về trách nhiệm/ bổn phận cụ thể và thu xếp với những thành viên khác của gia đình. Trị liệu đối với gia đình bao gồm ba yếu tố:

- kích thích gia đình nhận thức về thực tế
- cung cấp cho họ những khả năng để nhận biết được các vấn đề
- một khi họ đã thử hành động theo cách mới để giải quyết vấn đề thì cần phát triển các mối quan hệ và cấu trúc mới có thể tự duy trì được.

Quá trình trị liệu bao gồm một loạt các giai đoạn:

1. *Tham gia với gia đình*: trong giai đoạn này, nhà trị liệu thâm nhập vào hệ thống, tham dự hoặc xây dựng những quan hệ bằng cách tự điều chỉnh phù hợp với văn hoá,tâm trạng, phong cách và ngôn ngữ của gia đình. Họ có thể tham gia một cách cơ học vào gia đình và dàn xếp với họ.
2. *Đánh giá cấu trúc gia đình*: ở giai đoạn này, nhà trị liệu kiểm tra các ranh giới, cấu trúc thứ bậc và liên minh. Đây có thể là một quá trình rất năng động. Sự tương tác giữa các cá nhân hoặc các tiểu hệ thống được quan sát thông qua trò chơi đóng vai. Nhà trị liệu có thể tạo ra những điều kiện giúp cho tương tác này trở nên thật. Ví dụ như Minuchin và cộng sự (1978) thường xuyên tiến hành những buổi trị liệu với những gia đình có trẻ chán ăn vào giờ bữa trưa để lúc này gia đình có thể được mời ăn chung. Những buổi trị liệu này có thể chỉ ra, ví dụ như sự bất lực của cha mẹ trong việc cùng hợp tác nhằm khuyến khích trẻ ăn hoặc những sự khác thường của liên minh giữa cha hoặc mẹ với trẻ. Điều này có thể dẫn tới thảo luận trong gia đình về nguyên nhân của các ứng xử khác nhau.
3. *Làm mất cân bằng hệ thống*: trong giai đoạn này, nhà trị liệu làm mất cân bằng những mẫu hành vi sai lệch đang tồn tại một cách thận trọng, có suy nghĩ tính toán nhằm đặt gia đình vào một tình trạng mất cân xứng. Quá trình này về cơ bản là trực tiếp và nhà trị liệu có thể phải tự xếp mình vào những tiểu hệ thống và liên minh khác nhau. Một ví dụ về quá trình này là trường hợp một phụ nữ trầm cảm, một người rất bi quan và tuyệt vọng khi buổi trị liệu bắt đầu, nhưng tâm trạng của bà đã khá lên khi bà giải toả được những cảm giác khó chịu về chồng bà và gia đình chồng, những người luôn chỉ trích và đòi hỏi ở bà. Thay vì giữ thái độ trung gian như hầu hết những ca trị liệu cá nhân, nhà trị liệu đã bắt đầu đứng về phía chồng bà, thông cảm với những vấn đề mà ông ta gặp phải là nhằm giúp cho tất cả mọi người trong nhà hạnh phúc. Tuy nhiên nhà trị liệu cũng đề nghị rằng hai người nên ngồi xuống và cố gắng đặt ra giới hạn cho những can thiệp của gia đình chồng đến mối quan hệ giữa hai người.

4. *Cấu trúc lại hoạt động*: một khi hệ thống không còn cân bằng, mọi cố gắng, nỗ lực tiếp theo là tập trung xây dựng lại một cấu trúc gia đình bình thường. Quá trình này có thể bao gồm hàng loạt chiến lược:

   • *Hiện thực hoá những mẫu hình hành vi hữu dụng trong gia đình*: Quá trình này bao gồm việc phát triển các mẫu hành vi phù hợp thông qua những chiến lược như trò chơi đóng vai, thực tập có hướng dẫn và thao tác, vận động cơ thể thích hợp của những cá nhân trong tiểu hệ thống tương thích (ví dụ: bố và mẹ ngồi cạnh nhau và phối hợp tương tác với thành viên của các hệ thống khác).

   • *Tăng stress*: chiến lược này bao gồm việc ngăn chặn những mẫu hành vi gần đây không phù hợp trong gia đình và phát triển xung đột nhằm khuyến khích các liên minh mới giữa các tiểu hệ thống tương thích.

Người ta cho rằng bất cứ sự thay đổi nào cũng có tác dụng củng cố và rằng gia đình sẽ tiếp tục phát triển mà không cần những can thiệp sâu hơn. Tuy nhiên trị liệu có thể tiếp tục với tuần/1lần trong vài tháng. Một ưu điểm của cách tiếp cận này là nó thể hiện mô hình trị liệu rõ ràng. Mục tiêu và mục đích trị liệu xác định rõ ngay từ đầu. Qúa trình thay đổi và các chiến lược để đạt được những mục tiêu được phác hoạ rất cụ thể. Tuy nhiên sự đơn giản của nó cũng có thể là một nhược điểm, và nhiều nhà trị liệu mới cố gắng cấu trúc lại gia đình trước khi nắm được đầy đủ những qui tắc của gia đình đó. Áp dụng quá cứng nhắc sơ đồ về chức năng gia đình có thể đưa đến hậu quả: nhà trị liệu áp đặt các giải pháp lên gia đình và những giải pháp đó có thể hoàn toàn sai lầm.

Phương pháp trị liệu chiến lược gia đình

Walzalawick và các cộng sự (1974) là một trong những người khởi đầu mô hình chiến lược cho trị liệu gia đình. Mô hình này cũng tập trung vào những sự tương tác giữa các thành viên trong gia đình. Người ta cho rằng các gia đình có xu hướng tự tổ chức theo những chuỗi tương tác lặp lại. Các vấn đề chủ yếu xuất hiện theo sau một sự thích ứng kém hoặc không thành công ở những thời điểm khủng hoảng trong chu trình cuộc sống gia đình.

Họ cho rằng khi gia đình đối mặt với một vấn đề, các thành viên của nó tương tác với nhau theo những phương thức lặp lại và áp dụng những chiến lược đã từng được sử dụng để giải quyết vấn đề. Nếu cách thức đó đem lại thành công thì vấn đề sẽ được tháo gỡ. Nhưng khi chiến lược thất bại, chỉ một số gia đình sẽ chấp nhận một số cách tiếp cận mới để cố gắng giải quyết vấn đề. Một số gia đình khác có thể tiếp tục sử dụng những chiến lược không hiệu quả cũ để cố gắng đạt được sự thay đổi. Trong trường hợp này, những nỗ lực nhằm giải quyết vấn đề có thể tự thân trở thành vấn đề: có thể nghiêm trọng hơn cả những vấn đề ban đầu. Việc một người đàn ông phản ứng lại sự thiếu gắn bó của vợ mình bằng sự thất vọng và giận dữ là một ví dụ cho quá trình này. Trong cơn giận dữ, anh ta cố gắng thuyết phục vợ phải gắn bó, nhiệt tình hơn trong quan hệ của họ. Tuy nhiên, đáp lại sự giận dữ của anh ta, cô ấy ngày càng trở nên thu mình, né tránh và sự việc cứ tiếp diễn như

thế. Ở đây, cơn giận dữ mà người chồng sử dụng như một cố gắng làm thay đổi vấn đề ban đầu đã trở thành một phần vấn đề, chứ không phải một giải pháp- người phụ nữ đã trở nên khép kín hơn. Cần phải lưu ý rằng thực tế cả hai cách phản ứng lặp lại (sự giận dữ của chồng và khép kín của vợ) chứ không phải chỉ là cơn giận dữ của anh ta làm trầm trọng thêm vấn đề. Cũng cần phải nói thêm rằng trong những trường hợp như thế này, liệu pháp tâm lí cá nhân truyền thống thường tập trung vào sự giận dữ của người chồng.

Mục tiêu của trị liệu là nhận diện được những nỗ lực lặp lại và mang tính phá huỷ trong việc giải quyết vấn đề. Hạn chế xu hướng tìm kiếm nguyên nhân của vấn đề và qui nó cho một cá nhân, bởi lẽ xu hướng này chỉ làm trầm trọng thêm vấn đề hơn là giải quyết chúng. Trường phái chiến lược nhấn mạnh tầm quan trọng của cả giao tiếp bằng lời và không lời giữa các thành viên trong gia đình. Tất cả các hành vi đều được cho là sự thể hiện của một dạng của giao tiếp nào đó. Chẳng có điều gì là không có tính giao tiếp: không hoạt động cũng cung cấp thông tin như hoạt động.

Mục đích của phương pháp chiến lược là nhằm phá vỡ những chu trình hành vi duy trì vấn đề và nhằm đưa ra những điều kiện cho mẫu hành vi phù hợp hơn. Quá trình trị liệu diễn ra theo một số giai đoạn riêng biệt:

1. Thăm dò và nhận diện cụ thể các khó khăn cần giải quyết.
2. Phát triển một kế hoạch chiến lược để phá vỡ chuỗi tương tác duy trì vấn đề.
3. Triển khai những can thiệp chiến lược- thường bao gồm cả các bài tập ở nhà xen kẽ các buổi trị liệu. Mục đích chính của nó là phá vỡ chuỗi vấn đề.
4. Phản hồi về kết quả của can thiệp.
5. Đánh giá lại kế hoạch trị liệu, bao gồm việc xem xét lại bài tập và những can thiệp khác đã sử dụng.

Phong cách của nhà trị liệu cũng là một khoảng cách về cảm xúc giữa nhà trị liệu và gia đình. Để tránh đối đầu, họ cần phải chấp nhận ở vị trí thấp hơn là vị trí của một chuyên gia. Họ không được khăng khăng rằng cả gia đình tham gia vào buổi trị liệu: Họ sẽ làm việc với bất kì những người nào tham dự. Phương pháp trị liệu tập trung vào hai chiến lược thay đổi chính: tái cấu trúc tích cực và can thiệp nghịch thường.

- *Tái điều chỉnh cấu trúc*: bao gồm việc diễn giải tích cực hành vi gây ra vấn đề. Qúa trình này không khó như vẫn tưởng bởi vì theo những nhà trị liệu chiến lược, những hành vi này là sai lầm nhưng chúng là những cố gắng rất chân thành nhằm mục đích giải quyết vấn đề. Cũng theo cách này, người ta có thể nói với một cặp vợ chồng có tính cách trái ngược nhau rằng sự tranh cãi của họ cũng là nó thể hiện họ đều nỗ lực để làm quan hệ trở nên tốt hơn. Mục đích của tái cấu trúc là giúp gia đình nhận thức được vấn đề đang tồn tại và khuyến khích họ xác định lại, tìm ra ý nghĩa mới cho nó. Sau khi đã xác định lại vấn đề, cả gia đình không thể áp dụng những giải pháp như trước đây nữa. Và vì vậy, những giải pháp mới và những mô hình tương tác mới sẽ trở nên khả thi.

- *Can thiệp nghịch thường*: bao gồm những nhiệm vụ được yêu cầu trong trị liệu mà có vẻ trái ngược hoặc đối lập với suy nghĩ thông thường. Ví dụ, một cặp vợ chồng cãi nhau có thể được yêu cầu tiếp tục cãi nhau- tất nhiên có thể cần phải giải thích thêm rằng "cãi nhau chứng tỏ các vị còn gắn kết với nhau". Khi sử dụng can thiệp nghịch thường, nhà trị liệu phải tạo ra sự kết nối mang tính trị liệu bằng cách giải thích tại sao điều đó (cãi nhau) không xảy ra như theo lời khuyên bởi lẽ: người ta mong muốn một kết quả ngược lại. Sự nghịch thường là nhằm để đem lại cho vấn đề một ý nghĩa mới và những người liên quan sẽ buộc phải quyết định thay đổi hay hay không thay đổi- bản thân việc này cũng đã là một sự thay đổi trong hệ thống.

Người ta đã xác định ra nhiều chiến lược nghịch thường. Ví dụ trên được biết đến như đơn thuốc triệu chứng (symptom prescription). Một kĩ thuật tương tự, được gọi là giả định. Đó là việc giả định rằng trong gia đình đang có một vấn đề cụ thể nào đó và các thành viên gia đình thể hiện lại những hành vi thông thường của họ với 'triệu chứng' đang tồn tại đó. Điều này có ý nghĩa phá vỡ những tương tác bình thường trong gia đình và làm cho những sự thay đổi hành vi trở nên thuận tiện hơn. Cách tiếp cận này có rất nhiều điểm mạnh và các tác giả của cách tiếp cận này đã đạt được những thành công đáng kể (Watzlawick và cs, 1974). Tuy nhiên, vấn đề đạo đức trong phương pháp này bị tranh cãi rất nhiều bởi vì sức mạnh ở nhà trị liệu và phương pháp không rõ đối với thân chủ. Hộp 4.1 minh hoạ cả hai cách tiếp cận cấu trúc và chiến lược.

Trị liệu hệ thống hiệu quả như thế nào?

Chương này đã mô tả hai cách tiếp cận khác nhau khi làm việc với gia đình, ngoài ra còn có nhiều cách tiếp cận khác, một số sẽ được mô tả trong những chương tiếp theo. Đánh giá mức độ hiệu quả của can thiệp hệ thống là một câu hỏi không hề đơn giản. Những chương khác nhau trong quyển sách này sẽ chỉ ra rằng trị liệu hệ thống đã được chứng minh là thành công trong những trị liệu các rối loạn đa dạng như là TTPL, các vấn đề liên quan đến nghiện rượu và nghiện ma tuý và chán ăn tâm lí: thỉnh thoảng, nó còn hiệu quả hơn cả trị liệu cá nhân. Ta có thể tìm thấy một cái nhìn tổng quát mang tính thống kê hơn về hiệu quả của phương pháp này trong siêu phân tích của Shadish và các cộng sự (1993). Họ tổng hợp kết quả của 163 nghiên cứu và thấy kết quả rằng phương pháp hệ thống (gia đình hay hôn nhân) có hiệu quả trong trị liệu rất nhiều vấn đề như rối loạn hành vi đạo đức, ám ảnh sợ, TTPL, các vấn đề về tình dục và trầm cảm. Mô hình chiến lược đã được mô tả là một trong những biện pháp can thiệp hiệu quả nhất, tỉ lệ thành công là khoảng 65%. Tiếp cận cấu trúc của Minuchin nhìn chung là ít hiệu quả hơn, mặc dù nó được sử dụng với một số đối tượng khó, trong đó có cả chứng chán ăn tâm lí. Tiếp cận hành vi nhận thức được mô tả trong những chương sau với những vấn đề chuyên biệt được minh chứng là cách can thiệp hệ thống hiệu quả nhất.

Chứng chán ăn tâm lí của Jane: một ví dụ về trị liệu cấu trúc so với trị liệu chiến lược

Cách tiếp cận cấu trúc và chiến lược nhìn nhận vấn đề của thân chủ khá khác nhau. Dưới đây là hai mẫu về rối nhiễu liên quan đến chán ăn tâm lí:

Cách tiếp cận cấu trúc:

Jane là một cô gái vị thành niên được chẩn đoán là mắc chứng chán ăn tâm lí trong gia đình: ở đây cho thấy có những vấn đề về cấu trúc. Nhà trị liệu lắng nghe bố mẹ của Jane đã khuyến khích con gái mình ăn như thế nào và cho đến thời điểm này thì vẫn luôn thất bại. Nhà trị liệu chẩn đoán vấn đề là gia đình đã thất bại trong việc hỗ trợ giai đoạn chuyển tiếp của cô bé từ thời kì vị thành niên. Nhà trị liệu cũng quan sát tình huống bố mẹ của Jane bất lực trong việc khuyến khích cô bé ăn. Trong tình huống này, có vẻ như họ đã bỏ qua những sự khác biệt giữa họ và tập trung động viên con gái ăn.

Theo quan điểm cấu trúc, trong tình huống này có thể là gia đình bị lúng túng: họ đã chú tâm quá mức đến hành vi và quá gần gũi với con gái đến nỗi họ tước mất sự độc lập và quyền tự đưa ra quyết định của cô bé. Quyền lực đầu tư vào cô bé để điều khiển gia đình đã làm thay đổi quyền lực của thứ bậc trong gia đình và hệ thống cha mẹ suy yếu: họ không thể làm cho cô bé ăn.

Mục tiêu của trị liệu là nhằm khắc phục những sự thiếu hụt đó: cụ thể hơn, củng cố tiểu hệ thống của cha mẹ và phục hồi lại sự phân bậc quyền lực thích hợp. Để đạt được mục tiêu này, nhà trị liệu có thể thay đổi một cách chủ động cấu trúc và ủng hộ cha mẹ của Jane trong việc nỗ lực nhằm kiểm soát hành vi của con gái họ.

Cách tiếp cận chiến lược:

Cách tiếp cận chiến lược có cách lí giải khác về vấn đề. Một trong những lí giải của cách tiếp cận này là Jane bước vào tuổi vị thành niên và cô bé nỗ lực để có được nhiều tự chủ cũng như độc lập hơn. Tuy nhiên bố mẹ của cô bé đã quá bảo vệ, kiểm soát cô và không hỗ trợ những thay đổi đó. Và vì vậy, cô bé bắt đầu ăn kiêng như một thể hiện về sự độc lập và tự chủ. Tuy nhiên, việc ăn kiêng và giảm cân chỉ làm tăng nỗi lo âu của cha mẹ cô về sức khoẻ và cũng làm tăng mong muốn điều khiển cô, mong muốn bảo đảm rằng cô đã ăn "đúng mức". Do đó họ càng nỗ lực hơn để kiểm soát việc ăn uống của con gái. Như một kết quả trực tiếp, cô bé nổi loạn và ăn kiêng nhiều hơn, chuyện này lại tiếp tục làm cho bố mẹ cô bé tăng những hành vi quan tâm và bảo vệ và tiếp theo. Vòng quay này cứ thế tiếp tục. Và mối quan tâm hàng đầu của nhà trị liệu không phải là vấn đề ban đầu mà là những mẫu tương tác đã được hình thành.

tuổi vị thành niên và cô bé nỗ lực để có được nhiều tự chủ cũng như độc lập hơn. Tuy nhiên, bố mẹ của cô bé đã quá bảo vệ, điều khiển cô và không hỗ trợ những thay đổi đó. Và vì vậy, cô bé bắt đầu ăn kiêng như một thể hiện về sự độc lập và tự chủ. Tuy nhiên, việc ăn kiêng và giảm cân chỉ làm

tăng nỗi lo âu của cha mẹ cô về sức khoẻ và cũng làm tăng mong muốn điều khiển cô, mong muốn bảo đảm rằng cô đã ăn "đúng mức". Do đó, họ càng nỗ lực hơn để kiểm soát việc ăn uống của con gái. Như một kết quả trực tiếp, cô bé nổi loạn và ăn kiêng nhiều hơn, chuyện này lại tiếp tục làm cho bố mẹ cô bé tăng những hành vi quan tâm và bảo vệ và tiếp theo.. Vòng quay này cứ thế tiếp tục. Và mối quan tâm hàng đầu của nhà trị liệu là những mẫu tương tác đã được hình thành- không phải vấn đề ban đầu.

Nguy cơ của các vấn đề SKTT có liên quan đến rất nhiều yếu tố xã hội và kinh tế. Nghiên cứu Điều tra cơ cấu bệnh tâm thần ở Anh (Jerkins và cs., 1998) đã thu được nhiều kết quả. Người ta đã tiến hành phỏng vấn chẩn đoán với 10.000 người có nhà và vô gia cư, không có gốc gác. Trong những người thuộc nhóm đầu tiên, những người phụ nữ sống ở thành thị, người thất nghiệp, những người độc thân, li dị hay goá bụa có tỉ lệ cao các rối loạn tâm căn (những dạng khác nhau của trầm cảm và lo âu). Đàn ông mắc chứng nghiện rượu cao gấp 3 lần và nghiện ma tuý gấp 2 lần so với phụ nữ. Chứng loạn thần phổ biến ở thành thị hơn ở nông thôn. Những rối loạn tâm căn phổ biến ở người sống ở nhà trọ với tỉ lệ 38% và ở những người sống trong khu cư trú ban đêm là 60%, ở những người ngủ lang thang là 57%. Tỉ lệ của chứng loạn thần và nghiện rượu, nghiện ma tuý cũng cao ở mức tương tự. Phần tiếp theo của chương xem xét những giải thích về mức độ cao của các vấn đề SKTT ở những người thiệt thòi về mặt xã hội và phụ nữ.

Vị thế kinh tế- xã hội

NGUYÊN NHÂN XÃ HỘI SO VỚI TỤT HẬU XÃ HỘI

Hai giả thuyết đã được đưa ra để lí giải những phát hiện về tỉ lệ cao của các vấn đề SKTT giữa những người trong nhóm có vị thế kinh tế- xã hội thấp. Mô hình nguyên nhân xã hội cho rằng đây là kết quả của một sự chịu đựng stress ở mức độ cao: những người có vị thế kinh tế- xã hội thấp sẽ chịu nhiều stress mức độ cao và do vậy cũng gặp nhiều vấn đề về SKTT. Mô hình tụt hậu xã hội lại phản đối quan niệm này. Họ cho rằng những vấn đề về SKTT sẽ làm suy giảm vị thế kinh tế- xã hội. Theo như mô hình này, một khi cá nhân có các rối loạn SKTT thì họ sẽ trở nên yếu cả về mặt kinh tế. Có thể họ không đủ khả năng để duy trì một công việc hoặc làm thêm giờ để đảm bảo cuộc sống ở mức độ cao. Vì thế họ bị tuột xuống trên thang kinh tế- xã hội: những vấn đề về SKTT kéo theo vị thế kinh tế- xã hội thấp.

Nhìn chung thì các chứng cứ ủng hộ giả thuyết nguyên nhân xã hội. Thực tế, sự thay đổi về mặt xã hội thường có vẻ xuất hiện trước hơn là sau giai đoạn trầm cảm (Moos và cs. 1998). Những hậu quả này thậm chí có thể ảnh hưởng nhiều thế hệ. Năm 1998 Ritsher và cs. đã theo dõi một nhóm người có bố mẹ đã trải qua một thời kì trầm cảm và một nhóm có bố mẹ chưa từng trải qua trầm cảm. Họ giả định rằng nêu mô hình lí thuyết nguyên nhân xã

hội có hiệu lực, những đứa trẻ là con của gia đình công nhân sẽ có nguy cơ bị trầm cảm cao. Nếu như thuyết về tụt hậu xã hội quyết định, việc có bố mẹ bị trầm cảm sẽ đặt những đứa trẻ vào vị thế kinh tế- xã hội thấp. Các kết quả nghiên cứu ủng hộ thuyết nguyên nhân xã hội. Những đứa trẻ có bố mẹ là công nhân có nguy cơ mắc chứng trầm cảm chủ yếu cao hơn gấp ba lần những trẻ con gia đình trí thức. Tình trạng trầm cảm của cha mẹ không báo trước vị thế kinh tế- xã hội thấp kém ở con cái họ. Cũng không có một bằng chứng nào về sự suy giảm vị thế kinh tế- xã hội theo sau sự xuất hiện của trầm cảm.

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

KHÁC BIỆT VỀ TÍNH DỄ BỊ TỔN THƯƠNG

Nhóm vị thế kinh tế- xã hội thấp không chỉ chịu nhiều stress hơn những người giàu có mà họ còn có ít nguồn trợ giúp để vượt qua stress hơn. Trong *Bảo tồn mô hình nguồn lực*, Hobfoll (1989) cho rằng SKTT và thể chất được quyết định bởi những nguồn lực có sẵn ở mỗi cá nhân. Đó có thể là nguồn kinh tế, xã hội (ví dụ như sự ủng hộ của gia đình), cấu trúc (như là nơi ăn, chỗ ở) hoặc tâm lí (ví dụ như kĩ năng đối phó, kiểm soát nhận thức). Việc có nhiều những nguồn lực này sẽ giúp bảo vệ sức khoẻ. Và trong trường hợp ngược lại, cá nhân có nhiều nguy cơ gặp vấn đề về SKTT.

Bên cạnh việc có những nguồn kinh tế mạnh hơn, những người trong nhóm có vị thế kinh tế- xã hội cao hơn cũng có thể có nhiều nguồn tâm lí và xã hội hơn so với người nghèo. Những nguồn này được cho là rất có tác dụng bảo vệ cá nhân trước những vấn đề SKTT. Ví dụ, Turner và cs. (1999) đã tìm ra rằng con người ở những nhóm kinh tế xã hội cao có tính tự trọng cao và tự chủ trước tình huống tốt hơn những người ở nhóm kinh tế- xã hội thấp. Việc tự chủ cũng như tự trọng cao đều có tính kháng lại trầm cảm. Sự ủng hộ của xã hội có tác dụng rất lớn chống lại nhiều vấn đề SKTT. Theo Kawachi và Berkman (2001) và trong những nhóm kinh tế- xã hội thấp, ít có sự ủng hộ xã hội hơn. Năm 1984, Ruberman và cộng sự đã nghiên cứu được rằng những người có trình độ học vấn thấp có tỉ lệ gặp vấn đề trầm cảm, stress và cô lập xã hội cao nhất. Tương tự, Marmot và cs. (1991) cũng nhận thấy rằng tỉ lệ công nhân nam cổ xanh có bạn gái, người có thể tin tưởng và chia sẻ các vấn đề hoặc nhận được sự hỗ trợ thực tiễn xã hội, ít hơn so với nam công nhân cổ trắng.

(*) Tâm thần nhỏ là những vấn đề về rối loạn ranh giới, rối loạn nhẹ, phân biệt với tâm thần lớn là những vấn đề về loạn thần – ND.

NHỮNG VẤN ĐỀ VỀ TÍNH TƯƠNG ĐỐI

Trong khi các stress xã hội và việc thiếu những nguồn hỗ trợ có vẻ là những nguyên nhân trực tiếp gây ra các vấn đề SKTT, một số nhà lí thuyết tranh cãi rằng việc thiếu hoàn toàn những nguồn hỗ trợ không gây hậu quả stress hoặc các vấn đề SKTT. Theo họ, đó là do việc biết rằng mình ít nguồn hỗ trợ hơn so với những nhóm khác trong xã hội. Nếu như tất cả mọi người đều có hoàn cảnh giống nhau thì việc thiếu nguồn hỗ trợ sẽ không phải là một vấn đề. Giả thuyết này đã xuất phát từ các nghiên cứu về sức khoẻ thể chất trong cộng đồng. Những nghiên cứu này chỉ ra rằng ở các nước phương Tây, tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh cao nhất không phải là ở những nước nghèo nhất. Thực ra chúng được tìm thấy ở những nước có sự chênh lệch giàu nghèo lớn nhất. Nhật bản và Cu ba, hai nước đều đạt được những đỉnh cao của sự phồn thịnh như ở phương Tây song đều có tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh thấp (xem Wilkinson, 1992). Cả hai nước đều có sự phân bố thu nhập tương đối đồng đều. Những nước có chênh lệch lớn về thu nhập như Mĩ hoặc Anh có dân số kém khoẻ mạnh hơn. Những thông tin tương tự như vậy đã đưa Wilkinson đến nhận định rằng chúng ta đã có sự so sánh nào đó giữa điều kiện sống của mình với những người khác trong xã hội và ý thức về sự thấp kém tương đối này làm tăng nguy cơ bệnh. Những mối quan hệ như vậy có vẻ như gây ra những trạng thái khí sắc, stress nặng nề. Mặc dù những nghiên cứu về quá trình này mới chỉ là những bước đi ban đầu song dường như giả thuyết đã được hoàn toàn kiểm chứng.

Những khác biệt về giới

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

KHÁC BIỆT VỀ PHƠI NHIỄM (EXPOSURE)

Những giải thuyết về khác biệt stress cho rằng phụ nữ gặp nhiều stress trong cuộc đời hơn so với nam giới và vì vậy dễ gặp phải những vấn đề SKTT hơn. Có bằng chứng cho rằng phụ nữ gặp nhiều chuyện khó khăn hơn đàn ông trong công việc cũng như trong vai trò ở gia đình (Rieker và Bird, 2000). Thêm vào đó, phụ nữ gặp nhiều sự căng thẳng, giằng co hơn giữa yêu cầu của công việc và gia đình. Ngay cả khi làm việc đầy đủ thời gian, phụ nữ vẫn thường phải làm nhiều việc nhà hơn người bạn đời của mình. Những stress mang lại

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

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

KHÁC BIỆT VỀ TÍNH DỄ TỔN THƯƠNG

Một cách tiếp cận khác về vấn đề này cho rằng phụ nữ dễ bị tổn thương hơn đối với một số loại stress nhất định so với đàn ông. Elliort (2000), cho rằng phụ nữ phụ thuộc nhiều vào hơn sự hỗ trợ của hệ thống xã hội hơn đàn ông, và có thể bị tác động theo những cách khác nhau khi bị mất sự hỗ trợ đó. Những vấn đề như không còn sự gắn bó trong gia đình khi những đứa con di chuyển nhiều hơn và dần rời xa khỏi gia đình khi chúng đã trưởng thành cũng có thể liên quan đến vấn đề này. Cuối cùng, Simon (1995) cho rằng phụ nữ phản ứng mạnh mẽ hơn đàn ông đối với sự căng thẳng trong công việc và gia đình bởi vì điều quan trọng đối với họ là cảm nhận về giá trị mà các vai trò đem lại.

Vị thế thiểu số

Vị thế thiểu số có thể do nhiều yếu tố: sắc tộc, lựa chọn tình dục, ngoại hình… Tuy nhiên vị thế thiểu số thường được gắn với sắc tộc nhiều hơn. Khi xem xét những vấn đề sắc tộc không thể không xét những nguy hiểm của nó. Zazroo (1998) đã cảnh báo rằng sắc tộc bao gồm rất nhiều vấn đề đa dạng: ngôn ngữ, tôn giáo, kinh nghiệm về chủng tộc và di cư, văn hoá, tổ tiên và các dạng nguồn gốc. Mỗi điều này có thể góp phần tạo nên, một cách độc lập hay cùng với nhau, những sự khác biệt về SKTT và thể chất giữa các nhóm sắc tộc khác nhau. Sẽ là nguy hiểm nếu như xem "sắc tộc" như là một yếu tố đơn lẻ tác động đến SKTT. Thực tế, những tỉ lệ về SKTT có thể không khác biệt do những sự khác biệt giữa các

nhóm mà do những cách hiểu khác nhau về các vấn đề SKTT giữa những nhóm chủng tộc hoặc văn hoá khác nhau. Ví dụ những người có vấn đề tâm lí, theo một số văn hoá, ít khi nào gọi tên "vấn đề về tâm trí" mà mô tả chúng bằng những thuật ngữ thể chất (Tim tôi rất tệ…). Bất cứ một tổng quan sơ lược nào những tư liệu liên quan thì cũng chỉ có thể động chạm bề mặt của một khối lượng lớn, phức tạp các tài liệu và cũng chỉ giải thích một số sự khác biệt giữa những vấn đề SKTT trong nhóm thiểu số.

KHÁC BIỆT VỀ PHƠI NHIỄM

Một lí giải khác cho rằng những nhóm xã hội thiểu số có tỉ lệ cao hơn về các vấn đề SKTT so với các nhóm đa số là do họ dễ gặp phải stress hơn. Điều này là do hậu quả của vị thế thiểu số. Một stress phổ biến mà những người trong nhóm sắc tộc thiểu số thường gặp liên quan đến vị thế kinh tế- xã hội thấp. Thực tế, một số nhà bình luận cho rằng bất cứ stress nào xuất phát từ việc ở trong một nhóm sắc tộc thiểu số đều là hậu quả từ vị thế kinh tế- xã hội thấp hơn chứ không phải do ở nhóm thiểu số. Ulbrich và cs. (1989) đã khai thác dữ liệu từ một điều tra với 2115 người trưởng thành để khảo sát vai trò của chủng tộc và vị thế kinh tế- xã hội đối với SKTT trong xã hội Mĩ. Nhóm thiểu số được quan tâm đến trong nghiên cứu là những người da đen. Nhìn chung, họ tìm thấy rằng vị thế nghề nghiệp, chứ không phải chủng tộc, liên quan đến stress. Các nghiên cứu khác lại tìm thấy những mối liên hệ trực tiếp giữa chủng tộc, sắc tộc và stress chứ không trung gian bởi vị thế kinh tế (Williams, 1999).

Cũng có nhiều yếu tố xã hội gây stress mà duy chỉ có những nhóm thiểu số gặp phải. Một yếu tố rõ ràng nhất là định kiến về chủng tộc. Clarke (2000) đã tiến hành một thí nghiệm khá lí thú của về ảnh hưởng của dạng stress này. Nhóm các cô gái Mĩ gốc Phi làm bài tập trong đó họ phải trình bày quan điểm và cảm nhận của họ về quyền của động vật. Các tác giả nhận thấy rằng trong quá trình làm bài, những người càng bị trỉ nghiệm nhiều tệ phân biệt chủng tộc thì huyết áp càng cao. Theo các tác giả, việc phát triển những phản ứng mạnh mẽ cả về cảm xúc và sinh lí đối với stress chung là do những phản ứng kéo dài của họ đối với phân biệt chủng tộc. Một nguồn stress thứ ba mà những nhóm thiểu số thường trải nghiệm là hậu quả của sự căng thẳng khi cá nhân phải chấp nhận hoặc từ chối một cách có ý thức những qui tắc hoặc tập tục của nền văn hoá khác, bao gồm những qui tắc, tập tục của nền văn hoá mà họ nhập cư. Cả hai trường hợp đều có thể tạo ra cảm giác bị xa lánh, từ chối bởi thành viên của văn hoá khác hoặc của nền văn hoá của chính họ và dẫn đến các vấn đề SKTT.

Vị thế thiểu số không chỉ được tạo ra bởi những khác biệt rõ ràng. Thiểu số về tình dục cũng có thể chịu định kiến. Những định kiến này có thể ảnh hưởng đến SKTT của họ. Cole và cs. (1996) đã tìm ra rằng những người đàn ông đồng tính khoẻ mạnh che dấu xác định giới của mình có vẻ có SKTT và thể chất kém hơn những người tự do thể hiện giới tính của mình. Một nhóm nghiên cứu tương tự tìm ra rằng sự chối bỏ xã hội ảnh hưởng SKTT và

thậm chí tiến triển bệnh ở những người nhiễm HIV. Ở những người bị xa lánh, sự suy yếu hệ thống chức năng miễn dịch mạnh hơn và chuyển sang giai đoạn AIDS nhanh hơn.

KHÁC BIỆT VỀ TÍNH DỄ TỔN THƯƠNG

Ngoài việc trải nghiệm nhiều stress hơn nhóm da trắng, dữ liệu của Ulbrich và cs. (1989) cho thấy những nhóm sắc tộc khác nhau có thể phản ứng khác nhau với những stress mà họ đối mặt. Người ta thấy rằng những người da đen nghèo túng thực tế gặp ít sự kiện không mong muốn hơn tuy nhiên lại có nhiều vấn đề SKTT và thể chất hơn so với những người da trắng đồng cảnh ngộ. Ngược lại, những người da trắng dễ bị tổn thương với những vấn đề kinh tế hơn là những người da đen cùng điều kiện. Điều này có nghĩa rằng cái cách mà mỗi nhóm giải quyết với stress kéo theo những nguy cơ khác nhau đối với các vấn đề SKTT chứ không phải bản thân sang chấn. Sự khác biệt đó là như thế nào và chúng phát sinh ra sao vẫn còn chưa rõ ràng. Những khác biệt đó chủ yếu ở những nhóm có vị thế kinh tế- xã hội thấp. Giữa những người khá giả hơn, không có sự khác biệt về chủng tộc trong vấn đề phải đương đầu hay tác động của những vấn đề đó. Bất kể những phát hiện này có xuất hiện lại rõ ràng trong những nhóm khác hay không thì những dữ liệu này chỉ xem là ban đầu.

Dự phòng những vấn đề sức khoẻ tâm thần

Tăng cường sức khoẻ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1996), tăng cường sức khoẻ bao gồm rất nhiều sự can thiệp đa dạng phức tạp ở những mức độ khác nhau không chỉ nhằm mục đích ngăn chặn bệnh tật mà còn khuyến khích, thúc đẩy sức khoẻ tích cực. Quan điểm này bao gồm:

- có một cách tiếp cận đúng đắn về sức khoẻ
- tôn trọng những nền văn hoá và tín ngưỡng khác nhau
- tăng cường sức khoẻ tích cực cũng như phòng ngừa bệnh tật
- làm việc ở mức độ hệ thống chứ không chỉ cá nhân
- sử dụng những phương pháp tham gia.

Bỏ qua khía cạnh chuyên môn của từ ngữ, điều này có nghĩa rằng tăng cường sức khoẻ không chỉ tiến hành với các cá nhân mà cần phải tiến hành ở mức độ xã hội để khuyến khích sự cải thiện về mặt sức khoẻ. Làm việc với cộng đồng để đáp ứng được những nhu cầu sức khoẻ cụ thể và cố gắng để cải thiện sức khoẻ cũng như chất lượng sống, chứ không chỉ để phòng bệnh. Những chương trình tăng cường sức khoẻ có thể được thực hiện ở mức độ luật pháp, với cộng đồng, với các nhóm và các cá nhân bên trong cộng đồng. Nó có thể được điều hành bởi nhiều người, trong đó một số những người chuyên làm việc trong lĩnh vực tăng cường sức khoẻ còn nhiều người khác thì không. Một số ví dụ về phạm vi hoạt động của tăng cường sức khoẻ nhằm hạn chế tối đa những vấn đề do nghiện rượu được nêu ra trong bảng 4.1.

Bảng 4.1 Ví dụ về các cấp độ khác nhau của tăng cường sức khoẻ nhằm giảm thiểu tác hại của rượu

Mức độ tiếp cận	*Ví dụ thực hành*
Toàn bộ dân cư	
Chính phủ	Ban hành luật về uống rượu khi lái xe: giảm thiểu những tác hại của việc uống rượu Đánh thuế: thuế cao nhằm giảm tiêu thụ rượu Những quy định của chính phủ về giới hạn tiêu thụ
Chính quyền địa phương	Chính sách của cảnh sát địa phương về các nhà tạm giữ công cộng và uống rượu khi lái xe. Giấy phép hành nghề cho các quán bar và thời gian uống rượu hạn chế.
Truyền thông	Các chiến dịch tuyên truyền về uống rượu khi lái xe Chương trình truyền hình về những tác hại của rượu khuyến khích uống rượu hợp lí
Siêu thị/ cửa hàng	Ưu tiên bày những thức uống ít cồn trên giá.
Cộng đồng người uống rượu	
Quán bar tư nhân/ nhà sản xuất	Xây dựng những dịch vụ xe bus mi ni địa phương nhằm giảm tình trạng lái xe say rượu Cung cấp bia ít cồn Khuyến cáo những người say rượu rõ ràng không uống thêm (Ở Mĩ, người pha rượu có thể bị kiện nếu có tai nạn- ví dụ tai nạn xe hơi- liên quan đến một cá nhân say rượu nếu họ phục vụ rượu cho người đó khi người đó rõ ràng đã say
Siêu thị/ cửa hàng	Chính sách về yêu cầu kiểm tra tuổi trước khi bán chất có cồn
Người có vấn đề liên quan đến rượu	
Các dịch vụ xã hội/chăm sóc sức khoẻ	Cung cấp những dịch vụ cai nghiện Liệu pháp phòng chống uống rượu quá mức Liệu pháp chống tái phát đối với những người đã cai nghiện thành công hoặc giảm được mức rượu tiêu thụ.

Ở đây, can thiệp là hướng đến toàn bộ những người uống rượu cũng như những người uống quá mức.

Mối liên hệ giữa SKTT kém và sự không công bằng kinh tế- xã hội đã khiến một số nhà bình luận cho rằng chiến lược can thiệp có sức thuyết phục nhất là các chiến lược can thiệp nhằm làm giảm sự không đồng đều về sức khoẻ phải được thực hiên trên cả 3 bình diện: xã hội, kinh tế và chính trị. Từ góc độ kinh tế, những chiến lược nên bao gồm các biện

pháp để giảm việc thất nghiệp đến mức thấp nhất có thể. Mô hình kinh tế của người Thuỵ điển đã được chứng minh là có hiệu quả bao gồm: việc duy trì mức độ cao người có việc làm, trao đổi chỗ làm, đào tạo chất lượng cao những kĩ năng mà thị trường lao động, khuyến khích các nhà sử dụng lao động tuyển dụng người và biện pháp cuối cùng là quyền được lao động công cộng tạm thời. Davey Smith và cs. (1999) đã chỉ ra một loạt các biện pháp kinh tế khác nhau. Họ cho rằng quy định mức thu nhập cơ bản 'đủ khả năng chi trả' là một cách để chấm dứt nghèo đói. Thêm vào đó, họ đề nghị rằng phải tăng tất cả các các loại trợ cấp đối với các gia đình có con nhỏ đang phải nhận hỗ trợ thu nhập để tránh việc thế hệ con cái họ gặp phải bất lợi ngay từ lúc mới sinh ra. Họ cũng lưu ý rằng một phần tư trẻ em được sinh ra từ những bà mẹ dưới 25 tuổi và rằng chính phủ cần bảo đảm cho những người dưới độ tuổi đó nhận được trợ cấp tương đương với những người lớn tuổi hơn. Việc này đúng là ngoài khả năng hiện tại để đánh giá điểm mạnh và yếu của các hệ thống kinh tế khác nhau. Tuy nhiên, những điều này lại rất có ý nghĩa đối với SKTT và vì vậy cần có một hành lang pháp lí cho những người tham gia vào lĩnh vực tăng cường sức khoẻ và sức khoẻ công cộng.

Can thiệp trị liệu

Hầu hết những can thiệp cải thiện sức khoẻ chỉ sử dụng những cách tiếp cận hạn hẹp hơn là những tiếp cận cơ bản. Can thiệp chủ yếu vẫn là trị liệu, mặc dù được tiến hành bên ngoài những khoa ngoại trú truyền thống hoặc trong nhóm dân cư mới. Sự phát triển mang tính đổi mới là làm việc với những người có nguy cơ gặp vấn đề về SKTT, phát hiện sớm và trị liệu những vấn đề như vậy, tham vấn dự phòng và dịch vụ trị liệu trong cộng đồng, tại các phòng khám đa khoa hoặc môi trường làm việc. Những can thiệp khác nhằm ngăn ngừa sự tái phát ở những người đã được xác định là có vấn đề về SKTT và những người đó được trị liệu ở các dịch vụ chăm sóc y tế (Secker, 1998). Nói một cách khác, việc phòng ngừa cố gắng để tập trung vào những dịch vụ sức khoẻ xã hội, dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, hướng đến cá nhân và chấm dứt chuỗi can thiệp.

Sử dụng các phương tiện truyền thông

Một ngoại lệ quan trọng đối với tiếp cận lấy cá nhân làm tiêu điểm là những chương trình trên các phương tiện truyền thông được sử dụng để giáo dục và tác động đến những người có hoặc dễ tổn thương với những vấn đề SKTT. Cứ bốn người thì một người phải trải qua những vấn đề về SKTT trong cuộc đời họ, trong số đó có rất ít người được sự trợ giúp chuyên môn (Jerkins và cs. 1998). Hệ thống truyền thông đa dạng có thể cung cấp phương tiện để tiếp cận những cá nhân như thế. Barker và cs. (1993) đã đưa ra một ví dụ điển hình cho cách tiếp cận này. Họ ghi lại kết quả tác động của một seri gồm 7 chương trình 10 phút về những chủ đề SKTT khác nhau. Một cuộc trưng cầu ý kiến khán giả cho thấy việc xem seri đó đem lại những thay đổi về mặt thái độ chứ chưa phải là về hành vi: có thể như dự

đoán, đó là do sự ngắn gọn của mỗi chủ đề. Bennett và cs. (1991) đã khẳng định được hiệu quả của một seri truyền hình lớn hơn "Hướng dẫn sử dụng rượu có lợi", nhằm vào việc uống rượu. Chương trình được thiết kế để thu hút những người uống rượu trẻ tuổi. Những nhân vật trong giới truyền thông cũng như những chuyên gia đã phân tích cho người xem về ý nghĩa của uống rượu hợp lí và cung cấp những mô hình uống rượu hợp lí. Ví dụ như Rowan Atkinson đã cung cấp những bảng nhắc nhở rất hài hước về giới hạn của uống rượu hợp lí trong mỗi tuần. Một trong những người trình bày thậm chí đã giảm lượng tiêu thụ của mình sau khoá học. Những điều tra trước và sau khoá học cho thấy hiểu biết chung của toàn dân về uống rượu hợp lí. Điều này đã kéo theo một sự biến chuyển nhẹ về thái độ của những người từ uống rượu nhiều sang uống ít hơn.

Giáo dục công cộng

Một cách tiếp cận tăng cường sức khoẻ khác là cung cấp một hình thức can thiệp tâm lí tương đối đơn giản, mở rộng với tất cả mọi người: thường là dưới dạng những lớp học quản trị stress. Brown và cs. (2000) đã đánh giá một chương trình như vậy. Họ mở một đợt tám hội thảo miễn phí kéo dài một hoặc nửa ngày về quản trị stress trong một trung tâm giải trí, theo cuộc vận động quảng cáo như là một phần của chương trình "Birmingham khoẻ 2000". Những lớp như vậy dạy những người tham gia các kĩ năng thư giãn và một số kĩ năng khác để làm chủ stress. Các nhóm so sánh của họ bao gồm những người tham gia một chương trình cả ngày tập trung vào việc ăn uống khoa học, nhận biết về rượu và những bài tập thể chất và một nhóm người đang trong danh sách đợi tham dự những chương trình hội thảo tương lai. Chương trình mang tính phổ thông và hấp dẫn cả những người đã từng gặp chuyên gia sức khoẻ, thường là bác sĩ đa khoa của họ, về những vấn đề liên quan đến stress và những người chưa bao giờ gặp chuyên gia. Sự can thiệp cũng được chứng minh là thành công. So sánh mức độ khởi đầu, những người tham gia vào hội thảo cả ngày có đã giảm được stress và lo âu rõ rệt nhiều hơn so với nhóm chứng sau ba tháng tham gia hội thảo. Một kết quả ấn tượng, can thiệp tương đối gọn nhẹ và nhiều người có thể tham gia.

Tổ chức lao động cũng có thể đưa ra một hệ thống giúp con người học được các kĩ năng quản trị stress. Một cuộc điều tra (Fielding và Piserchia, 1989) cho thấy rằng khoảng một phần tư các công ti lớn ở Mỹ tổ chức các lớp học như vậy đã được chứng minh là có hiệu quả, mặc dù Oldenburg và Harris (1996) lưu ý rằng chúng chỉ thu hút khoảng từ 10% đến 40% lực lượng lao động và rất nhiều người chỉ đến tham dự vài buổi để đạt được một mục đích nào đó. Ngoài ra rất nhiều người có chứng lo âu đã không tham dự.

Xây dựng và tiến hành những loại hội thảo này, mặc dù có lợi cho người tham dự, song tương đối tốn kém và mất thời gian, nên một số nhóm đã bắt đầu khai thác những cách tiếp cận khác, hiệu quả hơn về mặt chi phí. Một cách tiếp cận thú vị là cung cấp những khoá đào tạo quản trị stress và các trị liệu tâm lí qua mạng. Chỉ bằng việc tìm kiếm nhanh trên internet, ta có thể thấy hàng ngàn nhà trị liệu độc lập có dịch vụ này. Những dịch vụ đó

nhằm mục đích trị liệu hơn là phòng ngừa. Tuy nhiên một dự án dự phòng có phạm vi lớn hơn cũng đang được xây dựng. Khi quyển sách này đang được viết thì một chương trình quản trị stress tương tác qua mạng đang được Unilever xây dựng. Người muốn có thể tham dự chương trình qua những văn phòng tư vấn sức khoẻ hoặc qua mạng toàn Châu Âu. Chương trình bao gồm tập luyện và các lời khuyên về ăn kiêng nhằm giảm stress, hạn chế những hành vi làm tăng nguy cơ bệnh tim. Matano và cs. (2000) đã báo cáo về một cách tiếp cận có mục đích rõ ràng hơn. Họ đã lập ra một trang web hướng dẫn cách giảm mức uống rượu cho một mạng làm việc lớn. Cũng như với dự án của Unilever, mức độ hữu dụng và hiệu quả vẫn chưa được đánh giá song những tiềm năng của cách can thiệp này là rất ấn tượng.

Can thiệp tổ chức

Cho đến nay,các tiếp cận dự phòng ngừa vẫn đang tập trung vào giúp con người giải quyết một cách hiệu quả hơn stress trong cuộc sống của họ. Ở cấp độ can thiệp cao hơn có thể làm giảm những nguyên nhân gây stress. Trong khi còn đang khó thực hiện những thay đổi xã hội với diện rộng để cải thiện sức khoẻ tâm thì vì bị bó buộc bởi các yếu tố kinh tế và chính trị, một nơi có thể thực hiện tốt hơn, đó là nơi làm việc.

Công trình của Maes và cs. (1998) được xem một trong số ít những dự án quản trị stress mạng lưới tại nơi làm việc đã sử dụng tiếp cận hệ thống để làm giảm stress. Những can thiệp này tập trung vào thay đổi/ sửa chữa những khía cạnh quan trọng/ then chốt của môi trường làm việc nhằm tăng cường sức khoẻ tinh thần qua lực lượng lao động của một nhà sản xuất công nghiệp lớn. Can thiệp của họ đã kéo theo những nghiên cứu nhằm xác định điều kiện lao động mà có thể củng cố cả tình trạng sức khoẻ của công nhân và nâng cao hiêu quả sản xuất. Các cá nhân làm việc trong khả năng của họ, tránh việc hay thay đổi công việc trong khoảng thời gian ngắn, có sự kiểm tra tổ chức lao động và có sự giao tiếp xã hội phù hợp trong hoàn cảnh lao động. Với những ý tưởng đó, trong khuôn khổ của sản xuất, họ cố gắng thay đổi bản chất công việc của từng công nhân nhằm đem lại nó lại gần ý tưởng. Thêm vào đó, họ đào tạo cho những người quản lí các kĩ năng giao tiếp và lãnh đạo, các phương pháp nhận biết, phòng ngừa và giảm stress cá nhân trong công việc. Mặc dù trong chương trình nghiên cứu không có phần đo lường stress song những những thay đổi có được đã làm tăng chất lượng công việc, giảm tỉ lệ nghỉ việc. Cả hai điều này đều là những chỉ báo rằng sức khoẻ công nhân vẫn tốt trong lao động.

Tóm tắt chương

1. Cả nhóm xã hội lớn và nhóm xã hội nhỏ, cũng như các ảnh hưởng xã hội khác đều tác động lên SKTT.
2. Mô hình gia đình về SKTT chú ý đến mối quan hệ qua lại giữa các thành viên và cho rằng những vấn đề SKTT là do tương tác của thành viên trong gia đình.

3. Liệu pháp cấu trúc gia đình tiếp nhận mô hình gia đình hoạt động tốt dựa trên những ranh giới giữa các đơn vị trong gia đình. Nó sử dụng chiến lược của tâm lí hành vi để đưa các gia đình rối loạn chức năng về mô hình này.

4. Trị liệu gia đình chiến lược không có mô hình về hoạt động phù hợp. Nó sử dụng hai chiến lược thay đổi: tái điều chỉnh tích cực và tương tác nghịch thường.

5. Ba biến số xã hội cơ bản tác động lên mức độ SKTT trong dân số: vị thế kinh tế- xã hội, giới tính và vị thế thiểu số.

6. Lí giải cho những sự khác biệt đó bao gồm sự khác biệt về mức độ stress và nguồn đối phó và có thể cả quá trình so sánh về mặt xã hội.

7. Nhưng người đề xuất kiến nghị tăng cường sức khoẻ một cách cơ bản cho rằng những sự mất cân bằng về sức khoẻ có thể thay đổi tốt nhất thông qua những thay đổi về chính trị và kinh tế.

8. Có thể thực hiện được tăng cường sức khoẻ tâm thần thông qua việc sử dụng những can thiệp mang tính phổ thông hơn bao gồm sử dụng các phương tiện truyền thông và mở các lớp học mở rộng về kĩ năng đối phó với stress. Một số dự án cũng tập trung nghiên cứu môi trường làm việc để hạn chế stress.

Câu hỏi thảo luận

1. Tất cả các trạng thái được trị liệu bằng trị liệu gia đình cũng đều có thể được trị liệu bằng trị liệu một - một. Ưu điểm và nhược điểm của từng tiếp cận?
2. Bạn có thể làm cách nào để cải thiện tình trạng sức khoẻ của dân cư trong cộng đồng hoặc các nhóm chuyên biệt, ví dụ, các bà mẹ đi làm hoặc sinh viên?
3. Nếu các điều kiện xã hội góp phần vào những rối loạn sức khoẻ tâm thần thì liệu các nhà tâm lí có nên tích cực tham gia vào những nỗ lực tạo ảnh hưởng đến đường lối, chính sách của chính phủ?

Chương 5

TIẾN TRÌNH TRỊ LIỆU

Trọng tâm chủ yếu của các chương tiếp theo tập trung vào hiệu quả của các kĩ thuật trị liệu khác nhau. Trọng tâm như vậy bỏ qua yếu tố rằng về bản chất, mối quan hệ trong trị liệu là mối quan hệ người người, bao gồm mối quan hệ giữa thân chủ và nhà trị liệu. Trị liệu không đơn giản là sự áp dụng có hệ thống của một bộ các kỹ thuật mà không quan tâm đến công thức trị liệu, đến nhu cầu và đáp ứng của thân chủ trong trị liệu. Vì thế, chương này chú trọng vào tiến trình trị liệu cũng như cách thức mà nhà trị liệu và thân chủ ảnh hưởng đến hiệu quả của nó. Đến hết chương này, bạn sẽ có sự hiểu biết về:

- Tiến trình đánh giá và can thiệp trong các buổi làm việc lâm sàng
- Yếu tố thân chủ ảnh hưởng đến kết quả trị liệu
- Các đặc trưng của nhà trị liệu
- Công việc của họ trong các buổi trị liệu.

Trị liệu thường được mô tả là một công việc diễn ra trong '1 giờ chỉ có 50 phút'. Trong 50 phút này, nhà trị liệu sẽ ghi lại những điểm cần lưu ý, xem xét những biểu hiện trong quá trình trị liệu, và có thể sẽ lên kế hoạch trị liệu cho những buổi làm việc tiếp theo, hoặc ngay trong buổi trị liệu tới. Thông thường nhà trị liệu dành một hoặc 2 buổi đầu tiên để tìm hiểu những vấn đề thân chủ đang gặp phải; xem xem tại sao họ lại chọn tìm đến mình vào thời gian này chứ không phải bất kỳ lúc nào khác; những vấn đề nào họ muốn chia sẻ và họ muốn có những thay đổi như thế nào. Nhà trị liệu sẽ định hướng công việc của mình sau khi tiến hành những buổi mang tính chất giới thiệu này. Những buổi làm việc cuối cùng sẽ dành để xem cá nhân sẽ đương đầu thế nào trong tương lai và quá trình dần thoát khỏi sự phụ thuộc vào nhà trị liệu.

Những vấn đề đánh giá

Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ nhờ sự phát triển phong phú và đa dạng của những phương pháp khác nhau, phỏng vấn lâm sàng vẫn là công cụ chính để tìm hiểu vấn đề của thân chủ. Shea (1998) đưa ra 6 mục tiêu của sự đánh giá ban đầu này:

- thiết lập một mối quan hệ trị liệu giữa thân chủ và nhà trị liệu
- tìm hiểu được thông tin cơ bản về thân chủ
- phải hiểu được vấn đề của thân chủ
- thử lí giải những vấn đề này: đó là cái gì, điều gì gây ra những vấn đề đó, và v..v..
- dự kiến kế hoạch can thiệp: thư giãn, xác định và thay đổi những sai lầm về nhận thức, tăng cường hoạt động v.v..
- tạo cảm giác yên tâm về trị liệu cho thân chủ.

Không một buổi phỏng vấn đánh giá nào giống y nguyên với một buổi phỏng vấn khác. Tuy nhiên vẫn có những 'chùm' thông tin cơ bản mà mỗi nhà trị liệu đều muốn có sau phỏng vấn. Đó là:

- *Những biểu hiện của vấn đề*: bao gồm bản chất vấn đề đã khiến cho thân chủ phải tìm đến sự giúp đỡ; cảm xúc và những vấn đề khác mà họ đang trải nghiệm; về thời gian những điều này xuất hiện và diễn ra; những vấn đề này đã từng xảy ra trước đây hay chưa; ảnh hưởng của những vấn đề này đến cuộc sống hàng ngày của thân chủ; và thân chủ đang đương đầu với những vấn đề của mình như thế nào?
- *Hoàn cảnh xuất hiện vấn đề*: bao gồm hoàn cảnh gia đình và xã hội nơi thân chủ sinh sống; thân chủ có hay không sự ủng hộ từ phía hai môi trường ấy; công việc và những vấn đề xã hội có liên quan khác như những vấn đề về luật pháp.
- *Đặc điểm của thân chủ* : bao gồm điểm mạnh và điểm yếu của thân chủ; những mong đợi của họ đối với nhà trị liệu.

Có một điều rất quan trọng là nhà trị liệu không chỉ lắng nghe thân chủ, mà còn quan sát họ. Nhà trị liệu có thể kiểm tra xem sự xuất hiện của họ có nói lên vấn đề của thân chủ - liệu rằng họ có thờ ơ với chính mình; diện mạo của thân chủ có nói lên rằng thân chủ đang bị trầm cảm, hay hưng cảm...? Nhà trị liệu có thể tìm bằng chứng về tư duy bất thường của thân chủ. Thật kỳ lạ là nhiều khi chính lại là các bằng chứng tự nó (self-evidence). Tuy nhiên thường thì không phải như vậy. Rất dễ hiểu khi thân chủ kể câu chuyện của mình theo cách cảm nhận và quan điểm của riêng họ. Và thông qua sự méo mó về nhận thức hiện tại họ có niềm tin tuyệt đối rằng đó là sự thật. Vì vậy, vấn đề phải được xem xét kỹ càng đến mức nhà trị liệu có thể xác định liệu có đúng là thân chủ có một nhận thức méo mó hay không, nếu có, thì đó là ở chỗ nào. Ngoài ra cũng rất cần quan tâm đến khí sắc của thân chủ. Họ có bị trầm cảm nặng? Liệu rằng cảm xúc của họ hợp lí với những gì họ kể? Mỗi cảm xúc có thể cho biết bản chất của vấn đề và sự đáp ứng của thân chủ trước vấn đề đó.

Khâu này là một bước quan trọng trong tiến trình trị liệu, vì qua đó, chúng ta có thể có được hình dung ban đầu về vấn đề (xem chương 1) cũng như công việc trị liệu sẽ được tiến hành như thế nào trong thời gian đầu. Điều ngạc nhiên là chỉ có ít nghiên cứu đánh giá tính tin cậy và hiệu lực của tiến trình này (Powel và Lindsay, 1994). Chắc chắn rằng khâu này sẽ tạo ra nhiều thành kiến như những thành kiến xuất hiện như đối với quá trình chẩn đoán (xem chương 1). Yếu tố nhà trị liệu có thể dẫn đến sự thất bại nếu như có sự thành kiến trong khi hỏi thân chủ; không hiểu những thông tin được đưa ra; và thất bại trong việc xác định những tương thích cho những lời nói ám chỉ rất khéo của thân chủ. Thân chủ cũng có vai trò nhất định tới tiến trình này. Nhiều người cảm thấy khó có thể kể cho một người lạ những chuyện riêng tư, bí mật của mình. Họ giấu kín những thông tin quan trọng và chờ cho đến khi nhà trị liệu tạo được niềm tin ở họ thì họ mới giãi bày tâm sự của mình. Để tránh những điều này, đã có tranh cãi rằng tiến trình trị liệu đòi hỏi nhà trị liệu có một nhận thức tốt hơn về vấn đề của thân chủ và sau đó tiến hành kiểm tra và đánh giá lại nhận thức

đó thông qua tiến trình trị liệu. Do đó, trong khi đánh giá ban đầu về vấn đề của thân chủ có thể ít chính xác thì khâu kiểm tra và xem xét lại của nhà trị liệu sẽ càng làm nhận thức vấn đề của thân chủ được sâu sắc hơn trong tiến trình trị liệu.

Quy trình phỏng vấn chuẩn

Phỏng vấn đánh giá ban đầu của rất nhiều nhà trị liệu là những phỏng vấn phi cấu trúc. Tuy thế cũng có nhiều quy trình phỏng vấn được chuẩn hóa. Trong những buổi phỏng vấn như vậy, nhà trị liệu đặt ra những câu hỏi đã được chuẩn bị trước và thường hướng đến việc xác định xem chủ thể có hay không những tiêu chuẩn chẩn đoán cho một rối loạn cụ thể nào đó. Thường được sử dụng nhiều trong nghiên cứu lâm sàng hơn là thực hành lâm sàng, vì trong nghiên cứu, việc xác định khách thể nghiên cứu là rất quan trọng và đảm bảo có thể so sánh nó với các nhóm khách thể khác với cùng một chẩn đoán.

Có lẽ được sử dụng rộng rãi nhất là phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc (Structured Clinical Interview – APA 2000) được thiết kế nhằm gợi ra thông tin đầy đủ để đưa ra một chẩn đoán theo DSM. Tuy nhiên, có nhiều các loại phỏng vấn khác như: Quy trình phỏng vấn chẩn đoán (Diagnostic Interview Schedule – Robins và cs. 1981) và Quy trình phỏng vấn chẩn đoán trẻ em (Diagnostic Interview Schedule for Children – Costello và cs. 1985). Mặc dù những công cụ chuẩn hóa như thế đã được sử dụng, song sự đồng thuận giữa những người quan sát trong việc đưa ra một chẩn đoán vẫn chưa tới được mức hoàn hảo (xem chương 1).

Những tiếp cận đánh giá khác liên quan đến việc sử dụng bảng hỏi tự cho điểm. Những phương pháp này có thể đo cả những vấn đề chung và những vấn đề chuyên biệt. Một vài cách thì chỉ đơn giản là đo mức độ nghiêm trọng của một vấn đề. Những loại khác như Thang đo trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory – Beck và cs. 1961) cung cấp những điểm ngưỡng. Nếu điểm ở trên điểm ngưỡng, khả năng có trạng thái của chẩn đoán sau khi phỏng vấn chẩn đoán chính thức là cao.

Những dạng đánh giá này cung cấp những công cụ sàng lọc đơn giản, tương đối có hiệu quả để khảo sát sự hiện diện những vấn đề SKTT, nhưng không cung cấp đầy đủ, chi tiết bức tranh lâm sàng hoàn chỉnh. Những biện pháp đo này được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng và có độ tin cậy cao được tiến hành kiểm tra nhiều lần, nhờ thế mà có được một sự phân loại tương đối phù hợp về thân chủ. Ví dụ của các loại biện pháp đo này sẽ được tóm tắt ngắn gọn dưới đây:

Các phép đo triệu chứng đặc hiệu

Thang đo trầm cảm Beck	Phép đo trầm cảm với điểm ngưỡng giúp chẩn đoán trầm cảm. Có lẽ đây là biện pháp đo trầm cảm được áp dụng rộng rãi nhất.
Bảng hỏi về sức khỏe chung (General	Công cụ sàng lọc sự khởi phát hiện thời của

Health Questionnaire)	các vấn đề cảm xúc không đặc hiệu. Thường được dùng để xác định những người có nguy cơ trong cộng đồng.
Thang đo trạng thái - nét giận dữ (State-Trait Anger Scale)	Phép đo nét và tình huống của những cơn giận dữ đặc hiệu. Vì giận dữ không phải là một phạm trù chẩn đoán, nên thang đo không đưa ra điểm ngưỡng lâm sàng.

Phép đo chung (General measure)

Bảng kiểm triệu chứng-90 (Symptom Checklist-90)	Cung cấp một phép đo chung về tâm bệnh học trên 9 thang đo: cơ thể, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, độ nhạy cảm liên nhân cách, trầm cảm, lo âu, sự thù địch, lo âu ám ảnh sợ, ý tưởng hoang tưởng, loạn thần.

Các phép đo khác

Có rất nhiều công cụ đánh giá khác cũng được sử dụng. Điểm chung của tất cả các công cụ này là quan sát những hành vi then chốt. Ví dụ, nhà trị liệu có thể đến thăm một bệnh nhân có ám ảnh cưỡng bức tại nhà, quan sát xem họ đương đầu với vấn đề liên quan đến nỗi sợ hãi như thế nào. Quá trình quan sát có thể được tiến hành qua việc đóng vai. Ví dụ, đánh giá nhận thức có thể cần đến việc nói chuyện to trong khi đang tưởng tượng bản thân mình ở trong một tình huống nào đó hoặc đang đóng vai. Một cách tiếp cận có cơ sở chắc chắn hơn có thể bao gồm một tiến trình được biết như sự lấy mẫu suy nghĩ. Trong những mẫu này, ở những thời gian định trước, có thể được xác định bằng những tiếng bip đồng hồ, một cá nhân có thể nói chuyện to và những điều họ đang nghĩ trong thời điểm đó sẽ được thu âm lại. Một cách tiếp cận khác cũng giúp đánh giá dựa vào nhật ký của thân chủ. Nhật ký này được sử dụng để đo những yếu tố chìa khóa trong trị liệu bao gồm tần xuất của những cơn lo hãi hay giận dữ, bản chất của những đáp ứng nhận thức đối với những sự kiện, và hiệu quả của việc luyện tập những hành vi thích ứng mới như thư giãn hoặc cấu trúc lại nhận thức.

Làm việc thông qua vấn đề

Trước khi đưa ra đánh giá cuối cùng, nhà trị liệu đã hiểu được và lí giải sơ bộ những vấn đề mà thân chủ phải đối mặt. Điều này sẽ quyết định trọng tâm và nội dung của các buổi can thiệp khác nhau trong quá trình trị liệu. Ví dụ, trong trị liệu hành vi - nhận thức, những vấn đề được đề cập trong trị liệu sẽ bao gồm việc khám phá những nhận thức hoặc

hành vi không thích hợp qua đối thoại kiểu Socrat, học cách thư giãn, v.v.. Những buổi trị liệu điển hình được chia làm 3 bước:

- ôn bài tập về nhà đã được giao từ buổi trị liệu trước
- xác định và làm việc với những vấn đề mới theo kế hoạch đã được xác định trước hoặc vấn đề xuất hiện từ buổi trị liệu trước
- nhà trị liệu và thân chủ cùng xem xét làm thế nào để có thể áp dụng những kĩ năng mới hoặc sự thấu hiểu vào 'thế giới thực' dưới dạng bài tập về nhà cho thân chủ. Dạng bài tập này đòi hỏi thân chủ thực hành những kĩ năng mới theo cách thức được dự tính trước.

Một vài can thiệp, như dạy những kĩ năng kiểm soát lo âu (thư giãn, tự luyện tập), có thể theo sau một dạng can thiệp đã được thiết kế. Với những can thiệp này thậm chí người ta còn có tài liệu hướng dẫn chi tiết nội dung của buổi trị liệu mỗi tuần. Những can thiệp khác, ví dụ như đối với chán ăn tâm lí hoặc trầm cảm có thể ít cấu trúc hơn hoặc phục thuộc vào nhu cầu của thân chủ hơn. Thời gian của trị liệu cũng khác nhau tùy thuộc mỗi phương pháp. Thân chủ trong trị liệu nhận thức có thể chỉ tham dự 8-12 tuần trị liệu. Trong khi đó, trị liệu phân tâm lại thường kéo dài hơn rất nhiều (xem chương 3).

Một vài can thiệp đặc trưng được tiến hành ở bước thứ 2 của trị liệu được xem xét ở những chương trước và được mô tả cùng các rối loạn chuyên biệt. Thay vì nhắc lại những điều đó ở đây, chúng ta sẽ xem xét thêm một vài thành tố chung có lợi cho thân chủ trong trị liệu. Powell và Lindsay (1994) xác định rất nhiều thành tố quan trọng và những thành tố chung cho rất nhiều can thiệp nhận thức – hành vi, bao gồm:

- *Thiết lập những mong đợi khả thi*: dù có thể hiện ra hay không thì cũng phải thuyết phục được thân chủ rằng sẽ có tiến triển tốt. Tuy thế, họ cũng được báo trước rằng không có điều thần kỳ là "qua một đêm là khỏi", tất cả mọi thứ đều cần có thời gian và sự thay đổi phải dần dần, từng bước một.
- *Củng cố sự tiến bộ*: thân chủ được củng cố về thành công có thể đạt được, hay về khả năng làm chủ cũng như động cơ tiếp tục giải quyết những vấn đề của mình.
- *Phản hồi những tiến triển*: niềm tin vào sự thay đổi ở thân chủ được làm nổi bật bằng việc phản hồi về những tiến triển. Khi thân chủ đối diện những vấn đề hoặc thất bại một cách tích cực cũng có nghĩa là họ đã có những tiến bộ. Thay vì xem xét thất bại như một bằng chứng về sự thiếu hụt khả năng hay bất lực, họ có thể điều chỉnh lại kinh nghiệm nhằm thúc đẩy sự thay đổi tích cực về sau.
- *Bảo đảm cách tiếp cận thay đổi từng bước*:sự tiến bộ diễn ra từ từ, từng bước để thân chủ có thể thích ứng được. Các chương trình trị liệu hành vi - nhận thức được xem những chương trình cung cấp các kĩ năng: kĩ năng xác định và thay đổi những nhận thức kém thích ứng, kĩ năng thư giãn, kĩ năng xã hội, và kĩ năng điều chỉnh trước những can thiệp của người khác vào cuộc sống của mình v.v.. Đối với tất cả các kĩ năng, những tiến triển có được đều thông qua việc luyện tập các kĩ năng đơn giản

trong những tình huống tương đối giản đơn trước khi chúng được phức tạp hóa và sử dụng trong những tình huống khó khăn hơn. Có điều quan trọng là các bước trong tiến triển phải đủ lớn để thân chủ cảm nhận được tiến triển, nhưng không quá khó để họ cảm thấy nản lòng hoặc bỏ cuộc. Sự cộng tác của thân chủ để đạt được mục đích là rất cần thiết.

- *Thiết lập mô hình*: nhà trị liệu có thể yêu cầu thân chủ luyện tập các kĩ năng học theo mô hình. Một vài can thiệp nhằm tới việc dạy những kĩ năng đặc trưng, như kĩ năng xã hội, có thể bao gồm số lượng xác định những kiểu mẫu hiện hữu của hành vi mới. Thiếp lập mô hình cũng có thể mang tính công khai hoặc ngầm định. Thông qua tác động qua lại thầm lặng hay hỏi về quan điểm, sở thích, nhà trị liệu có thể cung cấp những kiểu mẫu hành vi thích hợp. Qua đối thoại kiểu Socrat, một nhà trị liệu có thể xác định và phân tích những nhận thức thiếu thích nghi, đồng thời cung đưa ra một mô hình mà thân chủ có thể làm theo bên ngoài tình huống trị liệu (xem chương 2).
- *Tập luyện*: mỗi kĩ năng mới được luyện tập càng nhiều thì càng dễ sử dụng, đặc biệt trong các tình huống stress cảm xúc. Do vậy trong trị liệu hành vi - nhận thức, thân chủ cần được luyện tập những kĩ năng mới, trước hết trong các buổi trị liệu và sau đó là tại nhà. Kết hợp với tiếp cận từng bước, những kĩ năng được xây dựng và một cách từ từ nhằm tối ưu hóa hiệu quả của học tập thay đổi hành vi .

Khi đề cập đến những nguyên lí mang tính khái quát hơn, trong bản phác thảo quyển *Thuyết phục và hòa giải*, Frank (1961), cho rằng lí do các thân chủ tìm đến trị liệu vì họ bị mất tinh thần nhiều tới mức phải tìm đến sự giúp đỡ. Ông cho rằng trị liệu như cách chúng ta xác định sẽ tạo ra 4 yếu tố có lợi cho thân chủ:

- mối quan hệ giữa thân chủ và nhà trị liệu
- sự sắp đặt trong trị liệu được chấp nhận dễ dàng về mặt xã hội như một nơi dành cho sự hòa giải
- lí thuyết giải thích sự phát triển của vấn đề
- sự can thiệp dựa trên lí thuyết đó.

Các buổi trị liệu tạo cơ hội cho việc học tập; củng cố niềm tin, hi vọng của thân chủ vào sự thuyên giảm; giúp họ thấy được những trải nghiệm thành công làm tăng khả năng làm chủ, vượt qua cảm giác về sự ghét bỏ của người khác và kích thích họ về mặt cảm xúc. Frank (1961) khẳng định rằng kết quả như vậy có thể có được từ những buổi trị liệu cũng như trong những buổi không chính thức của các thầy phù thuỷ hoặc thầy lang.

Kết thúc trị liệu

Sự kết thúc của trị liệu phải được chuẩn bị cẩn thận, đặc biệt khi thân chủ đã gắn bó với trị liệu trong khoảng thời gian dài. Chuẩn bị kết thúc trị liệu với những trị liệu đã diễn ra

trong một thời gian dài và nhà trị liệu đã giúp thân chủ giải quyết những vấn đề mang tính cấp diễn và riêng tư thường công phu hơn là so với những trị liệu thời gian ngắn và không phải với những vấn đề liên quan đến cảm xúc, như một nhóm rèn luyện khả năng kiểm soát stress. Sự chuẩn bị như thế thông thường bao gồm 3 yếu tố:

- *Một bản tổng kết những tiến triển có được trong suốt quá trình trị liệu*: bao gồm việc xem xét những rối nhiễu chức năng ban đầu của thân chủ, những thành quả trị liệu đầu tiên và họ đã tiến bộ đến đâu.
- *Bản phân tích về tiến triển của trị liệu*: phân tích và phản hồi về những tiến triển thân chủ đã đạt được, cái gì có thể khẳng định và củng cố hành động và tiềm năng để giải quyết những vấn đề tương tự trong tương lai.
- *Xem xét tương lai*: bao gồm việc xem xét những vấn đề nào cá nhân có thể đối mặt trong tương lai và họ có thể làm gì để phòng ngừa cũng như giải quyết những sự việc đó?

Với cách tiếp cận trị liệu khác nhau, nội dung cụ thể của những vấn đề này cũng là khác nhau. Thời gian làm việc cũng không giống nhau tùy theo khoảng thời gian trị liệu, với sự chuẩn bị thì thời gian sẽ không kéo dài quá vài buổi trị liệu. Số buổi trị liệu có thể giảm dần vào cuối thời kỳ trị liệu vì thân chủ dần trở nên độc lập và dần tự đương đầu tốt mà không cần sự can thiệp của nhà trị liệu như một sự ủng hộ nữa. Cuối cùng, việc xem xem liệu thân chủ có tìm lại nhà trị liệu khi không đương đầu được trước những tình huống trong tương lai hay không là một điều rất quan trọng. Và cũng không thừa nếu nhà trị liệu xét xem việc thân chủ quay lại trị liệu khi nhu cầu xuất hiện. Một cách tiếp cận khác ngày càng ứng dụng nhiều hơn đó là lên kế hoạch cho một buổi trong tương lai khi thân chủ gặp những vấn đề khó xử, khi đó nhà trị liệu và thân chủ có thể cùng thảo luận và suy nghĩ ngay cả khi thân chủ đã đương đầu tương đối tốt. Những buổi nâng đỡ như thế này cho thấy hiệu quả trong việc phòng ngừa trường hợp tái phát.

Ai có lợi nhiều nhất từ trị liệu ?

Mặc dù đây là một phần ít được nghiên cứu (Keijsers và cs. 2000), nhưng chắc chắn rằng các đặc điểm nhân cách của những người tham gia trị liệu sẽ có ảnh hưởng nhất định đến kết quả của nó. Những yếu tố quan trọng bao gồm mức độ mong muốn thay đổi, hi vọng và niềm tin vào khả năng đạt được kết quả tích cực và chất lượng của các kĩ năng quan hệ giữa cá nhân và kĩ năng đương đầu của thân chủ (xem Roth và cs. 1998).

Đặc điểm của thân chủ

Schofield (1964) là người đầu tiên nghiên cứu ảnh hưởng của các đặc điểm của thân chủ đối với kết quả trị liệu. Ông cho rằng trị liệu nhân văn có thể hiệu quả nhất với thân chủ dạng YAVIS (Y- young; A- attractive; V- verbally able; I- intelligent; S- successful). Những người trẻ tuổi, hấp dẫn, nói năng hoạt bát, thông minh, thành công, có nhiều kĩ năng cá nhân và tiềm năng là những người có thể hưởng lợi nhiều nhất trong trị liệu, bởi lẽ mỗi

trường trị liệu cho phép thân chủ khám phá các vấn đề một cách tự nhiên (non-directive). Ngược lại, trị liệu cho những người rối loạn nhân cách nặng thường đem lại kết quả kém khả quan hơn, thậm chí tình trạng có thể còn tồi tệ hơn khi trị liệu khơi gợi ra những cảm xúc mạnh mẽ (xem chương 11). Nghiên cứu của Horowitz và cs. (1984) cho thấy những thân chủ đó thường thấy tồi tệ hơn, đặc biệt cho những trường hợp mất người thân. Trị liệu cũng kém hiệu quả đối với những người bị mất mẹ hoặc mức độ tự buộc tội cao hay có những mặc cảm tội lỗi cũng như thù địch. Những người bị rối loạn nhân cách (psychopathy) dường như ít cải thiện với những trị liệu truyền thống mà thường 'có hiệu quả' hơn trong hành vi hấp dẫn của họ như là kết quả của sự tham gia vào trị liệu (xem chương 11).

Những nghiên cứu khác chỉ ra rằng sự vận hành quan hệ liên nhân cách ở mức độ cao trong thời gian đầu của trị liệu là chỉ báo về một kết quả tốt. Những người với nhiều tiềm năng cá nhân và đáp ứng với những vấn đề mang tính thời điểm trong cuộc sống thì cũng có tiên lượng tốt hơn so với những người nhân cách yếu hoặc có những khó khăn kéo dài. Cũng vì thế, trị liệu tỏ ra có hiểu quả hơn trong việc giúp đỡ những người có vấn đề cụ thể và mang tính hình huống hơn những ai mà vấn đề đã trở nên mạn tính, những vấn đề quá chung chung mà kĩ năng đương đầu lại quá nghèo nàn. Thật tiếc, những người có thể có được kết quả tốt lại cảm thấy khó có thể đạt được hiệu quả trị liệu. Piper và cs.(1991) cho rằng có tới 83% các cá nhân với một tiền sử của những mối quan hệ ổn định và thỏa mãn đạt được sự cải thiện nhất định sau khi tham gia trị liệu phân tâm trong một thời gian ngắn so với 32% những người không có một quá khứ như thế.

Trong một loạt những nghiên cứu của chính nhóm nghiên cứu này (Piper at al. 1999a, 2001) các tác giả đã đánh giá ảnh hưởng chung của khả năng phát triển vững chắc các mối quan hệ với cái mà họ gọi là tâm lí cởi mở (psychological mindedness) đến kết quả của trị liệu. Tâm lí cởi mở thường được xem như một thuộc tính mong muốn bản thân được chú ý đến trong trị liệu tâm lí động thái và được định nghĩa như khả năng xác định tiến trình nội tâm cũng như liên kết quá trình đó với những khó khăn của họ. Piper và cs. Nhìn chung các nghiên cứu đã ủng hộ nhận định này. Các tác giả nhận thấy rằng nhận thấy rằng đặc điểm trên của 2 yếu tố kể trên ở mức độ cao liên quan với kết quả ngắn hạn tốt sau cả trị liệu động thái cá nhân cũng như nhóm ngắn hạn. Tuy nhiên, chỉ khả năng phát triển những quan hệ cá nhân vững chắc mới có khả năng là dự báo cho kết quả lâu dài sau trị liệu cá nhân.

Một điều cũng không ngoài dự đoán là mức độ mong muốn ban đầu cũng có liên quan chặt chẽ đến kết quả trị liệu. Horowitz và cs. (1984) cho thấy những người với động cơ thúc đẩy mạnh mẽ đến với trị liệu phân tâm và có một ý niệm vững chắc về "cái tôi" là những người đáp ứng tốt nhất với kỹ thuật này. Động cơ ở mức độ thấp lại liên quan đến tỷ lệ cao những người rút khỏi trị liệu cũng như trị liệu không thành công (Keijsers và cs. 2000).

Một nhóm nghiên cứu (Beutler và cs. 2000) đã tổng quan các tài liệu liên quan và xác định 6 kiểu thân chủ qua đó có thể dự đoán được kết quả trị liệu và chỉ định kiểu can thiệp trị liệu cần thiết:

- t*ổn thiệt chức năng cấp cao*: cần phải xem xét đến giải pháp nhập viện, sử dụng thuốc, điều trị thường xuyên và lâu dài, cần đạt được mục đích trị liệu ngắn hạn
- *sự đau buồn chủ quan cao*: các biện pháp can thiệp giảm stress, bao gồm nâng đỡ, ủng hộ, thôi miên và thuốc
- *sự đau buồn chủ quan thấp*: liên quan đến động cơ thấp, có thể sử dụng chiến lược kích thích bao gồm đối lập, đưa bạn bè đánh giá và tăng khả năng bạch bản thân
- *hỗ trợ xã hội cao*: bao gồm những can thiệp đơn giản, trong thời gian ngắn và ít có xu hướng tái phát
- *hỗ trợ xã hội thấp*: cần những điều trị lâu dài và có tiên lượng xấu hơn
- *sức đề kháng cao*: hiệu quả với cách tiếp cận nâng đỡ, tự nhiên, không hướng dẫn (non-directive) hoặc những can thiệp nghịch thường (xem chương 4).

Đáp ứng của thân chủ

Hành vi của con người trong trị liệu có ảnh hưởng nhất định đến kết quả trị liệu. Có lẽ bằng chứng thuyết phục nhất cho một thất bại là thân chủ bỏ cuộc. Đây là trường hợp dễ xảy ra nhất khi thân chủ cảm thấy khó khăn để tham gia vào trị liệu hoặc họ chống lại trị liệu, hay là do mối quan hệ nhà trị liệu - thân chủ quá nghèo nàn (Piper và cs. 1999b). Cùng với khẳng định hành vi ở thân chủ có ảnh hưởng nhất định tới hành vi của chính nhà trị liệu, Hardy và cs. (1998) cho thấy rằng ngay cả những buổi trị liệu được cấu trúc tốt nhất, nhà trị liệu cũng phải tìm cách đáp ứng phù hợp nhất với kiểu quan hệ giữa con người của thân chủ. Nhà trị liệu có xu hướng sử dụng những can thiệp định hướng cảm xúc và các mối quan hệ đối với những thân chủ quá gắn bó với trị liệu và dùng các điều chỉnh nhận thức đối với những thân chủ dành quá ít thời gian và tâm trí cho trị liệu. Những đáp ứng này đến lượt nó lại ảnh hưởng đến kinh nghiệm về trị liệu của thân chủ, đến việc họ dàn xếp với những vấn đề cảm xúc xuất hiện trong trị liệu, hoặc thử nghiệm những chiến lược nhằm thay đổi. Tang và DeRubeis (1999) cũng bàn về tầm quan trọng của yếu tố thân chủ trong mô hình 3 giai đoạn của hiệu quả trị liệu đột xuất (sudden) trong trị liệu nhận thức. Mô hình này cho thấy rằng có thể dự báo được kết quả căn cứ vào: trước hết là thân chủ đáp ứng tốt với giải thích về mô hình nhận thức trong rối loạn khí sắc. Tiếp đó là kinh nghiệm về sự thay đổi trong sơ đồ hoặc niềm tin tới hạn (critical belief or schema) dẫn tới trầm cảm giảm đột ngột, điều này kéo theo mối liên hệ giữa nhà trị liệu với thân chủ được cải thiện và tăng khả năng tiếp thu can thiệp nhận thức.

Điều gì làm nên một nhà trị liệu giỏi?

Các nhà trị liệu khác nhau về kĩ năng và những đặc trưng cá nhân mà họ mang đến buổi trị liệu. Điều này có ý nghĩa quan trọng đối với kết quả của trị liệu, thậm chí khi những kĩ thuật trị liệu chuẩn đã được đưa vào sử dụng. Nhà trị liệu khác nhau không chỉ đạt được mức độ thành công khác nhau cho dù sử dụng cùng những kỹ thuật, mà những nghiên cứu còn chỉ ra rằng nhân cách của nhà trị liệu là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả hơn là kiểu trị liệu được sử dụng. Vì thế sự khác nhau về kết quả trị liệu giữa những nhà trị liệu sử dụng cùng một phương pháp rõ ràng hơn sự khác nhau giữa các phương pháp trị liệu (xem Roth và cs. 1998). Còn Huppert và cs. (2001) đã đưa ra kết quả của 14 nhà trị liệu lành nghề trong đợt thử nghiệm rộng rãi về hiệu quả của trị liệu hành vi - nhận thức đối với rối loạn hoảng sợ. Phương pháp can thiệp được chuẩn hóa cao. Những nhà trị liệu này rất thạo nghề và đã được đào tạo bởi các chuyên gia trong phương pháp trị liệu hành vi - nhận thức. Họ được giám sát, kiểm tra thường xuyên trong suốt quá trình thử nghiệm. Mặc dù vậy, vẫn có những khác biệt trong hiệu quả công việc của họ với những tỉ lệ khác nhau từ 45% đến 66%. Nói chung, những nhà trị liệu tốt đạt được kết quả ổn định hơn. Tuy vậy ngay cả những nhà trị liệu kém hơn cũng đạt được kết quả nhất định.

Những nhà trị liệu có thể khác nhau ở rất nhiều điểm như:

- cách tiếp cận trị liệu họ sử dụng
- trình độ và thời gian hành nghề trị liệu
- kĩ năng của một nhà trị liệu, bao gồm khả năng thuyết phục, giữ tính trung lập, có những phát hiện sáng suốt trong trị liệu và khả năng làm việc với thân chủ
- những phẩm chất nhân cách và cách thức quan hệ với người khác, bao gồm sự nhiệt tình, thấu cảm và trung thực (xem chương 2).

Kinh nghiệm của nhà trị liệu

Rất nhiều nghiên cứu về yếu tố tác động đến kết quả trị liệu tập trung vào những ảnh hưởng của bề dày kinh nghiệm hoặc trình độ được đào tạo của nhà trị liệu. Thực sự rất khó để có thể dự đoán một cách chắc chắn về ảnh hưởng của kinh nghiệm của nhà trị liệu đối với kết quả trị liệu. Liệu có phải tất cả các nhà trị liệu đều rút ra những bài học về mối quan hệ qua lại với thân chủ và dần dần mài rũa kĩ năng của mình cũng như tăng hiệu quả của trị liệu? Có hay không một nhà trị liệu cứ lặp đi lặp lại những lỗi như nhau và không hề thay đổi hiệu quả của họ? Liệu những nhà trị liệu trẻ tuổi, ít kinh nghiệm, rất nhiệt tình và bị ảnh hưởng rất nhiều bởi những gì đã học mâu thuẫn với kinh nghiệm nhưng xa dần so với những gì được đào tạo của nhà trị liệu có nhiều kinh nghiệm hay không? Liệu những nhà trị liệu giỏi và có trực giác tốt mà không cần đến một quá trình đào tạo lâu dài có thể làm việc hiệu quả? Nhiều câu hỏi được giấu trong việc kiểm tra mối liên hệ giữa kinh nghiệm của nhà trị liệu với kết quả trị liệu có lẽ giải thích những phát hiện trái ngược nhau trong tài liệu nghiên cứu.

Trong một trong những tổng quan đầu tiên về những khía cạnh này, Bergin (1971) đã có đánh giá chung 48 nghiên cứu về ảnh hưởng của kinh nghiệm trị liệu đối với kết quả trị liệu: 53% cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa bề dày kinh nghiệm của nhà trị liệu với những kết quả khả quan. Chỉ có 18% thử nghiệm của những nhà trị liệu thiếu kinh nghiệm đạt được những cải thiện đáng kể về mặt lâm sàng. Ngược lại, siêu phân tích của Smith và Glass (1977) với 4500 nghiên cứu lại cho thấy kinh nghiệm của nhà trị liệu lại chẳng có mối liên hệ gì với kết quả trị liệu, tuy nhiên hầu hết những thử nghiệm diễn ra ở những nhà trị liệu thiếu kinh nghiệm và thiếu thông số về kinh nghiệm của nhà trị liệu trong các thử nghiệm tạo nên những khó khăn trong việc xác định các vấn đề.

Stein và Lambert (1995) giới hạn tổng quan của mình đối với trị liệu những vấn đề đáng kể về mặt lâm sàng. Đánh giá kinh nghiệm của những nhà trị liệu thực sự rất khó khăn. Những báo cáo nghiên cứu chủ yếu tập trung vào trình độ được đào tạo hơn là số năm kinh nghiệm của họ. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu đã xác định một mối liên hệ khiêm tốn nhưng khá rõ ràng giữa bề dày kinh nghiệm của nhà trị liệu với kết quả trị liệu: kinh nghiệm lâu năm thường cho một kết quả tốt hơn. Nghiên cứu của Hupper và cs. (2001) cũng cho kết luận tương tự. Họ nhận thấy những can thiệp hành vi - nhận thức thành công thường là những can thiệp được xây dựng bởi nhà trị liệu giàu kinh nghiệm chứ không liên quan đến định hướng trị liệu ban đầu của họ.

Đào tạo nhà trị liệu

Bằng chứng về hiệu quả của quá trình đào tạo nhà trị liệu khá phức tạp. Nhiều nghiên cứu đã thất bại khi cố gắng khám phá tác dụng của những kiểu hay thời gian đào tạo khác nhau đối với các kết quả trị liệu. Orlinsky và Howard (1986) khẳng định có sự khác biệt nhất định trong hiệu quả của nhà trị liệu, song điều này không liên quan đến việc liệu nhà trị liệu đã được đào tạo bài bản, chuyên nghiệp chưa. Ngược lại, nghiên cứu của Burns và Noen-Heoksema (1992) lại cho thấy rằng những nhà trị liệu được đào tạo chuyên về can thiệp hành vi - nhận thức tỏ ra có hiệu quả hơn trong điều trị trầm cảm so với những nhà trị liệu không qua đào tạo. Chia sẻ với kết luận này, Roth và cs. (1998) hướng đến giả thuyết rằng những quá trình đào tạo trị liệu chuyên nghiệp có thể là yếu tố quan trọng nhất trong những trị liệu phi cấu trúc. Đây là dạng mà nhà trị liệu phải phát triển trị liệu của họ để đáp ứng với sự cởi mở của thân chủ và có những can thiệp thích hợp. Còn đối với những trị liệu được chuẩn hóa và dựa trên một cấu trúc được xác định trước thì yếu tố này tỏ ra ít quan trọng hơn. Ví dụ, những nhà trị liệu ít được đào tạo có thể có hiệu quả trong việc duy trì những nhóm kiểm soát stress, hay những nhóm theo học một loạt các kĩ năng đã được chuẩn hóa bao gồm thư giãn và rèn luyện khả năng tự học, nhưng ít hiệu quả đối với trị liệu bệnh nhân trầm cảm, bởi chúng ta không hề có cách điều trị nào là chuẩn cho họ.

Giới và sắc tộc

Nhiều nghiên cứu đi theo hướng khám phá ảnh hưởng giới và sắc tộc của nhà trị liệu và thân chủ tới kết quả trị liệu. Xlotnick và cs. (1998) không tìm thấy ảnh hưởng dạng này đối với kết quả thử nghiệm về trị liệu trầm cảm của NIMH (Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia- National Institute of Mental Health), (Elkin và cs. 1994: xem chương 9). Sterling và cs. (2001) cũng cho thấy không có sự liên hệ giữa giới và/hoặc sắc tộc của nhà trị liệu và kết quả trị liệu trong một nghiên cứu về quá trình điều trị cho những người phụ thuộc cocaine. Ngược lại với những khám phá như thế, có thể trong vài ca, đặc biệt trong những ca có sự khác biệt về văn hóa giữa thân chủ và nhà trị liệu, khi ngôn ngữ và nhận thức về sức khỏe tâm thần có sự khác nhau rõ ràng, sắc tộc của cả nhà trị liệu và thân chủ một cách nào đó cũng sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả của trị liệu.

Những yếu tố trong phạm vi trị liệu

Không tính đến quá trình đào tạo hay kinh nghiệm của nhà trị liệu, vấn đề thực chất trong trị liệu đó là liệu hành vi của nhà trị liệu trong buổi trị liệu có làm nên những kết quả khác nhau của nó. Câu trả lời ở đây rõ ràng là có. Một vài yếu tố bên trong của trị liệu đã được chỉ ra là ảnh hưởng tới kết quả, bao gồm sự chấp nhận điều trị, sự thành thạo của nhà trị liệu và mối quan hệ được thiết lập giữa nhà trị liệu và thân chủ.

Sự chấp nhận điều trị

Việc chấp nhận điều trị được thể hiện qua mức độ mà thân chủ chấp nhận và đồng ý một kĩ thuật hay một kiểu trị liệu đặc biệt. Sẽ là vô ích nếu thân chủ tỏ ra không chấp nhận tiến trình trị liệu. Sự chấp nhận này bị ảnh hưởng bởi nhận thức về việc điều trị và đặc biệt là khả năng thành công của thân chủ: Có hay không một kết quả thật? Liệu trị liệu có sẽ dẫn tới những nỗi đau khổ lớn ...? Sự can thiệp tỏ ra có hiệu quả đối với những thân chủ chấp nhận tốt hơn (Reimer và cs. 1992). Vì thế sẽ là cần thiết nếu nhà trị liệu thường xuyên hỏi ý kiến thân chủ về trị liệu và có những điều chỉnh hợp lí với họ.

Năng lực của nhà trị liệu

Năng lực của nhà trị liệu rõ ràng rất quan trọng, thậm chí cả trong những trị liệu đã được chuẩn hóa. Một số phép đo khả năng của nhà trị liệu được O'Malley và cs. (1988) giới thiệu trong thử nghiệm về trầm cảm của NIMH (Elkin và cs. 1994: xem chương 9). Những phép đo này gồm việc chấm điểm băng ghi một buổi trị liệu, báo cáo của nhà trị liệu và điểm của các giám sát viên cho báo cáo. Hoạt động của nhà trị liệu trong cách đo kết hợp này đóng góp 23% vào sự khác biệt trong kết quả trị liệu, ngược lại, 34% sự khác biệt là do tính cách của thân chủ. Thử nghiệm của NIMH đã sử dụng những nhà trị liệu có kĩ năng tốt, do vậy có thể điều này làm giảm sự khác biệt về kết quả.

Mối liên kết trị liệu

Một yếu tố quan trọng sâu xa hơn trong trị liệu đó là sức mạnh của mối liên kết trị liệu giữa thân chủ và nhà trị liệu (Horvath và Luborsky 1993). Điều này được xác định thông qua mức độ thân chủ đồng ý với sự can thiệp được đề xuất, thông qua sự mong đợi ngắn hoặc vừa hạn của họ về kết quả trị liệu, và cuối cùng là sợi dây liên hệ giữa thân chủ và nhà trị liệu, dựa trên nhận thức của thân chủ về nhà trị liệu như một người dễ mến, nhạy cảm, sẵn sàng giúp đỡ và quan tâm đến mình. Kết quả siêu phân tích của Horvath và Symonds (1991) cho thấy mối liên kết trị liệu đóng góp 26% sự khác biệt trong kết quả trị liệu. Sức mạnh của liên kết trong trị liệu sớm được cho là quan trọng và dần sau đó có vẻ ít quan trọng hơn. Điều này có thể là do thân chủ trở nên độc lập hơn trước nhà trị liệu khi họ đã có những cải thiện hoặc có thể là do mức độ ban đầu của mối liên kết khuyến khích sự thay đổi trị liệu mà không cần tính đến mối quan hệ về sau giữa nhà trị liệu và thân chủ. Một khám phá đáng khích lệ của Horvath và Luborsky (1993) đó là kết quả trị liệu khả quan có thể có được ngay cả khi mối quan hệ trị liệu bị phá vỡ, miễn là sau đó nó được thiết lập lại.

Những liên kết này được tạo nên như thế nào là một điều phức tạp và vẫn chưa lí giải được. Crits-Cristoph (1988) nhận thấy rằng độ chính xác hay tần suất của những lời phân tích của nhà trị liệu trong trị liệu tâm lí không liên quan đến tiêu chuẩn đánh giá sức mạnh của mối liên kết trị liệu. Ngược lại, Piper và cs. (1993) lại nhận thấy một mối quan hệ nghịch đảo giữa số lần phân tích, lí giải trong các buổi trị liệu và sự đánh giá của thân chủ về tính chất quan hệ trong trị liệu. Lí giải quá nhiều được xem như sự phiền hà hay chỉ khiến mọi việc rối lên mà thôi. Những người có kĩ năng giao tiếp nghèo nàn sẽ khó có thể đạt được hiệu quả trị liệu cao với nhiều giải thích chính xác; những người này có khả năng duy trì mối quan hệ ở tình trạng tốt hơn. Mối liên kết trị liệu mạnh nhất giữa các thân chủ giàu kĩ năng giao tiếp là do những giải thích có độ chính xác thấp.

Trong kiểm tra tương tự về tác động qua lại nhà trị liệu - thân chủ, Beutler và Consoli (1993) nhận thấy rằng lời khuyên không có tác dụng với những thân chủ bị trầm cảm, những người thậm chí không muốn khám phá vấn đề. Những nghiên cứu về sự tác động tinh tế hơn cho rằng sự cải thiện trong trị liệu đạt đến cực điểm khi nhà trị liệu đáp ứng phù hợp với kiểu quan hệ liên nhân cách và nhu cầu tâm lí của thân chủ một cách từ từ. Hardy và cs. (1999) nhận ra rằng nhà trị liệu có hiệu quả cao nhất là những người có thể khiến cho thân chủ cảm thấy an toàn bằng cách đáp ứng những nhu cầu luôn biến động của họ và cho phép họ làm việc trong vùng phát triển gần nhất. Đây là vùng mà thân chủ có thể khám phá ra những nỗi sợ hãi và nguy hiểm của họ nhưng không chìm vào trong đó. Điều này bao gồm việc ra quyết định của nhà trị liệu xem liệu thân chủ có thể có nhiều lợi nhất từ những can thiệp mà họ gọi là "chính sách ngăn chặn". Qua đó, nhà trị liệu có thể tạo ra cảm giác an toàn thân chủ hoặc ngược lại, những can thiệp đó lại có tính chất thách thức thân chủ theo cách nào đó.

Nhiều nghiên cứu tập trung vào sự thất bại trong trị liệu mà nguyên nhân là do thân chủ bỏ cuộc. Hill và cs. (1996) chỉ ra rằng trong tất cả các trường hợp mà họ nghiên cứu, sự bỏ ngang đó là do bất đồng về chiến lược, do lỗi của nhà trị liệu và những cảm giác âm tính mà thân chủ có đối với nhà trị liệu. Và kết quả là mối liên kết trị liệu bị đứt quãng. Vấn đề là ở chỗ điều này hiếm khi do tai biến bất ngờ trong trị liệu mà thường là do sự bất đồng có thể giải quyết được ngay trong buổi trị liệu. Khi nhà trị liệu có thể xác định được trước sự đổ vỡ của mối quan hệ trị liệu thì vấn đề có thể giải quyết được, thậm chí có thể tác động cho tiến trình trị liệu chắc chắn và mạnh mẽ hơn. Để làm được điều này, nhà trị liệu không chỉ cần xác định khi nào xuất hiện sự đổ vỡ trị liệu (mà có lẽ thông qua sự rút lui rõ ràng của thân chủ) họ còn cần đáp ứng thích đáng với nó, nói chung bằng tiếp cận và giải quyết những vấn đề nảy sinh.

Tự bạch

Việc tự bạch diễn ra khi nhà trị liệu kể cho thân chủ những câu chuyện tương ứng với tình huống của thân chủ, như những trải nghiệm tương tự, ý nghĩ, cảm xúc và phản ứng của cá nhân. Một tiến trình như thế được xem như để tăng sức mạnh của mối quan hệ giữa nhà trị liệu và thân chủ. Cho tới nay những ảnh hưởng này chưa được đánh giá một cách đầy đủ. Tuy nhiên, Barrett và Berman (2001) đã đánh giá ảnh hưởng của những mức độ khác nhau của sự chia sẻ của nhà trị liệu bằng việc xác định một cách hệ thống mức độ của việc tự bạch của những nhà trị liệu. Với việc tự bạch của nhà trị liệu, thân chủ sẽ cảm thấy thích nhà trị liệu hơn và sẽ nhận thấy các triệu chứng stress giảm đi.

Các kĩ thuật đặc hiệu

Cho đến giờ, chúng ta chưa bàn đến việc sử dụng kĩ thuật của nhà trị liệu mà mới tập trung vào những đặc điểm chung của nhà trị liệu hay phong cách trị liệu. Việc sử dụng những chiến lược có tính chuyên biệt hơn cũng là một yếu tố giúp xác định kết quả. Teasdale và Fennell (1982) đã so sánh kết quả của trị liệu ở những thân chủ theo cách tiếp cận hành vi - nhận thức và những thân chủ theo cách tiếp cận ít tập trung và mang tính tổng thế hơn đối với vấn đề của họ. Kết quả cho thấy trị liệu hành vi - nhận thức đối với trầm cảm có tác dụng tốt hơn so với tiếp cận tổng thể. Tương tự, một nghiên cứu nhóm trị liệu nhận thức dành cho bệnh trầm cảm của Oie và Shuttlewood (1995) cũng cho thấy rằng những yếu tố trị liệu chuyên biệt có tác dụng làm giảm trầm cảm nhiều hơn so với những yếu tố chung như đánh giá của thân chủ về nhà trị liệu hoặc sự thỏa mãn trong trị liệu.

Bryant và cs. (1999) đã xem xét cả những đặc điểm của nhà trị liệu và thân chủ liên quan tới việc hoàn thành bài tập về nhà trong chương trình trị liệu hành vi - nhận thức đối với bệnh trầm cảm. Những đặc điểm chung của nhà trị liệu liên quan đến sự hoàn thành ở mức độ là: sự xem xét, giao bài tập về nhà trong quá trình trị liệu; tiêu chuẩn đánh giá kết hợp đối với năng lực của nhà trị liệu bao gồm: những mục về sự hợp tác, hiệu quả của quan

hệ liên nhân cách và sự phát triển của can thiệp nhận thức tương ứng. Đó chính là điều kiện để thân chủ phát triển quan hệ tốt với nhà trị liệu và tự thấy được giá trị của những bài tập mà họ đã làm.

Cuối cùng, Wiser và Goldfried (1998) chỉ ra rằng bản chất của sự kiểm soát của nhà trị liệu về khóa trị liệu ảnh hưởng mạnh mẽ đến trải nghiệm cảm xúc của thân chủ trong trị liệu. Khi nhà trị liệu đưa ra những nhận xét phản bác và thừa nhận mà không trực tiếp nhắc đến những vấn đề cần xem xét, thân chủ cảm nhận một cách rõ ràng cả những cảm xúc âm tính cũng như dương tính trong trị liệu. Khi nhà trị liệu cắt lời thân chủ hoặc tăng sự kiểm soát của họ đối với vấn đề được khám phá trong buổi trị liệu, thân chủ dễ chuyển hướng để giảm cường độ cảm xúc, có lẽ bởi vì họ cảm thấy ít có mối liên hệ tình cảm và khó có thể khám phá những vấn đề cảm xúc nổi bật khi họ bị cắt ngang lời và kiểm soát bởi nhà trị liệu.

Những yếu tố ngoài tình huống trị liệu

Mỗi buổi trị liệu thường kéo dài 1giờ đồng hồ với một hoặc 2 tuần/buổi. Điều đó cho thấy thân chủ có nhiều thời gian trong cuộc sống thực hơn là trong tình huống trị liệu. Những yếu tố bên ngoài huống trị liệu có thể vì thế có một ảnh hưởng nhất định với kết quả trị liệu. Một kiểu mẫu của sự thay đổi trị liệu đã tính đến những yếu tố này được đề xuất bởi Teasdale (1993). Theo Teasdale, sự thay đổi nhận thức trong trị liệu giúp thân chủ phát triển những niềm tin mới cũng như xem xét lại thế giới và về chính họ. Tuy nhiên, những niềm tin này ban đầu rất không ổn định và chắc chắn, chúng tồn tại càng lâu thì càng có ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi của thân chủ, mà những ảnh hưởng này lại thường thấy qua những sự kiện bên ngoài tình huống trị liệu. Nếu những sự kiện này phù hợp với sơ đồ nhận thức mới (khi đó, những niềm tin mới sẽ được chứng thực), chúng sẽ được củng cố; nếu không, những sự kiện này có thể đơn giản lại là lời khẳng định cho sơ đồ nhận thức trước đó và sẽ càng khó hơn để có thể thay đổi trong tương lai.

Tóm tắt chương

1. Trị liệu có thể được chia làm 3 bước: bước đánh giá, bước can thiệp tích cực và bước kết thúc. Những vấn đề khác nhau sẽ được giải quyết trong từng bước.
2. Đánh giá kết thúc trong một lập luận tâm lí dựa trên nhận thức mang tính lí thuyết về các quá trình của nhà trị liệu. Thông qua những quá trình này, nhà trị liệu tập trung tâm trí vào việc phát triển những vấn đề đặc trưng cũng như định hướng trị liệu của mình.
3. Phỏng vấn lâm sàng vẫn là cách thường hay được sử dụng nhất để thu thập thông tin có ý nghĩa về mặt lâm sàng, mặc dù để bổ sung cho khâu thu thập thông tin này người ta đã sử dụng các công cụ đo lường tâm lí, nhật kí và có thể cả quan sát những hành vi tương ứng.

4. Bước trị liệu bao gồm nhiều yếu tố chung cho hầu hết, nếu không phải tất cả, trị liệu và một vài yếu tố cụ thể cho những tiếp cận trị liệu cá nhân.
5. Kết thúc trị liệu bao gồm sự tổng hợp những gì đã xảy ra trong trị liệu và kế hoạch cho việc cá nhân sẽ ứng phó thế nào sau trị liệu.
6. Trị liệu có ý nghĩa nhất với những người có kĩ năng ứng phó tốt, được sự ủng hộ xã hội và có những vấn đề rõ ràng nhưng diễn ra chưa quá lâu. Trị liệu ít hiệu quả đối với những người không có các ưu điểm này.
7. Yếu tố nhà trị liệu đóng góp một cách rõ ràng cho kết quả của trị liệu; đôi khi điều này còn có giá trị hơn là việc họ chọn cách tiếp cận trị liệu nào.
8. Hầu hết các nhà trị liệu đều đạt được kết quả đối với một số thân chủ; những nhà trị liệu tốt sẽ có được kết quả ổn định hơn.
9. Nhiều đặc điểm của nhà trị liệu có liên quan đến kết quả của trị liệu, bao gồm bề dày kinh nghiệm và những gì họ được đào tạo. Giới và sắc tộc tỏ ra ít ảnh hưởng đến kết quả trị liệu.
10. Tiến trình trị liệu cũng là những yếu tố quan trọng dự đoán kết quả. Năng lực của nhà trị liệu (ngay cả những nhà trị liệu có tay nghề cao vẫn cho những kết quả khác nhau), chất lượng của mối quan hệ giữa nhà trị liệu và thân chủ, và mức độ mà hai bên có thể chia sẻ và làm việc cùng nhau đều có tầm quan trọng đặc biệt.
11. Tự bạch ở mức độ nào đó có thể giúp cho tiến trình trị liệu dễ dàng hơn.
12. Những can thiệp trị liệu khác nhau sẽ dẫn đến những kết quả khác nhau; can thiệp nhận thức ảnh hưởng đến tiến trình nhận thức, mức độ kiểm soát của nhà trị liệu trong quá trình trị liệu sẽ xác định trải nghiệm về cảm xúc trong buổi trị liệu.
13. Sự ngừng trị liệu sớm thường là do lỗi của nhà trị liệu hoặc do sự bất đồng về chiến lược và những cảm xúc âm tính hướng về nhà trị liệu.
14. Những sự kiện bên ngoài tình huống trị liệu cũng ảnh hưởng đến kết quả trị liệu theo những cách rất khác nhau.

Câu hỏi thảo luận

1. Những nhà trị liệu mới hoặc thực tập sinh có thể có được những gì từ chính họ như một thân chủ trong trị liệu tâm lí?
2. Nếu tìm đến nhà trị liệu, bạn muốn nhà trị liệu của bạn có những đặc điểm gì?
3. Liệu bạn có phù hợp với công việc trị liệu tâm lí?
4. Liệu những người tìm kiếm sự giúp đỡ cho những vấn đề về sức khỏe tâm thần có nên được biết những gì họ sẽ có được sau trị liệu tâm lí, với những người ít ra đã thấy tác dụng được các liệu pháp điều trị hóa dược trong thời gian đầu?

PHẦN II

Các vấn đề chuyên biệt

Chương 6

TÂM THẦN PHÂN LIỆT

TTPL là một trong những chẩn đoán tâm thần gây nhiều tranh cãi nhất. Trải qua các thời kỳ, người ta vẫn còn tranh luận rằng liệu có thật sự tồn tại một trạng thái TTPL, nó là do di truyền hay do môi trường và liệu có nhất thiết phải điều trị bằng thuốc, bằng sốc điện hay cần nhiều đến trị liệu tâm lí-xã hội. Chương này sẽ đề cập đến từng vấn đề đó. Cuối chương, bạn sẽ nắm được:

- Bản chất của TTPL
- Cách hiểu về "triệu chứng" của TTPL
- Vai trò, nguyên nhân có thể có của các yếu tố di truyền, gia đình và tâm lí –xã hội
- Mô hình nơ ron và DTTK của rối loạn
- Mô hình tâm lí trải nghiệm của những người được chẩn đoán TTPL
- Các cách tiếp cận trị liệu TTPL khác nhau và hiệu quả của chúng.

Cái mà bây giờ vẫn gọi là TTPL đã được Kraepelin mô tả lần đầu vào năm 1883 bằng thuật ngữ dementia praecox. Thuật ngữ này dùng để chỉ một bệnh nhân cách tan rã tiến triển, không hồi phục được chức năng của giai đoạn trước khi bị bệnh. Vài năm sau đó, Bleuler (1908) xác định có 4 triệu chứng cơ bản mà ông cho rằng đó là 4 nhóm TTPL: tính hai chiều trái ngược, rối loạn liên tưởng, rối loạn cảm xúc và huyễn tưởng phi thực tế. Trong tiền sử, nhiều người trong số họ đã từng bị một tổn thưởng thần kinh nào đó, bao gồm cả viêm não ngủ lịm (Boyle 1990).

Bản chất của tâm thần phân liệt

Cho đến nay người ta vẫn tiếp tục tranh luận về bản chất của TTPL. Tuy nhiên hầu hết đều nhất trí rằng nó bao gồm những rối loạn liên quan đến tư duy và tri giác. Rối loạn quá trình tư duy thường được xem như là một triệu chứng thường gặp nhất ở TTPL. Câu chuyện thiếu sự kết nối, đang từ chủ đề này nhảy sang chủ đề khác và đang từ ý nghĩ này chuyển sang ý nghĩ khác, hoàn toàn không liên quan. Người mắc chứng TTPL có thể có hiện tượng tạo từ mới hoặc liên tưởng hổ lốn các từ. Họ có thể có cảm giác rằng ai đó đang áp đặt ý nghĩ cho họ làm mất định hướng trong đối thoại hoặc trong suy nghĩ, thậm chí nói không trọn vẹn câu. Những hiện tượng như vậy bao gồm hoang tưởng chi phối (cả 2 loại: có khả năng chi phối người khác và bị người khác chi phối), hoang tưởng tự cao (tin rằng mình rất giàu, nổi tiếng, tài giỏi) và hoang tưởng liên hệ (tin rằng mọi hành vi của người khác đều có liên quan trực tiếp đến mình: sự động chạm, cái liếc nhìn, tiếng cười đều hướng trực tiếp đến họ). Người bị TTPL cũng có thể có ảo giác, chủ yếu là ảo thanh. Nội dung của ảo giác cũng rất khác nhau, từ ôn hoà cho đến quấy rầy, hành hạ… Cảm xúc của những người này

cũng tường được mô tả là cùn mòn. Thường họ ít có những đáp ứng cảm xúc mặc dù họ có thể có những trạng thái hung hăng hoặc trầm cảm và thường là do những ý nghĩ bên trong hoặc do ảo giác.

Trải nghiệm cá nhân

Trải nghiệm của những người bị TTPL cũng rất khác nhau, tuỳ thuộc vào mức độ can thiệp của một trải nghiệm nào đó vào cuộc sống của họ. Nhiều người có hoang tưởng kéo dài nhưng không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của họ; đối với những người khác, trải nghiệm có thể có nhiều vấn đề. Xin dẫn ra 2 ví dụ của Michael và David. Michael là một người đàn ông trung niên được chẩn đoán TTPL cách đây vài năm. Anh có một cuộc sống bình thường trong một căn hộ nhỏ ở Cardiff. Một trong những hoang tưởng của Michel là anh ta sợ những người lạ, có thể từ ngoài trái đất tấn công bằng laze:

Laze tấn công tôi. Họ nhằm vào đầu tôi. Khi họ bắn là tôi biết bởi lúc đó là tôi rất đau đầu. Họ không bắn tôi liên tục. Họ đến rồi lại đi. Tôi không biết tôi đã phạm phải điều gì để họ hành hạ mình như vậy. Điều này đã kéo dài mấy năm. Họ thường bắn vào đầu tôi do vậy tôi phải đội mũ để bảo vệ đầu mỗi khi họ bắn. Tôi quấn cái mũ bằng tấm kim loại để nó hất ngược laze… và như vậy họ không thể bắn được tôi… tôi cho rằng họ liên kết với nhau để làm việc đó… lần cuối cùng họ bắn tôi là vào sáng chủ nhật. Chúng làm tôi thức dậy – ý tôi nói các tia laze làm đầu tôi hầu như bị thương. Tôi không ra được khỏi giường vì đau quá. Tôi phải đội mũ bảo hiểm và luôn trong tư thế sẵn sàng để tránh bị đau… Điều đó thật tệ. Tôi thường dùng mũ của mình cản được laze, tuy nhiên thỉnh thoảng chúng cũng xuyên qua được.

(có lẽ điều đó không phải là tình cờ khi hầu như cả buổi tối thứ 7 Michel uống bia ở một quán trong khu vực).

Còn trường hợp khác, do có những hoang tưởng cấp tính và nặng nên David được đưa vào nội trú. Mình trần như nhộng, David chạy trên đường phố và tuyên bố rằng anh ta là con của Chúa trời đến để bảo vệ mọi người, tránh các tội lỗi. Khi bị đưa vào viện, David tuyên bố:

Ta là Chúa cứu thế, ta là David, là người bảo vệ... Ta sẽ bảo vệ các người khỏi những tội lỗi mà các người mắc phải. Những tội lỗi đó có thể đưa các người tới lò thiêu của địa ngục chứ không phải thiên đàng của Chúa trời. Các người không được giữ ta... Chúa trời sẽ nổi giận với các người, với cả thế giới, Quỷ sẽ bắt các người vì các người can tội giữ ta ở đây... Thật là tuyệt, rồi các người sẽ bị giết vì dám giam giữ đứa con của Chúa... Ta đến để bảo vệ thế giới... Các người không được giam giữ ta... Ta ở đây là theo ý Chúa và Jesu. Chúa chỉ nói với ta chứ không nói với các người. Chúa đang tức giận về những thói xấu xa của thế giới, về những việc mà con người đã làm... đó là tội lỗi, mọi thứ... những đôi cánh của các thiên thần sẽ bay đến và đưa ta ra khỏi nơi này.

Có khoảng 1% số người trưởng thành bị chẩn đoán là TTPL (APA 2000). Tỉ lệ mắc bệnh tương đối giống nhau ở các nước, các nền văn hoá khác nhau và qua các thời kỳ khác nhau (xem thêm về mối quan hệ với văn hoá được bàn trong chương 1). Lứa tuổi khởi phát

thường ở vào độ tuổi 20-35. Ở nữ, tuổi khởi phát thường muộn hơn 3-4 năm so với nam và có đỉnh thứ 2 ở vào thời kỳ mãn kinh. Đây là rối loạn dạng từng đợt, có những giai đoạn cấp tính và có những giai đoạn thuyên giảm. Wiersma và cs. (1998) đã tiến hành nghiên cứu thuần tập những người bị TTPL trong 15 năm kể từ pha bệnh đầu tiên, 2/3 số người có ít nhất một lần tái phát và sau mỗi lần tái phát 1/6 số trường hợp không hồi phục. 1/10 đã tự sát trong thời gian nghiên cứu. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng tốt bao gồm khởi phát cấp tính, có yếu tố stress thúc đẩy và có thể xác định được, các triệu chứng dương tính chiếm ưu thế, có sự hỗ trợ tốt về mặt xã hội và trong tiền sử gia đình không có người bị TTPL.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt của DSM

Để chẩn đoán TTPL, DSM-IV-TR (APA, 2000) cho rằng phải có ít nhất 2 trong số các triệu chứng liệt kê dưới xuất hiện rõ ràng trong thời gian 1 tháng:

- hoang tưởng
- ảo giác
- ngôn ngữ thanh xuân thường là nói hổ lốn hoặc không liên quan
- hành vi hung bạo vô lối hoặc căng trương lực.
- Các triệu chứng âm tính: cùn mòn cảm xúc, suy giảm ý chí, ngôn ngữ.

Chỉ cần 1 trong các triệu chứng đó khi có: hoang tưởng kỳ quái hoặc ảo thanh bình phẩm hành vi hay ý nghĩ của cá nhân hoặc ảo thanh là 2 hay nhiều giọng nói trò chuyện với nhau. Tiêu chuẩn thứ 2 là các triệu chứng gây ra những tổn thiệt đáng kể. TTPL được chia làm 4 thể tuỳ theo các triệu chứng nổi trội:

- *Thể thanh xuân*: những đặc điểm nổi bật là ngôn ngữ và hành vi lố lăng, cảm xúc không phù hợp hoặc cùn mòn.
- *Paranoid*: đây là thể thường gặp nhất của TTPL, điển hình bởi các hoang tưởng paranoid kéo dài. Ảo thanh cũng có thể hỗ trợ cho những niềm tin hoang tưởng. Rối loạn cảm xúc và ngôn ngữ. Các triệu chứng căng trương lực không bền vững.
- *Căng trương lực*: nổi bật với các rối loạn tâm thần – vận động. Bệnh có thể biểu hiện rất khác nhau, từ kích động đến sững sờ và uốn sáp, tạo hình, cá nhân có thể duy trì tư thế do người ngoài áp đặt trong vài giờ. Bên cạnh đó, người bệnh cũng có thể có hiện tượng vâng lời tự động, có trạng thái lơ mơ giống như ngủ kèm theo ảo giác sống động. Hiện nay thể bệnh này ít gặp ở các nước công nghiệp phát triển.
- *Di chứng*: nét điển hình là không còn các hoang tưởng, ảo giác, ngôn ngữ thanh xuân, hành vi thanh xuân hoặc căng trương lực. Tuy nhiên vẫn còn một số triệu chứng âm tính rõ rệt (xem bảng 6.1)

Quan điểm khác về những triệu chứng

Việc xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau bắt nguồn từ chỗ xem xét các triệu chứng nào đi cùng nhau tạo thành nhóm và cơ chế não đứng đằng sau các nhóm triệu chứng đó. Phân tích yếu tố các dấu hiệu và triệu chứng của

Bảng 6.1 Một số triệu chứng thường gặp của TTPL cấp tính

Triệu chứng	*%*
Thiếu sâu sắc	97
Ảo thanh	74
Ý tưởng liên hệ	70
Cảm xúc cùn mòn	66
Nghi ngờ	66
Hoang tưởng bị theo dõi	64
Ý nghĩ xa lạ	52

các thể TTPL khác nhau cho thấy có 3 nhóm triệu chứng chính: thanh xuân, dương tính và âm tính (Liddle và cs., 1994). Nhóm triệu chứng thanh xuân gồm: ngôn ngữ và hành vi thanh xuân, cảm xúc cùn mòn và không phù hợp (hoặc "rối loạn tư duy").

Nhóm triệu chứng dương tính gồm ảo giác và hoang tưởng. Cuối cùng, các triệu chứng âm tính nói đến sự suy giảm hoạt động, bao gồm vô cảm, thiếu động cơ hoạt động và ngôn ngữ nghèo nàn. Mỗi triệu chứng này có thể có các nguyên nhân sinh học và tâm lí khác nhau.

Phê phán tâm thần phân liệt

Tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL theo DSM-IV-TR khác đáng kể so với DSM-III (xem chương 1) và khác với định nghĩa TTPL của Liddle và cs. (1994). Khó định nghĩa được một cách chính xác TTPL đã tạo ra vấn đề cơ bản cho các nhà lâm sàng và các nhà nghiên cứu khi phát triển mô hình nguyên nhân hoặc tiếp cận điều trị. Khó khăn lớn đến mức nhiều nhà khoa học và lâm sàng đã đặt câu hỏi là liệu TTPL có tồn tại dưới một dạng độc lập nào đó mà DSM đã định nghĩa.

Vấn đề cơ bản trong quan điểm của DSM về TTPL là ở chỗ với cùng một cá nhân nhưng các thầy thuốc khác nhau có thể đưa ra những chẩn đoán rất khác nhau và chỉ cần có 2 triệu chứng khác nhau là đủ. Điều này đã bác bỏ quan niệm rằng với mỗi rối loạn có một cơ chế đằng sau nó. Nói một cách khác, nếu cùng bị một loại bệnh, các cá nhân phải có cùng nhóm triệu chứng. Một điểm nữa cũng đáng lưu ý là những người TTPL khác nhau lại đáp ứng khác nhau với thuốc như neuroleptic, lithium và benzodiazepines. Lại cũng có người không đáp ứng với một loại thuốc nào. Tương tự như vậy, liệu trình trị liệu cũng rất khác nhau. Như Bentall (1993) chỉ rõ: "Chúng ta chắc chắn phải đi đến kết luận quan trọng rằng: "Tâm thần phân liệt" là một bệnh không có các triệu chứng riêng biệt, không có tiến

trình diễn biến riêng và không đáp ứng với một trị liệu cụ thể nào". Trên cơ sở như vậy ông đưa ra ý kiến cho rằng chẩn đoán không đủ độ hiệu lực nên cần phải loại bỏ quan niệm về TTPL. Hơn thế nữa, để giải thích cho đa hội chứng, những nỗ lực tương lai nên tập trung vào giải thích những hành vi hoặc trải nghiệm cụ thể: mỗi một triệu chứng của "tâm thần phân liệt" cần phải được xem như là một rối loạn riêng biệt với những diễn biến và trị liệu riêng biệt.

Vấn đề tiếp theo là các hiện tượng đó không chỉ là của riêng những người được chẩn đoán là TTPL, có nhiều người không tìm đến bác sĩ tâm thần mặc dù họ vẫn nghe thấy tiếng nói trong đầu. Vậy lấy gì để phân biệt giữa người tìm kiếm và người không tìm kiếm sự trợ giúp để giải quyết các vấn đề của họ; phân biệt sự khác nhau trong các đáp ứng của cá nhân và khả năng của họ đối phó với những vấn đề đó. Các chiến lược đối phó tích cực bao gồm xác lập các giới hạn về thời gian để nghe tiếng nói và nói chuyện lại và nghe có chọn lọc những giọng nói tích cực (Romme & Escher, 1989).

Những nỗ lực nhằm thống nhất các hiện tượng khác nhau vào một tên gọi "tâm thần phân liệt" vẫn còn đang gây tranh cãi. Các phần tiếp theo của chương sẽ đề cập nhiều hơn đến xu hướng truyền thống và tổng quan các nghiên cứu dựa trên DSM hoặc những định nghĩa tương tự như vậy về TTPL. Một số người có thể phản đối rằng dạng nghiên cứu như vậy đang đi vào ngõ cụt cũng như việc tìm kiếm các yếu tố nguyên nhân gây ra bệnh và vốn dĩ chúng không tồn tại. Ở mức độ tích cực hơn có thể xác định được một số yếu tố làm tăng nguy cơ hoặc đưa ra cách thức trị liệu có hiệu quả hơn đối với tất cả những gì mà hiện nay quan niệm đang nằm trong nhãn hiệu "tâm thần phân liệt". Điều này cũng cho thấy một số vấn đề mà các nhà nghiên cứu phải đối mặt khi tìm cách giải thích những yếu tố chung đóng góp vào các trải nghiệm khác nhau của những người được chẩn đoán là TTPL. Do hầu hết các nghiên cứu đều tập trung vào những người được chẩn đoán là TTPL nên thuật ngữ này được dùng chung trong các mục mặc dù vẫn còn có những đánh giá khác nhau về tính hiệu lực của khái niệm.

Nguyên nhân của tâm thần phân liệt

Các yếu tố di truyền

TTPL là trung tâm của cuộc tranh luận khoa học về bản chất và vai trò của dinh dưỡng trong sự phát triển các vấn đề SKTT. Có lẽ chiếm ưu thế là mô hình nguyên nhân củaTTPL khi cho rằng nó có căn nguyên sinh học, được thúc đẩy bởi các yếu tố di truyền mặc dù vẫn còn những tranh cãi quyết liệt của

B***ảng 6.2: Nguy cơ mắc TTPL của họ hàng những người được chẩn đoán là TTPL***

Quan hệ	*Gen chung (%)*	*Nguy cơ (%)*
Quần thể chung		1
Vợ/ chồng của bệnh nhân		2

Họ hàng bậc 3 Anh chị em họ	12,5	 2
Họ hàng bậc hai Cô, chú Cháu họ Cháu ruột Cùng cha khác mẹ hoặc cùng mẹ khác cha	25	 2 4 5 6
Quan hệ huyết thống bậc một Cha mẹ Anh/ chị em sinh đôi Con Con sinh đôi của cha/ mẹ mắc TTPL Khác trứng	50	 6 9 13 17 17
Sinh đôi cùng trứng Con của cha mẹ đều mắc TTPL	100 100	48 46

Nguồn: dẫn từ Tsuang (2000)

những người đi theo các nguyên nhân môi trường. Bằng chứng liên quan đến các yếu tố di truyền đã được xem xét kĩ và hầu như không có ai phản đối.

Những nghiên cứu về di truyền trước đây cho thấy nguy cơ bị TTPL trong số những người có quan hệ huyết thống với "ca" được xác định liên quan đến mức độ gen chung. Bảng 6.2 trình bày khái quát các kết quả của một số nghiên cứu gia đình trước đây mặc dù những yếu kém trong thiết kế nghiên cứu có thể dẫn đến đánh giá quá cao sự bền chặt của các mối quan hệ gia đình. Những nghiên cứu mới dường như có tính phương pháp luận hơn (ví dụ như Kringlen, 1993) cho thấy tỉ lệ cùng bị TTPL trong những người sinh đôi cùng trứng ở trong khoảng 30-40% còn ở những người sinh đôi khác trứng là vào khoảng 10-15%. Những nghiên cứu này cũng cho thấy có sự liên quan một phần về di truyền ở TTPL. Tuy vậy khi các bằng chứng cho thấy trong các gia đình có xuất hiện TTPL thì điều đó cũng không có nghĩa là do nguyên nhân di truyền (xem chương 1). Với những người có quan hệ gần gũi thì có nghĩa là họ cũng chia sẻ môi trường giống nhau và có thể bị ảnh hưởng hành vi của nhau. Nỗ lực lượng giá yếu tố môi trường và sinh học đã dẫn đến nhiều nghiên cứu so sánh nguy cơ bị TTPL trong số những người có quan hệ huyết thống hoặc những người sinh đôi so với những người được nhận làm con nuôi.

Việc rà soát chặt chẽ các nghiên cứu này cho thấy những bằng chứng chưa được rõ ràng như người ta tưởng. Ví dụ các nghiên cứu về con nuôi ở Đan Mạch (Kety và cs., 1975) đã nghiên cứu những người có quan hệ huyết thống với 34 trẻ được nhận làm con nuôi và sau bị mắc TTPL với 34 trường hợp đối chứng có "phả hệ trong sạch" và so sánh tỉ lệ TTPL trong số họ. Điều thú vị là họ phát hiện thấy chỉ một người được chẩn đoán là TTPL mạn tính trong số trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Chỉ khi họ mở rộng phạm vi chẩn

đoán đến các rối loạn thuộc nhóm TTPL, so sánh nhiều chẩn đoán khác nhau, bao gồm trạng thái ranh giới, nhân cách không phù hợp và nghi ngờ là TTPL thì sự khác nhau giữa 2 nhóm mới tăng lên. Với những chẩn đoán này, nhóm nghiên cứu có 9 trường hợp còn nhóm đối chứng có 2. Tuy vậy một số tác giả (ví dụ như Roberts, 2000) cho rằng nghiên cứu cũng chưa đưa ra được bằng chứng về sự di truyền bên trong TTPL. Roberts cũng chỉ ra rằng ít nhất cũng có một số chẩn đoán lấy từ bệnh viện và chưa được chính nhóm nghiên cứu khẳng định và rằng ít nhất cũng có một người đã được nhóm nghiên cứu thay đổi chẩn đoán từ nhân cách không phù hợp sang TTPL ranh giới. Tệ hơn nữa: sau khi nghiên cứu tất cả các ghi chép của cá nhân này cho thấy chẩn đoán ban đầu là rối loạn cảm xúc lưỡng cực (Rose và cs., 1984).

Nghiên cứu về di truyền mới đây của Tienari và cs. (2000) đã so sánh tỉ lệ TTPL ở những người con nuôi của mẹ được chẩn đoán TTPL với con nuôi của những bà mẹ không bị TTPL. Nguy cơ mắc TTPL trong số các con của mẹ bị TTPL cao hơn gấp 4 lần so với con của các bà mẹ không bị TTPL: tỉ lệ mắc chung là 8,1% so với 2,3%. Tuy nhiên điều đó cũng không phải hoàn toàn là do di truyền. Sử dụng kết quả của chính nghiên cứu đó, Wahlberg và cs. (2000) thông báo về sự tương tác giữa các yếu tố di truyền và môi trường. Con của phụ nữ bị TTPL sống với cha mẹ nuôi không có các rối loạn giao tiếp nào thì không có nguy cơ cao rối loạn tư duy. Ngược lại, con của phụ nữ được chẩn đoán TTPL sống với gia đình có bằng chứng về lệch lạc giao tiếp thì có nguy cơ xuất hiện TTPL cao hơn so với những người có mẹ đẻ "bình thường" và cũng sống trong điều kiện tương tự. Như vậy sự phát triển TTPL dường như phụ thuộc cả vào nguy cơ di truyền và lệch lạc giao tiếp trong gia đình cha mẹ nuôi. Điểm lưu ý là lệch lạc giao tiếp được phân tích xem xét trước khi nhận con nuôi chứ không phải là hệ quả của hành vi của trẻ.

Cùng với các kết quả nghiên cứu khác, những cứ liệu của các nhà nghiên cứu sinh học đã ủng hộ cho mô hình trong đó các yếu tố di truyền ảnh hưởng đến nguy cơ xuất hiện TTPL song đây không phải là nguyên nhân đơn nhất. Chúng kết thành một yếu tố khả năng dễ bị tổn thương hơn là yếu tố nguyên nhân. Những nghiên cứu nhằm tìm kiếm gen làm tăng nguy cơ bị TTPL cũng chưa đưa ra được kết quả cuối cùng mặc dù người ta đã nghi ngờ hàng tá nhiễm sắc thể (Tsuang, 2000). Thậm chí những người bênh vực yếu tố di truyền như Corsinco & Meguffin (2001) đã tuyên bố rằng việc xác định mối quan hệ di truyền ở TTPL là "những khó khăn vĩ đại". Khi đề cập đến vai trò của di truyền trong TTPL thì cần phải luôn lưu ý một điều là có 89% số người được chẩn đoán TTPL không biết gì về mối quan hệ với rối loạn đó. Rõ ràng còn có những yếu tố khác có liên quan đến sự phát triển.

Các cơ chế sinh học

GIẢ THUYẾT DOPAMIN

Rất nhiều nghiên cứu thần kinh hướng đến xác định những nguyên nhân TTPL được thực hiện trên những người được cho là TTPL. Điều này có thể gây ra những cảm nhận khác nhau. Tuy nhiên nó cũng đặt ra những vấn đề quan trọng trong việc lí giải các cứ liệu. Johnstone (2000) cho rằng bất kì một cứ liệu nào về sự khác biệt thần kinh giữa người bị TTPL với những người không bị đều chưa thể nói đó là nguyên nhân. Hơn thế nữa, những sự khác biệt này còn có thể được giải thích bởi thuốc và/hoặc stress do các ảo giác sống động hay các hoang tưởng mạnh mẽ kéo dài.

Mặc dù có những ý kiến như vậy song vẫn có nhiều mô hình sinh học về TTPL được đưa ra. Đầu tiên phải kể đến lí thuyết về các hệ thống dopamin của não. Người ta đã tìm thấy những nơ ron tiết xuất dopamine ở diện A10 thuộc hệ viền, hệ này có các đường nối với đồi thị, hồi hải mã và vỏ trán và nhân đen. Luận điểm then chốt của giả thuyết dopamine là trải nghiệm của những người được chẩn đoán TTPL là hậu quả của sự dư thừa dopamine hoặc các thụ thể ở xinap của nơ ron mẫn cảm quá mức với lượng dopamine bình thường. Nhìn chung các bằng chứng dường như đang ủng hộ cho nhận định thứ 2, tuy nhiên theo cách khác, lí thuyết này lại giải thích rằng ít nhất cũng có một số trải nghiệm của người bị TTPL có thể là do hoạt hoá dopamine quá mức ở những vùng não do dopamine kiểm soát. Cứ liệu về tăng hoạt hoá dopamine ngày càng nhiều qua các dạng nghiên cứu hội tụ (Liberman và cs., 1990):

- Sử dụng amphetamine làm tăng nồng độ dopamine và có thể gây ra những trải nghiệm dạng như các triệu chứng dương tính và các triệu chứng nhại lại của TTPL. Một lượng nhỏ amphetamine được kiểm soát cũng có thể gây ra những triệu chứng giống TTPL ở ít nhất cũng là một số cá nhân 'ngây thơ'. Những trải nghiệm này có thể còn được tiếp tục kéo dài cả sau khi đã ngừng thuốc. Tuy nhiên những hiện tượng đó chỉ giống với một thể của TTPL: thể paranoid.
- Một số thuốc trị liệu có hiệu quả đối với cả loạn thần do amphetamine và TTPL đó là các thuốc neuroleptic được biết với tên phenothiazines (xem chương3). Những thuốc này phong toả dopamine bằng cách ngăn ngừa sự hấp thu chúng ở các thụ thể sau xinap.
- Các nghiên cứu tử thi cho thấy có sự tăng đáng kể các vị trí thụ thể dopamine ở những người bị TTPL so với những người "bình thường" được xem là quá mẫn với dopamine. Tuy nhiên người ta cũng chưa thể xác định là bao nhiêu phần do thuốc và bao nhiêu phần là do bệnh.

Những bằng chứng phản bác giả thuyết dopamine (Duncan và cs., 1999):

- Không có các bằng chứng trực tiếp về hoạt tính bệnh lí nơ ron do dopamine, dạng như tăng nồng độ dopamine, sự chuyển hoá chúng hoặc các thụ thể của chúng mà là hậu quả tiềm tàng của việc trị liệu bằng thuốc chống tâm thần.
- Một trong những thuốc chống tâm thần có hiệu quả nhất là clozapine dường như tác dụng theo cơ chế ảnh hưởng đến hệ thống serotonin chứ không phải hệ thống dopamine. Điều này dẫn đến một nhận định rằng có thể có các chất DTTK khác tham gia vào TTPL.
- Có một số người bị TTPL kháng thuốc neuroleptic do vậy cũng có thể nói rằng các hệ thống dopamine không phải lúc nào cũng tham gia vào nguyên nhân TTPL.
- Những trải nghiệm "giống TTPL" ít khi xuất hiện ở những cá nhân "bình thường" khi họ dùng thuốc làm tăng hoạt tính dopaminergic.
- Các thuốc neuroleptic chỉ có tác dụng một phần đối với triệu chứng âm tính của TTPL.

Những bằng chứng trái ngược nhau đó có thể nói lên những khó khăn trong việc thống nhất các quá trình sinh học khác nhau đứng đằng sau một bệnh nhưng lại hoàn toàn có thể thể hiện khác nhau ở những người khác nhau. Tuy nhiên thay vì đi xác định những cơ sở sinh học đặc thù đối với những trải nghiệm tâm lí đặc thù, các nhà sinh học lại tiếp tục cố đưa ra một mô hình có thể giải thích mọi trải nghiệm của người bị TTPL. Một cách họ đã làm đó là mở rộng số lượng các chất DTTK tham gia vào nguyên nhân. Ví dụ Duncan và cs. (1999) cho rằng sự mất điều hoà NMDA và serotonin cũng có thể có vai trò trong rối loạn này.

CƠ SỞ VẬT CHẤT THẦN KINH

Cũng như những sai sót trong nồng độ chất DTTK, một số nghiên cứu cho rằng các triệu chứng âm tính, thanh xuân và một số triệu chứng dương tính có thể là do tổn thương hệ thần kinh (Basoo và cs. 1998). Những cứ liệu trên chụp cắt lớp não chủ yếu là giãn rộng các não thất và teo vỏ não, đặc biệt ở thuỳ trán và thuỳ thái dương. Nghiên cứu tử thi phát hiện thấy giảm mật độ và kích thước nơ ron ở vùng viền, thái dương và vùng trán. Điều này cũng kéo theo rối loạn các đường nối nơ ron. Hệ quả là nhiều chức năng tâm lí cũng bị ảnh hưởng như chú ý, trí nhớ và cảm xúc (hệ viền), lập kế hoạch và điều phối (thuỳ trán và trước trán), trí nhớ, âm thanh và ngôn ngữ (thuỳ thái dương). Trị liệu càng muộn thì kết thúc cũng càng muộn. Liberman và cs. (1990) lấy đó làm chỉ báo cho sự thoái hoá nơ ron là một quá trình tan rã tiến triển, làm giảm khả năng của cá nhân đáp ứng với các thuốc chống tâm thần. Trị liệu càng muộn, mức độ phá huỷ nơ ron càng lớn và càng khó khăn cho việc phục hồi hoàn toàn. Các nhà sinh học đã đưa ra một số nguyên nhân gây phá huỷ nơ ron. Những giả thuyết đó được trình bày trong phần tiếp theo.

Dư thừa dopamine

Nhằm mở rộng giả thuyết dopamine, Liberman và cs. (1990) cho rằng khởi nguồn pha đầu tiên của TTPL có thể là tăng hoạt hoá dopaminergic dẫn đến các triệu chứng dương tính. Tuy nhiên hoạt tính dopamine tiếp tục tăng quá mức thì lại dẫn đến thoái hoá các nơ ron trong hệ thống dopamine và dẫn đến hạ thấp quá mức hoạt tính dopamine, do vậy làm xuất hiện các triệu chứng âm tính.

Nhiễm virus

Có những bằng chứng chắc chắn cho thấy trẻ sinh vào mùa đông có nguy cơ mắc bệnh TTPL cao hơn so với mùa hè (Torrey và cs. 1997). Người ta cũng chưa rõ tại sao lại như vậy. Tuy nhiên phỏng đoán được nhiều người chấp nhận là tổn thương nơ ron do virus mà các bệnh do virus thường gặp trong mùa đông. Jones và Cannon (1998) cũng đưa ra những bằng chứng để chứng minh cho giả thuyết này. Các tác giả đã nhận thấy trong số những trẻ bị nhiễm vi virus, tỉ lệ xuất hiện TTPL sau này cao gấp 5 lần so với những người không bị nhiễm. Tương tự như vậy, Takei và cs. (1995) phát hiện ra rằng thai nhi nữ (chứ không phải nam) bị nhiễm virus cúm trong 5 tháng cuối thai kì có nguy cơ bị TTPL ở tuổi trưởng thành cao hơn so với những thai nhi không bị nhiễm. Tuy vậy những nghiên cứu trên diện rộng không hoàn toàn khẳng định các cứ liệu trên. Trong khi một số nghiên cứu nhận thấy nguy cơ mắc TTPL ở những người sinh gần vào những đợt dịch virus cao hơn so với những người khác thì những nghiên cứu khác lại không thấy như vậy (Battle và cs. 1999).

Mang thai và tai biến sản khoa

Mang thai và tai biến sản khoa cũng có thể gây ra những tổn thương vi thể của não và làm tăng nguy cơ mắc TTPL. Siêu phân tích 11 nghiên cứu về khía cạnh này, Geddes và cs. (1999) so sánh số liệu trên 700 trẻ, những người sau này bị TTPL, với 835 người nhóm chứng. Một số biến chứng sản khoa có liên quan với vấn đề này là: cân nặng, đẻ non, phải can thiệp hoặc nuôi trong lồng kính, thiếu oxy và vỡ ối sớm.

Stress của mẹ

Một số nghiên cứu cũng đề cập đến vai trò của stress của người mẹ trong sự phát triển TTPL. Van Os và Selten (1998) đã phát hiện ra rằng con của những phụ nữ chịu các cuộc ném bom trong chiến tranh thế giới lần thứ 2 khi họ đang mang thai thì có nguy cơ mắc TTPL cao hơn so với những người không bị. Tuy vậy việc lí giải những cứ liệu này cũng có những phức tạp nhất định bởi những tress mà phụ nữ phải chịu đựng chưa chắc đã phát ra do những yếu tố trên. Hơn nữa, nguyên nhân của bất kì mối quan hệ nào giữa stress của người mẹ với các rối loạn tiếp theo cũng đều chưa thể chứng minh được một cách rõ ràng. Nó có thể là gián tiếp, ảnh hưởng thông qua những thay đổi về nội tiết trong những lần bị stress, những thay đổi trong hành vi sức khoẻ như hút thuốc lá, uống rượu, biến chứng sản khoa hoặc do một cơ chế nào đó.

Lạm dụng chất

Như vậy chương này đã xác định được một số yếu tố, hoặc là làm tăng nguy cơ phát triển TTPL, hoặc là giải thích cho những thay đổi suy thoái mạn tính liên quan đến tình trạng bệnh. Tuy nhiên những yếu tố này cũng chưa thể được xem như là động lực trực tiếp đối với từng pha cụ thể.

Những động lực trực tiếp như vậy có thể là các yếu tố tâm lí (xem phần dưới). Tuy nhiên một yếu tố khác nữa cũng có thể, đó là hoá sinh.

Các chất kích thích có thể gây ra trạng thái loạn thần tạm thời và thúc đẩy sự thuyên giảm của một trạng thái loạn thần (Satel và Edell, 1991). Bằng chứng về sử dụng cần sa làm tăng nguy cơ TTPL đã được phát hiện trong một nghiên cứu kéo dài 15 năm của Andreasson và cs. (1987) trên 45.000 người Thuỵ Điển. Những người sử dụng cần sa ở tuổi 18 trở lên phải vào viện với chẩn đoán TTPL nhiều hơn những người không sử dụng. Hơn thế nữa, có sự liên quan giữa tần số sử dụng với nguy cơ bị TTPL: hút càng nhiều cần sa, nguy cơ mắc TTPL càng cao. Người ta cũng đã xác định được kênh hoá sinh mà thông qua đó cần sa có ảnh hưởng. Hoạt hoá cannabis (delta-9 tetrahydrocannabinol) làm tăng nồng độ dopamine não và có thể gây ra loạn thần. Giả thuyết được đưa ra là liệu những người sớm bị TTPL có thể dùng cần sa dưới dạng tự trị liệu để làm giảm nhẹ các triệu chứng âm tính hoặc trầm cảm (Peralta & Cuesta, 1992) và chính giả thuyết này đảo ngược mối quan hệ nhân quả.

Các yếu tố tâm lí xã hội

Tỉ lệ TTPL cao nhất là ở tầng lớp xã hội bên dưới. Enton và cs. (1989) đã tính toán rằng những cá nhân ở tầng lớp kinh tế xã hội thấp có nguy cơ bị TTPL cao gấp 3 lần so với nhóm cao nhất. Cứ liệu này có (ít nhất) 2 ý. Hoặc vị thế kinh tế xã hội là yếu tố nguy cơ xuất hiện TTPL và hoặc TTPL là yếu tố nguy cơ cho vị thế kinh tế- xã hội thấp: nguyên nhân hay là hậu quả xã hội (xem chương 1). Fox (1990) đã phân tích các tư liệu thu thập qua nhiều năm và những kết quả nghiên cứu khác đã được công bố và đi đến kết luận rằng không có bằng chứng nào khẳng định cho giả thuyết về hậu quả xã hội. Như vậy dường như vị thế kinh tế-xã hội thấp là nguyên nhân gây ra TTPL hơn là hậu quả của nó.

Một giải thích khác ủng hộ cho các cứ liệu trên. Vị thế kinh tế-xã hội thấp thường liên quan đến stress cao và nó có thể là động lực thúc đẩy sự xuất hiện của TTPL ở những cá nhân dễ bị tổn thương. Nhận định đó được sự ủng hộ của một nghiên cứu khác. Khoảng 24% pha TTPL xuất hiện sau những stress cấp trong đời sống (Tsuang và cs. 1986).

Stress kéo dài cũng làm tăng nguy cơ khởi phát lần đầu của TTPL. Gia đình cũng có thể là một tác nhân gây stress kéo dài. Một trong những lí thuyết ban đầu cho rằng mối quan hệ mẹ-con như là một trong những yếu tố nhạy cảm đối với TTPL. Đây chính là lí thuyết của một nhà phân tâm học Fromm – Reichman (1948). Theo tác giả, TTPL hầu như không có cơ hội xuất hiện khi mẹ là một người nhân hậu, hết mình vì con. Ngược lại cơ hội

này xuất hiện cao hơn ở những người mẹ độc đoán, lạnh lùng- những người được gọi là "bà mẹ phân liệt". Fromm – Reichman cho rằng những tín hiệu hỗn hợp mà người mẹ đưa ra càng làm nhiễu cho trẻ, khiến chúng rất khó tiếp nhận và lí giải thế giới và quá trình này dễ dàng dẫn đến sự hỗn loạn về hành vi và nhận thức. Bateson và cs. (1956) cũng đã từng đưa ra một lí thuyết tương tự. Lí thuyết "ràng buộc kép" của họ cho rằng một số cha mẹ thường đối xử với con cái một cách mâu thuẫn và rối nhiễu. Ví dụ họ có thể nói với con cái rằng họ rất yêu chúng nhưng với một giọng điệu ngược lại hoặc yêu cầu chúng làm những việc mâu thuẫn nhau như: "mẹ nghĩ rằng con cần phải đi chơi với bạn bè nhưng mẹ muốn con ở nhà với mẹ..". Những đòi hỏi mâu thuẫn thường xuyên như vậy có thể làm cho con cái rối trí, dễ tạo ra những stress và có thể dẫn đến TTPL. Cả 2 mô hình đều có tính logic nhất định, tuy nhiên chưa có nhiều bằng chứng để khẳng định chúng.

Một lí thuyết gia đình nữa đưa ra cách giải thích khác. Theo lí thuyết này, thành tố nhạy cảm nhất trong gia đình là mức độ phê phán của gia đình đối với những biểu hiện của cá nhân. Cũng theo mô hình này, sự thể hiện ở mức độ cao của các cảm xúc âm tính, sự thù địch, hoặc phê phán có thể châm ngòi cho sự tái phát ở những người đã có ít nhất một pha TTPL. Nghiên cứu cổ điển hiện tượng này được biết dưới cái tên thể hiện cảm xúc âm tính cao độ (high negative expressed emotion – NEE) do Vauglin và Leff (1976) thực hiện trên những người TTPL bị tái phát phải nhập viện ở Bệnh viện Maudsley vào những năm 1970. Kết quả của họ khá sửng sốt: những người được xuất viện và trở về nhà có NEE thấp thì tỉ lệ tái phát thấp hơn so với những người về nhà có NEE cao. Hiện tượng này còn liên quan đến thời lượng. Những người ở nhà dưới 35 giờ/tuần do còn đi làm hoặc đến trung tâm ban ngày thì tỉ lệ tái phát thấp hơn so với những người ở nhà trên 35 giờ/ tuần. Bằng chứng về các quá trình gia đình dẫn đến khởi phát ban đầu TTPL đối với những cá nhân dễ bị tổn thương đã được đưa ra trong nghiên cứu của Wahlberg và cs. (2000b) và được trình bày ở phần đầu chương.

Mô hình sinh-tâm lí học

Như vậy đã có những bằng chứng cho thấy có sự liên quan của dopamine, những tổn thương vi thể ở não và stress với căn bệnh TTPL. Tuy nhiên cái chưa làm được chính là giải thích bản chất của từng pha rối loạn hoặc các yếu tố tâm lí ảnh hưởng đến diễn biến của nó. Giả thuyết dopamine có thể mở rộng ra nhiều mối quan hệ giữa stress và TTPL khi có bằng chứng về việc nồng độ dopamine tăng lên khi động vật trong trạng thái stress (Walker & Diforio, 1997). Cũng bổ sung thêm rằng chuột nhạy cảm với dùng amphetamine kéo dài cho thấy có sự gia tăng hành vi và nồng độ dopamine trong trạng thái stress cao hơn so với nhóm đối chứng (Duncan và cs. 1999). Như vậy từ cứ liệu trên có thể đưa ra một mô hình về khả năng liên quan giữa stress với tính dễ bị tổn thương ở TTPL. Mô hình này có thể bao gồm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1- phát triển nơ ron rối loạn do di truyền, các yếu tố sản khoa hoặc thời kì thai nhi. Những vấn đề này là tiền đề cho các tổn thương tinh tế sớm các khía cạnh nhận thức, vận động và xã hội. Nó tạo ra khả năng dễ bị TTPL.
- Những thiếu hụt này có thể dẫn đến giai đoạn 2 xuất hiện ở lứa tuổi thanh thiếu niên và đầu tuổi trưởng thành. Vào thời kì này những trải nghiệm stress nhưng là thông thường dẫn đến tăng hoạt tính dopamine. Hậu quả nó làm rối loạn tổ chức nơ ron, hệ thống nơ ron dopaminergic trở nên nhạy cảm hơn đối với nồng độ dopamine hiện thời và phản ứng mạnh hơn đối với chúng dẫn đến các triệu chứng dương tính của TTPL.
- Nếu kéo dài hoặc tái xuất hiện, nồng độ dopamine cao có thể dẫn đến thoái hoá nơ ron và tiếp đến là rối loạn cấu trúc nơ ron, khởi phát các triệu chứng âm tính.

Như vậy cốt lõi của TTPL là rối loạn điều phối có thể là hậu quả của cả 2 loại yếu tố: yếu tố sinh học làm tăng khả năng tổn thương và có thể đóng góp vào việc mạn tính và các yếu tố stress châm ngòi cho sự khởi bệnh. Thậm chí mô hình tâm- sinh- xã hội dưới con mắt của một số nhà phê bình là quá sinh học .Ví dụ, Johnstone (2000) cho rằng chưa có một cơ sở nền tảng nào cho bất kì một trụ cột sinh học đối với TTPL hoặc các thành tố của nó. Họ vẫn cảm thấy rằng chưa cần phải kết hợp các yếu tố sinh học với tâm lí và thiên về một mô hình tâm lí-xã hội hơn là mô hình sinh- tâm- xã hội.

Mô hình tâm lí

Những mô hình tâm lí thường đưa ra cách hiểu khác nhau về TTPL. Thay vì đi xác định các yếu tố châm ngòi cho các "pha" TTPL họ lại tìm cách giải thích quá trình đứng đằng sau của mỗi thể khác nhau. Họ lựa chọn cách tiếp cận chiều hướng để hiểu những trải nghiệm của người được chẩn đoán TTPL (xem chương 1), bởi theo cách lí giải của họ, những trải nghiệm của các cá nhân này chỉ là nằm ở phía cách xa so với "bình thường" hơn là khác với bình thường. Những quá trình nhận thức của các cá nhân này cũng được xem giống như mọi người, chỉ có điều khác về nội dung mà thôi.

Một trong cách tiếp cận tâm lí học là coi những quá trình nhận thức đứng đằng sau hành vi là có liên quan đến TTPL:

- thiếu hụt trí nhớ là do không có khả năng liên kết các yếu tố, sự kiện riêng rẽ thành một khối, một tổng thể dễ nhớ
- "ảo giác" tiếng nói có thể khởi nguồn từ những dị thường trong tri giác ngôn ngữ và cơ chế tự vệ chống lại hiện thực của những trí nhớ gây chấn thương
- rối loạn tư duy thể hiện sự thiếu hụt chuyên biệt về quá trình xử lí ý nghĩa, xuất hiện từ những mối liên tưởng khác thường trong một hệ thống ngữ nghĩa
- các triệu chứng âm tính liên quan đến những thiếu hụt về trí tuệ, chức năng điều phối, trí nhớ và chú ý.

MÔ HÌNH NHẬN THỨC VỀ HOANG TƯỞNG

Mô hình nhận thức về hoang tưởng do Bentall và cs. đưa ra dựa trên cách tiếp cận tâm lí học nhằm giải thích cho số phận của các cá nhân được chẩn đoán là TTPL. Có thể thấy điều dễ hiểu nhất trong hoang tưởng của những người TTPL là sự khác biệt về chất lượng so với niềm tin của những người "thông thường". Ví dụ Berrios (1991) cho rằng hoang tưởng là một "cử động ngôn ngữ trống rỗng", không ám chỉ đến thế giới cũng chẳng về bản thân: nó không phải là biểu tượng của một cái gì cả. Ngược lại, những nhà lâm sàng, ví dụ như Bentall (Bentall và cs. 2001) cho rằng hoang tưởng chỉ nằm ở đầu mút của một dải phân bố các dạng tư duy, trải ra từ "người thông thường" cho đến những trường hợp kì lạ và không thể, song tất cả đều chỉ là sản phẩm cuối cùng của những quá trình nhận thức tương tự nhau. Nhận thức, bao gồm cả hoang tưởng, được xem như là sự lí giải các sự kiện, nó có thể là những nỗ lực hợp lí nhằm tạo ra cảm xúc khác thường. Khi nội dung tư duy có thể vượt ra ngoài cái thông thường thì cũng không còn quá trình tâm lí làm nền tảng.

Bentall và các cs. tập trung vào giải thích một trong những dạng hoang tưởng bị hại. Nghiên cứu của họ cho thấy những người có hoang tưởng dạng này cũng có những rối loạn nhận thức chung cho nhiều rối loạn khác. Một ví dụ nữa, Bentall và cs. (2001) phát hiện ra rằng trong các câu chuyện – một phần của trắc nghiệm trí nhớ- những người có hoang tưởng bị theo dõi thường tái hiện những chủ đề mang tính đe doạ nhiều hơn so với người bị trầm cảm và nhóm người đối chứng (người tự nguyện, không có vấn đề về SKTT). Họ lấy đó làm chỉ số cho sự trở ngại chung khi lí giải các sự kiện.

Mô hình hoang tưởng bị hại của các tác giả (Bentall và cs. 2001) đã phác hoạ quan niệm nhân văn về cái tôi lí tưởng và cái tôi hiện thực. Họ cho rằng nhiều người bị TTPL có quan niệm về cái tôi rất nghèo nàn, sự khác biệt rất đáng kể giữa cái tôi lí tưởng và cái tôi hiện thực. Đó chính là cái họ thấy họ như thế nào và muốn là người như thế nào. Sự không nhất quán đó có thể được củng cố bởi sự thiên lệch về chú ý và qui kết, cụ thể, họ xem những sự kiện hoặc kết cục âm tính như là do hạn chế của cá nhân. Ý thức được sự không nhất quán của cái tôi lí tưởng và cái tôi hiện thực có thể dẫn đến trầm cảm. Hoang tưởng bị hại cũng có thể xuất hiện như là hệ quả của cuộc đấu tranh nhằm làm giảm thiểu sự không nhất quán đó. Theo Bentall và cs. khi có một sự kiện âm tính nào đó làm quấy động sự chênh lệch giữa cái tôi lí tưởng và cái tôi hiện thực, cá nhân cố làm giảm thiểu sự chênh lệch đó bằng cách chuyển quy kết sang cái khác- một dạng tự vệ tâm lí thường thấy: "Tôi nghĩ rằng tôi ổn, cho dù người khác không nghĩ như vậy". Ý nghĩ cho rằng người khác hiểu không đúng về mình làm cho cá nhân đỡ bị stress hơn là chấp nhận cảm giác về sự kém cỏi của bản thân. Tiếp đó, Bentall và cs. cho rằng có thể giải thích bản chất của TTPL trong mỗi gia đình bằng mô hình này bởi các cách quy kết có thể học được từ những thành viên khác của gia đình và sự phê phán của cha mẹ có thể càng làm tăng lên sự không nhất quán giữa cái tôi lí tưởng và cái tôi hiện thực, dẫn đến tái phát TTPL.

MÔ HÌNH SANG CHẤN CỦA ẢO GIÁC

Mô hình của Romme và Escher (1989) xem ảo giác như là đáp ứng bình thường đối với các sự kiện gây chấn thương, cụ thể là sự cưỡng đoạt và hành hạ về cơ thể và tình dục. Họ cho rằng chức năng của họ là hướng chú ý vào các chấn thương cảm xúc cần được giải quyết và đưa ra cách phòng vệ chống lại sự đảo pha cảm xúc liên quan đến trí nhớ bằng cách chuyển những cái đó vào một nhân vật thứ 3. Đây được xem như là một dạng cắt đứt liên tưởng giống như quá trình xử lí trí nhớ các sự kiện liên quan đến chấn thương được bàn ở chương 9.

Do vậy mục đích của trị liệu là giúp thân chủ phát triển những chiến lược hiểu và lí giải những giọng nói mà họ đang nghe chứ không giúp họ loại trừ chúng.

MÔ HÌNH ĐỐI PHÓ

Đây là cách tiếp cận cuối cùng về trải nghiệm của những người được chẩn đoán TTPL. Theo mô hình này, TTPL chỉ là điểm cuối cùng của một chuỗi những chiến lược nghèo nàn đối phó với stress. Phân tích "các dấu hiệu sớm" trước khi khởi phát như DSM gọi là pha TTPL, thường thấy xuất hiện những đặc điểm hành vi như: xa lánh bạn bè và gia đình, hay ở một mình trong phòng nhiều hơn, mất ngủ dẫn đến mệt mỏi, suy nhược, bỏ trễ sắp xếp công việc trong ngày và có thể bắt đầu dùng thuốc để làm giảm rối loạn stress hoặc khí sắc trầm (xem hộp 6.1). Trạng thái này cũng không khác trạng thái ức chế giác quan gây ra hoang tưởng hoặc ảo giác ở hầu hết mọi người.

Hộp 6.1. Những dấu hiệu sớm của tái phát

Birchwood và cs. (2000) đã đề nghị thân chủ đánh dấu vào tờ phiếu "những dấu hiệu sớm". Đó là những dấu hiệu mà họ cảm nhận được vào các thời điểm khác nhau của quá trình tái phát. Một số khác được đề nghị xác định qua thảo luận. Dưới đây là một số dấu hiệu sớm được xác định bởi những người sử dụng cách tiếp cận này. Các dấu hiệu được sắp xếp theo thứ tự trong vòng vài tháng trước khi "tái phát" rõ ràng:

Sean

. buổi sáng dậy muộn

. ít tiếp xúc với mọi người- hay ở nhà

. mất hứng thú âm nhạc

. lo âu

. hút thuốc và hay uống rượu bia hơn

. paranoia- nghĩ rằng mình bị đầu độc

. trầm cảm

. ăn uống thất thường

. không cạo râu

. xả rác quanh nhà- không dọn dẹp

. sợ hãi

. suy nhược tâm thần - ảo giác ngoại vi lúc loé sáng, lúc tối.

Tony

. lạm dụng ma tuý và rượu

. nói dối mọi người

. thù địch với mọi người

. mất ngủ

. tâm trạng thất thường

. thích ăn uống

. mệt mỏi và ngủ li bì

. thờ ơ với bạn bè và gia đình

. kêu khóc

. ý nghĩ dồn dập

. có những hành vi hung dữ, tức giận với cha mẹ

. hút cần sa trong giờ làm việc

. khó tách biệt được giữa ý nghĩ và hiện thực

. tắm gội trong giờ làm việc – hay dùng lời lăng mạ, sỉ nhục

. thiếu tập trung.

Khuôn mẫu nổi bật

Khuôn mẫu nổi bật so với những người khác là: ở những người được chẩn đoán TTPL khi phải đối mặt với một stress đời sống cụ thể thì thu mình, trở nên rất mệt mỏi, bỏ trễ sắp xếp công việc trong ngày và có thể dùng thuốc để làm giảm nhẹ những bất an. Trạng thái này không khác nhiều so với trạng thái ức chế giác quan, như đã biết, thường gây ra hoang tưởng và ảo giác. Do vậy có thể cho rằng trải nghiệm của những người được chẩn đoán là TTPL cũng không khác nhiều so với trải nghiệm của những người khác. Sự "tái phát" dường như là kết cục khó tính của một chuỗi các hành vi đối phó không phù hợp và đặt họ vào nguy cơ có trải nghiệm khác thường chứ không phải là một sự xuất hiện một "rối loạn"khác biệt so với trải nghiệm của những người khác.

Điều trị tâm thần phân liệt

Thuốc chống tâm thần

Hầu hết những người được chẩn đoán TTPL đều đã được dùng một loại thuốc nào đó mặc dù liều lượng có thể được giảm hoặc thậm chí được uống trong thời kì ổn định. Chlopromazin, haloperidol và clozapine là 3 loại thuốc được dùng nhiều nhất (xem chương 3). Tác dụng lớn nhất của chúng là yên tĩnh. Chúng cũng còn có tác dụng trực tiếp đến ảo giác và hoang tưởng, mặc dù hiệu quả của chúng cũng rất khác nhau đối với các cá nhân khác nhau. Clopromazine và haloperidol được xem là chỉ có tác dụng đối với các triệu chứng dương tính của TTPL: clozapine là một loại thuốc mới, có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng âm tính ngay cả khi các dạng khác không có hiệu quả. Các thuốc chống tâm

thần có hiệu quả đối với người bị TTPL trong thời kì điều trị nội trú trung bình dưới 15 ngày, trong khi trước đây phải hàng tháng, hàng năm, hoặc suốt đời. Mặc dù thuốc chống tâm thần có thể là yếu tố bảo vệ quan trọng chống tái phát song tỉ lệ tái phát vẫn chiếm khoảng 40% trong 1 năm sau điều trị lần đầu và 15% trong những năm tiếp theo (Sarti & Cournos, 1990). Nhìn chung, chúng chỉ có tác dụng trì hoãn hơn là ngăn ngừa tái phát.

Việc sử dụng thuốc chống tâm thần không phải là không có vấn đề. Chúng có những tác dụng phụ khác nhau và thường dẫn đến việc những người dùng thuốc luôn tìm cách giảm liều hoặc bỏ thuốc. Ví dụ, tác dụng phụ của clopromazine bao gồm khô miệng và họng, buồn ngủ, rối loạn thị giác, tăng hoặc giảm cân, da nhạy cảm với ánh sáng mặt trời, táo bón và trầm cảm. Tuy nhiên vấn đề đáng kể nhất lại là các triệu chứng ngoại tháp. Những triệu chứng này bao gồm các triệu chứng parkinson, rối loạn vận động muộn (xem chương 3). Khoảng 1/4 số người dùng neuroleptic kéo dài hoặc rất dài là có những triệu chứng này. Điều trị bằng clozapine thì không có nguy cơ bị các triệu chứng trên. Tuy nhiên những người dùng nó lại có nguy cơ bị bệnh bạch cầu hạt và dễ dẫn đến tổn thương đáng kể hệ thống miễn dịch.

Chưa đến 25% số người sống ở cộng đồng tuân thủ chế độ dùng thuốc (Douohue và cs, 2001). Điều này dường như không liên quan đến các biến số xã hội- dân số, mức độ nặng của rối loạn, hoặc thậm chí mở rộng ra cả những người có các hội chứng ngoại tháp. Ngược lại, việc tuân thủ kém lại có liên quan đến thái độ đối với thuốc, kì vọng vào hiệu quả của thuốc, sự ủng hộ xã hội và chất lượng liên kết điều trị (Douohue và cs. 2001). Nhớ kém cũng có thể góp phần vào tuân thủ kém.

Các chiến lược nhằm nâng cao tính tự giác chấp hành chế độ dùng thuốc bao gồm: giáo dục, phát triển chất lượng liên kết điều trị, trợ giúp cho những người trí nhớ kém. Thuốc tiêm tác dụng chậm cũng có thể có lợi. Một trong những chiến lược mới giáo dục người dân dùng thuốc đó là phỏng vấn động cơ (Miller và Rollnica, 2002). Cách tiếp cận trung hoà này không đặt ra những nỗ lực phải thuyết phục dùng thuốc. Ngược lại nó động viên thân chủ lựa chọn dùng hay không dùng thuốc sau khi đã thăm dò về giá cả và lợi ích dùng thuốc. Quá trình này tạo cho thân chủ khả năng kiểm soát ở mức độ nhất định, cải thiện liên kết trị liệu bởi nhà trị liệu không còn được xem như là người ra lệnh. Bên cạnh đó nó cũng còn tạo cơ hội xác định và điều chỉnh những những hiểu biết sai lầm về thuốc. Như vậy có thể nói nó có hiệu quả hơn trong việc động viên thân chủ hơn là ép buộc họ uống thuốc (Coffey, 1999)

GIẢM THIỂU LIỀU: NHỮNG DẤU HIỆU SỚM

Những hậu quả về mặt tâm lí và cơ thể do việc dùng thuốc kéo dài đã thúc đẩy các nhà lâm sàng tìm kiếm những phương pháp mới để có thể giảm thiểu liều thuốc. Một cách tiếp cận là xác định "những dấu hiệu sớm" dựa trên cơ sở là có nhiều người TTPL và gia đình của họ có thể phát hiện được những thay đổi tình thế trong hành vi và cảm xúc trước

khi tái phát (xem hộp 6.1). Herz & Welville (1980) cho thấy 70% số người bị TTPL và 93% số gia đình của họ nhận biết được những thay đổi như vậy. Những thay đổi này thường xuất hiện theo một trật tự đều đặn và có thể dự đoán được. Sự tiến triển của nó thường diễn ra trong cùng một tháng, cá biệt có trường hợp kéo dài hàng năm, trước khi nó có những vấn đề nghiêm trọng hơn. Cách tiếp cận "những dấu hiệu sớm" cho rằng khi cá nhân cảm thấy thoải mái, có thể được giảm liều thậm chí có thể ngừng thuốc hoàn toàn. Khi họ nhận thấy có những thay đổi chỉ báo về nguy cơ tái phát, họ cần phải được trợ giúp (thường theo chương trình chăm sóc đã được định trước), và được dùng thuốc tăng liều kết hợp với / hoặc trị liệu tâm lí để ngăn ngừa tái phát (Birchwood và cs. 2000).

Cách tiếp cận này cũng có thể có hiệu quả. Ví dụ Gaebel và cs. (2002) đã so sánh kết quả ở 363 người bị TTPL được can thiệp theo "những dấu hiệu sớm" hoặc dùng thuốc kéo dài sau pha khởi phát hoặc các pha tái phát. Những người được can thiệp theo "những dấu hiệu sớm" dùng ít hơn nhóm kia trên 2 năm dùng thuốc. Mặc dù vậy có dựa theo các tiêu chí về tâm bệnh, thích ứng xã hội và trạng thái thoải mái chủ quan thì hiệu quả không có sự khác biệt.

ECT

Trước đây ECT là cách điều trị chủ công đối với TTPL và cũng có kết quả nhất định. Qua siêu phân tích, Tharyan (2002) đi đến kết luận rằng khoảng một nửa số người được điều trị ECT có sự cải thiện chức năng chung khi so sánh với những người dùng placebo. Tuy nhiên, hiệu quả không kéo dài. Hơn thế nữa ECT ít hiệu quả hơn các thuốc chống tâm thần. Kết hợp cả thuốc chống tâm thần với ECT cũng chỉ có tác dụng trong thời gian ngắn và cũng chỉ với khoảng 1/5 đến 1/6 số thân chủ. Vì những lí do đó hiện nay người ta hạn chế dùng ECT đồng thời tăng cường trị liệu bằng thuốc và tâm lí -xã hội.

Các cách tiếp cận tâm lí

CÁC CÁCH TIẾP CẬN PHÂN TÍCH TÂM LÍ

Một trong những dạng trị liệu tâm lí – xã hội đầu tiên đối với TTPL là của Harry Stack Sullivan vào đầu thế kỉ 20. Sullivan (1953) cho rằng TTPL chính là những khó khăn trong cuộc sống ngày càng tăng lên do những vấn đề trong các mối qun hệ cá nhân và xã hội. Cái gọi là "suy đồi nhân cách" chỉ là sự kéo dài của những bất mãn cá nhân thuở nhỏ. Tiếp cận trị liệu của ông bao gồm thăm khám khảo sát tiền sử cá nhân và nguồn gốc hậu quả của những mẫu quan hệ lên nhân cách kém thích ứng, tư liệu về mối quan hệ với bác sĩ của họ trong đời sống hàng ngày. Những khó khăn nổi bật thường là: nghi ngờ người khác, tính hai chiều trong các quan hệ, lúc thì mong chờ, lúc lại khiếp sợ gặp gỡ với những người có quan hệ gần gũi. Việc giải quyết mâu thuẫn này có thể thông qua trị liệu tâm lí. Quá trình trị liệu nhằm cải thiện tình trạng loạn thần giúp người bệnh vững vàng, trưởng thành hơn. Sullivan cho rằng trị liệu tâm lí là rất quan trọng, đồng thời cổ vũ cho trị liệu tâm lí đối

với người bệnh TTPL. Tuy nhiên tiếp cận của ông kém hiệu quả so với trị liệu hỗ trợ và đến nay, cách trị liệu của Sullivan hầu như không có ai sử dụng.

CAN THIỆP GIA ĐÌNH

Do nhận thức được rằng mức độ NEE cao sẽ góp phần thúc đẩy sự tái phát của TTPL nên đã có nhiều nghiên cứu tập trung vào can thiệp gia đình nhằm giảm nhẹ NEE. Một trong những nghiên cứu sớm về lĩnh vực này là của Leff & Vauglin (1985). Các tác giả khảo sát ngẫu nhiên những người bị TTPL có ít nhất 35 giờ/ tuần phải tiếp xúc với những thành viên khác trong gia đình có NEE cao và đưa ra những biện pháp can thiệp hoặc theo điều kiện thông thường. Can thiệp bao gồm chương trình tâm lí- giáo dục tập trung vào những phương pháp làm giảm NEE trong nhà, sự hỗ trợ của gia đình và cơ hội cho trị liệu gia đình. Chương trình này đạt kết quả cao. 9 tháng sau trị liệu, chỉ có 8% trong số những người tham gia nhóm trị liệu bị tái phát so với 50% ở nhóm đối chứng. Sau 2 năm, tỉ lệ tái phát ở nhóm trị liệu là 40% còn ở nhóm chứng là 78%.

Falloon và cs. (1982) cũng có tiếp cận trị liệu tương tự. Chương trình can thiệp bao gồm giáo dục về vai trò của stress gia đình trong việc châm ngòi cho các pha TTPL và làm việc với gia đình để phát triển kĩ năng giải quyết những vấn đề gia đình. Kết quả của họ cũng rất ấn tượng. Sau 9 tháng, chỉ có 5% người bị TTPL trong những gia đình tham gia trị liệu bị tái phát, so với 44% theo cách trị liệu bằng cách thông thường. Sau 2 năm, tỉ lệ tái phát ở nhóm nghiên cứu là 16% còn ở nhóm đối chứng là 83%. Trên cơ sở này và những cứ liệu khác, Pharoah và cs. (2000) đi đến kết luận rằng sự can thiệp gia đình làm giảm nguy cơ tái phát xuống một nửa so với cách trị liệu bằng thuốc. Họ cũng lưu ý rằng can thiệp gia đình còn làm giảm tần số nhập viện, thời gian điều trị nội trú và cải thiện tinh thần tự giác uống thuốc.

TRỊ LIỆU HÀNH VI NHẬN THỨC

Có hai dạng trị liệu hành vi nhận thức đang ngày càng được sử dụng nhiều đối với những người bị TTPL. Dạng thứ nhất là quản trị stress bao gồm làm việc với từng cá nhân để giúp họ đối phó với stress liên quan đến những trải nghiệm loạn thần. Dạng thứ hai được biết đến dưới tên gọi thay đổi niềm tin bao gồm những nỗ lực nhằm thay đổi niềm tin hoang tưởng của cá nhân.

Quản trị stress

Các cách tiếp cận quản trị stress bao gồm đánh giá chi tiết những vấn đề và những trải nghiệm của cá nhân, những yếu tố châm ngòi và hậu quả và những chiến lược mà họ có thể sử dụng để đối phó. Khi những vấn đề được xác định, nhà trị liệu và thân chủ làm việc cùng nhau để phát triển những chiến lược đối phó chuyên biệt để giúp thân chủ có thể đối phó một cách có hiệu quả hơn. Những chiến lược tiềm tàng bao gồm các kĩ thuật nhận thức

dạng như làm sao nhãng ý nghĩ sai lầm hoặc nghi ngờ những ý nghĩa của nó, tăng hoặc giảm các hoạt động xã hội như là một cách để tách khỏi những ý nghĩ sai lầm hoặc khí sắc trầm và sử dụng các kĩ thuật thở hoặc thư giãn (xem chương 2).

Trong một nghiên cứu kéo dài theo cách tiếp cận này, Tarrier và cs. (2000) đã khảo sát một cách ngẫu nhiên những người bị TTPL dùng thuốc hoặc kết hợp với quản trị stress hoặc tư vấn hỗ trợ. Can thiệp quản trị stress bao gồm 10 buổi trong 10 tuần và sau đó có 4 buổi củng cố sau 1 năm. Đến cuối đợt trị liệu thứ nhất, những người được can thiệp đã có sự cải thiện rất lớn so với những người ở nhóm tư vấn hỗ trợ. Trong khi đó những người ở nhóm chỉ dùng thuốc lại có chiều hướng xấu đi. 1/3 số người trong nhóm quản trị stress dã giảm được 50% những trải nghiệm loạn thần. Tỉ lệ này ở nhóm tư vấn hỗ trợ chỉ là 15%. 15% số người nhóm quản trị stress và 7% ở nhóm tư vấn hỗ trợ hết các triệu chứng dương tính. Ở nhóm chỉ dùng thuốc, không có ai đạt được chỉ tiêu này. Sau một năm, vẫn có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm. Sau 2 năm, nhóm chỉ dùng thuốc đã có những vấn đề nghiêm trọng hơn so với những nhóm trị liệu tích cực còn giữa nhóm quản trị stress và tư vấn hỗ trợ không có sự khác biệt.

Thay đổi niềm tin

Thay đổi niềm tin bao gồm sử dụng 2 dạng can thiệp nhận thức, dùng lời và thực hiện những hành vi dự kiến để đối phó với niềm tin hoang tưởng và/hoặc ảo giác. Phương thức dùng lời giúp cá nhân nhìn nhận hoang tưởng như là một trong những cái có thể. Không nên nói với thân chủ rằng niềm tin của họ là sai lầm, tuy nhiên có thể yêu cầu họ chú ý đến cách nhìn khác mà nhà trị liệu đưa ra. Những khả năng mới có thể được kiểm tra trong "thế giới hiện thực". Một quá trình tương tự khác cũng được sử dụng để đối mặt với ảo giác bằng cách tập trung niềm tin của người bệnh vào sức mạnh của họ, xác định và quyết tâm. Làm thử hành vi dự kiến bằng cách đối mặt với các ý nghĩ một cách trực tiếp hơn bằng những hành vi cụ thể.

Do không tán thành với cách tiếp cận như vậy số nghiên cứu nhằm đánh giá sự can thiệp dạng này cũng không nhiều. Tuy nhiên Jones và cs. (2000) cũng đã có một siêu phân tích những kết quả của 4 nhóm thử nghiệm ngẫu nhiên và cho thấy có sự thuyên giảm cả về tần số và ảnh hưởng của ảo giác. Hơn thế nữa, khi mà sức thuyết phục của hoang tưởng đã bị giảm đi thì các rối loạn stress liên quan cũng giảm. Về tổng thể, trong số những người được dạy cách đối phó với hoang tưởng hoặc ảo giác thì tỉ lệ tái phát chỉ bằng một nửa so với người không được dạy.

Jones và cs. (2000) đã phân tích sâu 3 nghiên cứu về can thiệp chuyên biệt. Một trong số đó là nghiên cứu của Haddock và cs. (1998) so sánh tiếp cận nhận thức bằng cách nghi ngờ nội dung của ảo thanh với tiếp cận nhận thức bằng cách né tránh ảo giác. Cả 2 đều có hiệu quả trong một thời gian ngắn, giảm tần số ảo giác và hạn chế ảnh hưởng của nó đến đời sống thường ngày. Tuy nhiên những người được dạy cách nghi ngờ nội dung và bản

chất của ảo giác cho biết họ tin tưởng vững chắc hơn so với nhóm né tránh rằng tiếng nói chính là những suy nghĩ của họ.

Drury và cs. (2000) cũng có một nghiên cứu can thiệp đa dạng. Sự can thiệp bao gồm cả trị liệu nhận thức cá nhân và trị liệu nhận thức nhóm. Những người tham dự được học cách đối phó với hoang tưởng và ảo giác. Bên cạnh đó họ còn tham gia vào một phần trong chương trình giáo dục tâm lí gia đình kéo dài 6 tháng và chương trình hoạt động nhóm luyện tập các kĩ năng cuộc sống. Kết quả của những can thiệp này được so sánh với những người tham gia vào các chương trình như thể thao, giải trí và các nhóm xã hội. Kết quả của các can thiệp trong thời gian ngắn và vừa là khá ấn tượng. Những người tham gia vào nhóm trị liệu hồi phục nhanh hơn. Sau 9 tháng, 56% ở nhóm đối chứng vẫn còn những vấn đề vừa và nặng, trong khi đó, tỉ lệ này ở nhóm can thiệp là 5%. Tuy nhiên sau 5 năm thì không còn sự khác biệt. Như vậy, để có được kết quả lâu dài có lẽ cần phải có sự can thiệp củng cố.

Tóm tắt chương

1. TTPL là một trong những RLSKTT nặng.
2. DSM chia làm 4 thể: thanh xuân, paranoid, căng trương lực và di chứng.
3. Hệ thống phân loại khác chia làm 2 nhóm triệu chứng. Các triệu chứng dương tính bao gồm ảo giác, hoang tưởng và rối loạn tư duy. Các triệu chứng âm tính là những triệu chứng liên quan đến sự thiếu hụt chung của động lực.
4. Những tranh luận về bản chất của TTPL dẫn đến không một quan niệm nào đủ độ hiệu lực. Ngược lại, một số quan điểm cho rằng có sự khác nhau đáng kể về trải nghiệm của những người được chẩn đoán là tâm thần phân liệt và nên xem xét chúng thành những yếu tố riêng rẽ tách biệt.
5. Không có một "nguyên nhân" riêng biệt nào cho TTPL, mặc dù có một yếu tố liên quan gồm di truyền, stress gia đình và xã hội.
6. Cơ sở sinh học của TTPL là rối loạn hệ thống dopamine và thoái hoá nơ ron, một phần là hậu quả của các yếu tố sản khoa, một phần là do dư thừa dopamine.
7. Những mô hình tâm lí đưa ra cách tiếp cận chiều hướng của rối loạn và tìm cách nhận diện những quá trình tâm lí tham gia vào những trải nghiệm của các cá nhân được chẩn đoán là TTPL. Họ không đi xác định xem cái gì đã châm ngòi cho trạng thái này, trạng thái mà cá nhân khác cơ bản so với bình thường.
8. Thuốc dùng để trị liệu thường được dùng là phenothiazines dạng như clopromazine và các thuốc mới bao gồm clozapine. Tuy nhiên những thuốc này dường như chỉ làm trì hoãn chứ không ngăn cản được sự xuất hiện của những vấn đề tiếp theo.
9. Do thuốc có những tác dụng phụ nên người ta đã tìm kiếm những chiến lược mới bao gồm giảm liều, chiến lược ngăn ngừa tái phát "những dấu hiệu sớm".

10. Điều trị bằng thuốc có thể được phát huy hiệu quả thông qua trị liệu gia đình, cụ thể ở những người sống trong môi trường NEE cao.
11. Các kĩ thuật nhận thức mới cũng có thể có giá trị, mặc dù hiệu quả lâu dài của nó cần phải được đánh giá.

Câu hỏi thảo luận

1. Liệu chẩn đoán TTPL là một chẩn đoán có độ hiệu lực?
2. Những người TTPL có nhất thiết phải được tư vấn về di truyền hay không khi lập gia đình.
3. Trị liệu gia đình hay nhận thức đã phải là lựa chọn hàng đầu cho TTPL và chỉ dùng thuốc khi trị liệu đó không có tác dụng?

Chương 7

RỐI LOẠN LO ÂU

Lo lắng cũng là một cảm xúc hữu ích. Không có nó, dường như chúng ta sẽ liều lĩnh hơn và có thể có những hành động nguy hiểm gây hại cho bản thân, thậm chí dẫn tới cái chết. Do vậy, nó có ý nghĩa vô cùng to lớn không chỉ với mỗi cá nhân nói riêng mà cả loài người nói chung. Tuy nhiên, khi các cá nhân lo lắng nhiều tới mức bất hợp lí thì nó sẽ trở thành vấn đề đáng ngại, cản trở cá nhân phản ứng với các mối đe dọa của môi trường và làm cá nhân thấy rất khó khăn mỗi khi phải trải nghiệm nó. Các rối loạn lo âu nằm ở điểm cực trị trên biểu đồ phân bố lo âu trong cộng đồng. Chúng được nêu ở mục nhiễu tâm và các rối loạn liên quan đến stress trong DSM. Chương này sẽ tập trung nghiên cứu 3 chẩn đoán trong nhóm, đó là: rối loạn lo âu lan toả, rối loạn hoảng sợ và rối loạn ám ảnh cưỡng bức. Mỗi loại là một dạng phản ứng khác nhau với các nguyên nhân rối loạn cụ thể hoặc không rõ ràng. Cuối chương này, bạn sẽ có được những kiến thức về:

- Bản chất và nguyên nhân của mỗi loại rối loạn từ khía cạnh lí thuyết
- Các cách trị liệu với mỗi loại rối loạn
- Hiệu quả của những cách trị liệu này.

Rối loạn lo âu lan toả

DSM-IV-TR (APA 2000) định nghĩa rối loạn lo âu lan toả (GAD – Generalized anxiety disorder) là sự lo âu hay phiền muộn quá mức và kéo dài liên tục, xuất hiện ngày càng nhiều trong một khoảng thời gian ít nhất là 6 tháng. Thêm vào đó:

1. Cá nhân thấy khó có thể kiểm soát được nỗi lo của mình.
2. Sự lo âu, lo lắng thường đi kèm với ít nhất 3 trong số các triệu chứng sau đây:
   - không nghỉ ngơi được hoặc cảm thấy nặng trĩu trong lòng hay cảm giác như mình đang đứng bên bờ vực thẳm
   - dễ bị mệt mỏi
   - khó có thể tập trung hoặc thấy đầu óc trống rỗng
   - cảm giác khó chịu
   - tăng trương lực cơ
   - xáo trộn giấc ngủ.
3. Lo âu, lo lắng hoặc những triệu chứng của cơ thể gây nên tình trạng kiệt sức hay suy yếu nghiêm trọng.

Nỗi lo của những người bị GAD thường liên quan đến những vấn đề của đời sống thường nhật hoặc những vấn đề không mấy quan trọng mà họ có thể nhận thức được song

rất khó có thể kiểm soát nó. Theo Jenkins và cs. (1997), ở bất kỳ thời điểm nào, khoảng 3-4% dân số có những biểu hiện lo âu với các mức độ khác nhau có thể chẩn đoán là GAD, với tỉ lệ nữ gấp 2 lần nam. GAD thường khởi phát ở tuổi trẻ em hay thanh thiếu niên. Khi đã xuất hiện, nó có xu hướng trở thành rối loạn mạn tính: có tới 80% người bị GAD luôn mang nặng nỗi âu lo, phiền muộn của mình suốt đời (Bulter và cs., 1991).

Nguyên nhân rối loạn lo âu lan tỏa

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Tác động của gen di truyền đối với nguy cơ phát triển GAD gần như là không có. Chẳng hạn như Hettema và cs. (2001b) đã ghi nhận được thời gian tiến triển của GAD qua phỏng vấn 3100 cặp sinh đôi. Tỉ lệ cùng bị mắc giữa các cặp sinh đôi tương đối thấp, do đó có thể ước tính khả năng di truyền GAD ở cả 2 giới là khoảng 15- 20%. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy không có sự khác biệt nào trong tỉ lệ cùng bị mắc giữa cặp sinh đôi cùng trứng và sinh đôi khác trứng. Tuy nhiên, siêu phân tích của Hettema và cs. (2001a) đưa ra hệ số di truyền là 0.32 cho thấy yếu tố gen di truyền cũng có tác động tới nguy cơ bị GAD.

CƠ CHẾ SINH HỌC

Lo âu mạn tính xuất hiện cùng với sự hoạt động quá mức của não, trong đó bao gồm cả hệ thống vách ngăn hồi cá ngựa (septohippocampal system) và vòng Papez (xem chương 3). Gray (1983) đã gọi đó là "hệ thống ức chế hành vi", bởi vì sự hoạt động của những vòng liên kết não này làm gián đoạn các hành vi đang xảy ra, đồng thời hướng chú ý về những dấu hiệu của sự nguy hiểm. Theo Gray, "hệ thống ức chế hành vi" hoạt động theo cơ chế: trước hết, nó nhận thông tin của môi trường từ phần cảm giác trên vỏ não; sau đó, kiểm tra lại thông tin dựa trên sự so sánh với những thay đổi sắp diễn ra theo dự đoán của nó. Khi thấy không tương ứng, hệ thống sẽ được kích hoạt và chủ thể sẽ phải trải nghiệm một tâm trạng lo lắng.

Trong GAD, tiêu chuẩn cho mỗi sự không tương ứng như vậy bị "đặt" quá thấp, dẫn đến cá nhân sẽ liên tục phản ứng với nhận thức sai lệch và hệ thống phải hoạt động thường xuyên. Hệ thống này dường như được nối bởi norepinephrine và serotonin, đồng thời nó cũng được nối tới hệ thần kinh giao cảm qua hạnh nhân (amygdala) và vùng dưới đồi (xem chương 3). Theo đó, khi hoạt động, nó có thể tạo ra và duy trì sự thức tỉnh ở mức độ cao. Vùng não cuối cùng và hệ thống chất DTTK trong lo âu sẽ sử dụng các thụ cảm thể GABA (γ-aminobutiric acid) - các thụ cảm thể này có thể kiểm soát hoạt động trong vùng dưới đồi và hệ thần kinh giao cảm. Mức GABA thấp khiến cho hoạt động của các đường dẫn truyền thần kinh tăng lên, dẫn tới chủ thể có phản ứng gay gắt mang hơi hướng bạo lực ở thời điểm bị stress nặng nề (xem chương 3). Tuy nhiên, trái với rối loạn hoảng sợ, các phản ứng của hệ

thần kinh giao cảm ở những người bị GAD thực sự kém nhạy hơn với stress so với những người bình thường, có thể là do nó phải hoạt động thường xuyên.

Vai trò của norepinephrine trong GAD không rõ rệt lắm. Mức độ cơ bản của nó ở người lo âu không khác so với người bình thường. Tuy nhiên, người bị GAD có phản ứng dưới mức bình thường với những thuốc có ảnh hưởng đến nồng độ norepinephrine. Điều này cho thấy tính cảm thụ norepinephrine ở sau xi-náp trở nên kém nhạy hơn do nồng độ ban đầu cao (Spiegel & Barlow, 2000).

LÍ GIẢI CỦA PHÂN TÂM HỌC

Freud đã phân biệt 2 tuyến dẫn tới lo âu ở người trưởng thành. Cả 2 tuyến này đều bắt nguồn từ thời niên thiếu, đó là: bị phạt quá khắc nghiệt và được bao bọc quá mức. Ông cho rằng cả 2 lo âu "tâm căn" và "đạo đức" đều xuất hiện khi đứa trẻ bị ngăn cản hoặc phạt nhiều lần vì đã thể hiện những xung động của cái nó. Điều này khiến chúng tin rằng những xung động như thế là nguy hiểm và phải được kiểm soát. Ở tuổi trưởng thành, khi sự kiểm soát của bố mẹ không còn nữa, những trẻ này thường bị lo âu ở mức độ cao. Ngược lại, với những trẻ luôn được bao bọc khỏi các mối đe dọa và những hụt hẫng, cơ chế phòng vệ của chúng không được phát triển đủ để đối mặt với cuộc sống khi trưởng thành. Do đó, chỉ với những đe doạ tương đối nhỏ cũng khiến chúng có cảm giác lo âu cao độ.

Tuỳ từng trường hợp cụ thể mà ta có những bằng chứng khác nhau theo hướng lí giải này. Ví dụ, Chorpita và Barlow (1998) thấy nếu được bao bọc quá mức, bị phạt quá nhiều, và luôn bị chỉ trích phê bình thì khi trưởng thành, đứa trẻ sẽ bị lo lâu ở mức độ cao. Ngược lại, Raskin và các cs. (1982) lại thấy không hề có mối liên hệ nào giữa bị phạt quá mức hay sự bao bọc của bố mẹ với GAD. Tuy nhiên, dù các yếu tố này có góp phần tạo nên GAD, giải thích của phân tâm có vẻ như chưa thoả mãn lắm. Cần nhận thức đầy đủ hơn rằng trẻ có xu hướng tin là chúng ít có quyền kiểm soát môi trường của mình hoặc coi đó là nơi diễn ra những hình phạt và là nơi xuất hiện các mối đe doạ đặc biệt, mà cả 2 điều này đều có thể dẫn tới chúng tới GAD.

GIẢI THÍCH THEO TRƯỜNG PHÁI NHÂN VĂN

Các nhà nhân văn đã đưa ra một lí giải sâu hơn về mối liên quan giữa sự kiểm soát của cha mẹ và sự phát triển của GAD. Các nhà nhân văn cho rằng GAD xuất hiện khi các cá nhân không thể chấp nhận mình như mình vốn có. Do đó, họ lâm vào trạng thái lo âu cao độ và không thể khai thác hết các khả năng tiềm tàng của mình như bình thường. Theo Rogers (1967), sự phủ nhận bản thân này bắt nguồn từ sự trải nghiệm của thời niên thiếu thường xuyên bị trừng phạt quá mức. Nếu một người bị chỉ trích hay bị đối xử thô bạo khi còn nhỏ, họ sẽ chấp nhận đó là những tiêu chuẩn của xã hội và họ hiểu rằng khi làm theo như vậy, họ sẽ nhận được những tình cảm tích cực. Họ tự khiến mình tin tưởng, mong mỏi và cố gắng đạt được những tiêu chuẩn bị bên ngoài áp đặt đó bằng cách liên tục từ chối hay bóp méo

suy nghĩ và những trải nghiệm thật của mình. Mặc dù có những nỗ lực như vậy, nhưng sự tự đánh giá đầy tính răn đe của họ cũng có thể bị phá vỡ và gây ra lo âu cao độ. Về mặt lí thuyết thì rất hợp lí song thuyết này lại không được áp dụng vào trải nghiệm thực tế và tầm quan trọng của các quá trình này lại ít được biết đến.

YẾU TỐ VĂN HOÁ XÃ HỘI

Stress xã hội có ảnh hưởng đến sự phát triển của GAD. Nó phổ biến hơn ở những nhóm người có điều kiện kinh tế xã hội thấp (Blazer và cs. 1991). Các nhóm sắc tộc thiểu số là những người thường nằm trong nhóm có vị thế kinh tế xã hội thấp và phải chịu thêm nhiều áp lực do sắc tộc nên cũng có tỉ lệ GAD cao.

Mức GAD ở những nơi thành thị cao hơn ở những vùng nông thôn. Nó tăng hay giảm còn tuỳ theo sự biến động lớn của xã hội, chẳng hạn như chiến tranh, bạo động chính trị (Compton và cs. 1991). Do phải đối mặt với yêu cầu của cuộc sống hàng ngày luôn trở nên phức tạp hơn nên số người phải trải nghiệm GAD cũng tăng lên. Ví dụ mức độ phổ biến của rối loạn này ở Mĩ tăng từ 2,5% (năm 1975) lên 4% vào đầu những năm 1990 (Regier và cs. 1998). Cuối cùng, những sự kiện bất lợi hoặc những chấn thương trong cuộc sống cũng có thể gây ra GAD. Blazer và cs. (1987) nhận thấy rằng những người đàn ông có từ 4 sự kiện gây căng thẳng trở lên trong vòng một năm bị GAD nhiều gấp 8 lần so với những người chỉ có từ 3 sự kiện trở xuống.

LÍ GIẢI THEO THUYẾT NHẬN THỨC HÀNH VI

Mô hình hành vi hợp lí nhất về sự mắc phải và duy trì lo âu là của Mowrer (1947). Ông đưa ra mô hình 2 yếu tố và cho rằng trước một tác nhân gây kích thích đặc hiệu, nỗi sợ hãi xuất hiện theo cơ chế thông qua điều kiện hoá cổ điển và được duy trì bằng điều kiện hoá tạo tác (operant conditioning) (xem chương 2). Đó là một phản ứng lo sợ có điều kiện cổ điển được duy trì bằng cách né tránh những mệt mỏi đi kèm với các kích thích âm tính. Điều này tạo ra cảm giác dễ chịu. Chính sự dễ chịu này lại tạo ra quá trình điều kiện hoá tạo tác và trở thành củng cố cho sự né tránh những đối tượng đáng sợ. Sự né tránh cũng ức chế quá trình dập tắt bằng việc ngăn các cá nhân trải qua trạng thái sợ hãi khi không có những hậu quả xấu.

Mô hình tỏ ra có hiệu quả trong việc giải thích cơ chế xuất hiện và duy trì một nỗi sợ hãi cụ thể nào đó, song nó không thể giải thích được về nỗi lo âu lan toả liên quan tới GAD. Chính vì vậy một số tác giả tìm cách phát triển mô hình nhận thức để giải thích hiện tượng này. Theo Beck (1997), những người bị GAD ở mức độ cao ban đầu cũng chỉ phải lí giải một số ít các tình huống nguy hiểm và bị đe doạ. Theo thời gian, người ta áp dụng những thừa nhận này cho nhiều trường hợp và rồi GAD phát triển ở mức độ ngày càng cao. Theo Beck, có rất nhiều những thừa nhận phi thực tế chung, như "một tình huống hay một người nào đó không an toàn cho tới khi được chứng minh là an toàn", và " tốt nhất cứ thừa nhận là

tồi nhất". Cả 2 yếu tố xã hội thời thơ ấu có thể ảnh hưởng tới quá trình nhận thức của con người khi trưởng thành (xem chương 2).

Wells (1995) đã phát triển một mô hình nhận thức khác về GAD. Ông cho rằng đặc điểm cốt lõi của GAD là lo lắng quá mức. Ông cũng xác định 2 loại lo lắng của những người bị GAD. Loại lo lắng thứ nhất là mức độ cao của những lo lắng thường nhật mà hầu hết chúng ta đều có như: lo lắng liên quan đến công việc, xã hội, sức khoẻ và các vấn đề khác. Loại lo lắng thứ 2 là "siêu lo lắng", bao gồm cả sự đánh giá tiêu cực về chính lo lắng của mình: "sự lo phiền có thể làm tôi điên mất...", "tôi lo là nỗi lo của tôi sẽ kiểm soát tôi... ". Loại lo lắng thứ nhất khá phổ biến trong dân chúng còn loại lo lắng thứ 2 thường có ở những người bị GAD. Do đó, Wells (1995) đã định nghĩa những người bị GAD là những người có những lo lắng thuộc loại 2 ở mức độ cao.

Tuy nhiên, bệnh cảnh lâm sàng phức tạp hơn thế rất nhiều bởi vì mặc cho những ý nghĩ tiêu cực về nỗi lo của mình, những người bị GAD cũng có những tin tưởng tích cực: "lo lắng sẽ giúp tôi giải quyết vấn đề...". Đây là động lực khiến cho chủ thể tiếp tục lo lắng dù như vậy họ cũng rất khó chịu. Theo đó, những hành động mang tính lo lắng vừa là nguyên nhân gây ra căng thẳng lại vừa là cách để đương đầu với chính nó. Những người bị GAD thường cố gắng tránh để nỗi lo xuất hiện song điều này rất khó vì có rất nhiều những kích thích có thể gây ra lo lắng. Khi đã quen với sự xuất hiện của nỗi lo, người ta cũng thường có những cách khác để giảm nỗi lo như tìm kiếm sự an toàn, cố quên đi, cố gắng để kiểm soát ý nghĩ của mình. Thật trớ trêu, những cố gắng để kiểm soát ý nghĩ đó thực ra lại càng làm tăng sự tiếp cận với nỗi lo lắng.

Claire đã đưa ra 1 ví dụ về lo lắng và siêu lo lắng mà những người bị GAD đã trải nghiệm:

Đó là một chuyện cười gia đình, nhưng nó có thật... Một hôm, chúng tôi bắt đầu rời nhà để đi mua sắm ở Nottingham- chuyến đi mất khoảng một tiếng rưỡi... và từ lúc bước vào xe ô tô, tôi bắt đầu lo là chúng tôi sẽ đỗ xe ở đâu, giao thông sẽ ra sao khi chúng tôi tới đó... Tôi lo lắng suốt cả chuyến đi và điều đó làm cho gia đình tôi phát cáu lên. Nghe thật buồn cười nhưng thật sự là thế.

Tôi lo lắng về mọi thứ và chẳng thứ gì cả. Tôi lo lắng nếu bọn trẻ về muộn vào buổi tối. Chúng biết tôi lo nên chúng thực sự cố gắng về nhà đúng giờ. Tôi mua cho chúng điện thoại di động để chúng có thể gọi cho tôi nếu có chuyện gì xảy ra hay nếu chúng về nhà muộn..., và chúng làm thế bởi chúng biết tôi sẽ ở trong tình trạng như thế cho đến khi chúng về nếu chúng không gọi. Tôi lo lắng về thức ăn-tôi không ăn nó nếu nó đã quá hạn sử dụng ngay cả khi chồng tôi đảm bảo rằng nó vẫn tốt và chúng tôi sẽ không mắc bệnh gì cả. Bạn gọi như thế là gì, còn tôi, tôi chắc chắn rằng tôi lo lắng về nó.

Nó làm tôi suy sụp... Tôi có thể thấy tôi sẽ tự mình lo lắng cho đến già... Nhưng tôi không thể ngừng lo lắng. Chồng tôi nói: "Hãy hoà nhập với mọi thứ và cố gắng đừng lo lắng nữa". Nhưng tôi không thể. Buổi tối, tôi ngồi đan hay xem TV và cố gắng không lo lắng, nhưng một khi có thứ gì đó xuất hiện trong đầu tôi thì thật khó có thể ngừng lại- cho dù cho tôi cố gắng đến mấy để tự nhủ mình phải làm như thế. Tôi lo lắng

về sức khoẻ của tôi- từ điều nhỏ nhặt nhất, và tôi nghỉ để đi gặp bác sĩ. Tôi biết tôi sẽ lo lắng về mọi thứ khi tôi ngừng nói. Đôi khi tôi thực sự có cảm giác như thể mình sắp điên đến nơi. Nó làm tôi suy sụp, bởi vì hàng ngày tôi không thể nghỉ ngơi và hoà nhập với mọi thứ như mọi người. Có thể làm bạn phật ý song tôi nghĩ nhiều người lo lắng quá ít... trải nghiệm cuộc sống mà không hề quan tâm đến thế giới... là không được...

Điều nghe chừng có vẻ điên rồ hơn nữa là tôi lo lắng về việc không lo lắng gì cả. Sẽ như thế nào nếu tôi không còn lo lắng nữa, những điều xấu có thể sẽ xảy ra. Tôi biết thực sự không phải thế, nhưng tôi không thể tha thứ cho mình nếu chuyện gì đó xảy ra cho bọn trẻ khi tôi đang hoà nhập với mọi thứ và không cảm thấy được sự an toàn của chúng. Tôi không bao giờ có thể tha thứ cho tôi. Tôi là loại người nào vậy nhỉ- không quan tâm tới con cái khi chúng gặp nguy hiểm?

Trị liệu rối loạn lo âu lan tỏa

TRỊ LIỆU HÀNH VI NHẬN THỨC

Bắt đầu của trị liệu hành vi đối với GAD là đưa ra các tình huống sợ hãi kết hợp với quy trình được gọi là ngăn chặn đáp ứng. Ở đây, chủ thể được đối mặt với những tình huống gây sợ hãi, bắt đầu từ bậc ít sợ nhất. Trong mỗi trường hợp, người ta duy trì sự có mặt của đối tượng gây sợ hãi cho đến khi chủ thể không còn lo sợ nữa: vậy là họ được bảo vệ, tránh được phản ứng chạy trốn của mình. Người ta cho rằng có thể dập tắt những phản ứng sợ hãi khi các cá nhân nhận ra không có sự liên hệ giữa các kích thích và hậu quả xấu mà họ hằng nghĩ.

Thật không may, trong khi trị liệu các rối loạn lo âu khác rất hiệu quả, thì phương pháp này lại tỏ ra ít có tác dụng đối với GAD bởi vì các tình huống lo âu của những người bị GAD rất lan tràn. Trị liệu nhận thức hành vi sẽ không hiệu quả với GAD nếu chúng không có cả 3 chiến lược chủ chốt sau:

- cải tổ nhận thức những ý nghĩ gây lo âu
- luyện tập thư giãn
- lo phải đối mặt (exposure) với lo lắng.

Cải tổ nhận thức bao gồm việc xác định nhận thức nào đã dẫn tới lo lắng và cả việc nghi ngờ những thừa nhận không thích hợp. Các chiến thuật có thể được luyện tập trước khi đem áp dụng vào những tình huống thân chủ cảm thấy lo lắng. *Luyện tập thư giãn* gồm chương trình học đã được thiết kế để học cách thư giãn cơ thể, biết cách thở chậm và kiểm soát được nhịp thở khi lo lắng. *Đối mặt với lo lắng* lại theo hướng tiếp cận của phương pháp đối mặt và ngăn chặn phản ứng. Nhiều người bị GAD thường nỗ lực tinh thần để chặn đứng hoặc quên đi những ý nghĩ tiêu cực, khủng khiếp. Kết quả là họ không loại bỏ được những lo lắng đi kèm theo đó và tiếp tục lo lắng trong một thời gian dài. Đối mặt với lo lắng tương đương với sự đối mặt được sử dụng trong trị liệu ám ảnh sợ (xem chương 2) hoặc hoảng loạn (xem phần sau). Chủ thể thường tập trung vào những suy nghĩ hoặc hình ảnh tưởng

tượng sợ hãi hay tai hoạ, với mức độ tăng dần, kéo dài trong khoảng 25- 50 phút. Thường lo âu tăng lên khi các hình ảnh xuất hiện và sau giảm dần khi thân chủ quen dần với chúng.

Cách tiếp cận kết hợp này tỏ ra khá hiệu quả. Chẳng hạn Butler (1991) cho biết có tới 42% những người tham gia vào chương trình trị liệu hành vi nhận thức có sự thay đổi lâm sàng quan trọng trong hành vi, nhận thức và giảm nhiều về sự lo âu. Trong khi đó, chỉ có 5% những người trị liệu hành vi theo cách đối mặt và ngăn chặn phản ứng đạt được kết quả như vậy. Tương tự, Borkovex và Costello (1993) nhận thấy phương pháp này hiệu quả hơn là chỉ thư giãn hay tham vấn thuần tuý. Sau 12 tháng trị liệu, 58% những người được trị liệu theo biện pháp ngăn chặn kết hợp đã không còn triệu chứng nữa so với 33% những người thuộc nhóm chỉ trị liệu thư giãn, và 22% những người chỉ được tham vấn.

LIỆU PHÁP PHÂN TÂM

Durham và cs. (1994) đã có một nghiên cứu để kiểm chứng hiệu quả của liệu pháp phân tâm trong trị liệu GAD và so sánh nó với phương pháp trị liệu nhận thức. Nội dung của liệu pháp phân tâm là khai thác và tìm hiểu các vấn đề cá nhân từ các mối quan hệ hiện thời, từ sự phát triển và từ trong giới hạn của sự chuyển dịch cũng như kháng cự vô thức trong mối quan hệ trị liệu (xem chương 2).

Về phương pháp tiếp cận hành vi nhận thức đã được mô tả ở trên. Hai phương pháp có cách can thiệp tương tự nhau về mức độ liên hệ. Phương pháp trị liệu hành vi nhận thức tỏ ta hiệu quả hơn nhiều so với trị liệu phân tâm. Cả 2 đều được tiến hành trị liệu và theo dõi trong vòng 6 tháng. Suốt thời gian này 76% số người được trị liệu theo phương pháp trị liệu hành vi nhận thức có tiến triển "tốt hơn" hoặc "rất đáng ghi nhận"; 42% số người theo phương pháp trị liệu phân tâm đạt được mức thành công tương tự. Theo một tiêu chuẩn kỹ hơn là: "trở lại chức năng bình thường" thì kết quả cũng ít ủng hộ phương pháp phân tâm: 20% số người được trị liệu theo phương pháp phân tâm đạt được tiêu chuẩn này trong khi đó, số người trị liệu theo liệu pháp hành vi nhận thức là 66%. Tỉ lệ người bỏ trị liệu theo phương pháp nhận thức hành vi cũng thấp hơn nhiều so với phương pháp phân tâm (tương ứng là 10% so với 24%).

TRỊ LIỆU DƯỢC LÍ

Benzodiazepines được sử dụng nhiều trong trị liệu GAD, tỉ lệ thành công khoảng 35% (Davidson, 2001). Hơn 40% số người cho thấy đã có chuyển biến tích cực nhưng vẫn còn một số triệu chứng của GAD. Tuy nhiên, benzodiazepines có một số hạn chế khi dùng trong một thời gian dài, nó khiến người bệnh suy giảm nhận thức, thờ ơ với xung quanh, nhờn thuốc và bị phụ thuộc vào thuốc, trầm cảm, và mắc lại bệnh khi ngừng thuốc, vì thế nó không được dùng để trị liệu nữa (Davidson 2001). Thuốc chống trầm cảm 3 vòng và SSRI không chỉ an toàn hơn mà còn có hiệu quả hơn benzodiazepines. Cả hai đều chống trầm cảm và hiệu quả ngang nhau song SSRI được chuộng hơn do có ít các tác dụng phụ

hơn. Rocca và cs. (1997) đã so sánh hiệu quả của imipramine ba vòng, SSRI paroxetine và benzodiazepine trong trị liệu GAD. Từ tuần thứ 4, cả hai loại thuốc chống trầm cảm đều tỏ ra có hiệu quả hơn hẳn benzodiazepines. Tuy nhiên, mức độ hiệu quả cao hơn và tỉ lệ bỏ điều trị ít (31 giảm xuống 17%) khiến paroxetine được chuộng hơn.

Những nghiên cứu so sánh hiệu quả của benzodiazepines (valium và lorazepam) với cách trị liệu nhận thức đã chỉ ra rằng lúc đầu trong tiến trình trị liệu, bệnh nhân đều có tiến triển như nhau song càng về sau thì cách trị liệu nhận thức càng có hiệu quả hơn. Power và cs. (1990) so sánh các kết quả trị liệu chỉ bằng phương pháp nhận thức, chỉ bằng diazepam và chỉ bằng placebo. Tiến bộ trị liệu là 85% đối với nhóm chỉ trị liệu nhận thức, 68% với nhóm sử dụng diazepam và 37% với nhóm dùng placebo. Sáu tháng sau khi ngừng trị liệu, hầu hết bệnh nhân trong nhóm được trị liệu nhận thức duy trì được tiến bộ trị liệu, trong khi nhiều bệnh nhân sử dụng thuốc đã tái bệnh, nhiều khả năng do họ không biết cách chế ngự các triệu chứng lo âu mà khi sử dụng benzodiazepines chúng bị ẩn tàng. Tỉ lệ số người hoàn toàn bình phục của trị liệu nhận thức, diazepam và placebo lần lượt là 70, 40, 21%.

Rối loạn hoảng sợ

Cơn hoảng sợ là một khoảng thời gian mà cường độ sợ hãi hay lo lắng đạt tới đỉnh điểm khoảng 10 phút, và có kèm theo ít nhất bốn trong số các triệu chứng như: khó thở, đánh trống ngực, chóng mặt hoặc run rẩy, cảm giác ngạt thở, buồn nôn, cảm giác gai gai ở cánh tay và các ngón tay.

Một nét đặc trưng của cơn hoảng sợ là thở gấp, tức là hít vào và thở ra rất dồn dập. Kết quả là cacbon dioxide nhanh chóng bị đẩy ra và không hấp thụ qua phổi vào mạch máu, còn ôxi thì bị hấp thụ quá nhiều dẫn đến các triệu chứng kể trên. Bình thường, nồng độ cacbon dioxide trong cơ thể cao sẽ gây ra phản ứng thở; như vậy, lúc này, cơ thể không tác động để diễn ra hơi thở bình thường mà thay vào đó là những hơi thở gấp và việc thở rất khó khăn. Những lúc như thế này, đôi khi cái gọi là " cái túi nâu" cũng có hiệu quả. Đặt một túi trên miệng và mũi của bệnh nhân có thể giúp họ lấy lại cacbon dioxide mà họ đã thở ra, thiết lập lại nồng độ trong phổi và mạch máu, ổn định lại hơi thở bình thường và làm mất đi các triệu chứng.

Sự xuất hiện thường xuyên và không báo trước của những cơn sợ hãi là một tiêu chuẩn để chẩn đoán rối loạn hoảng sợ (APA 2000). Ngoài ra cũng phải kể tới việc người bệnh tập trung quá mức tới các cơn hoảng sợ, việc họ lo lắng về hậu quả cũng như những bệnh lí tiềm ẩn đằng sau chúng, và họ luôn tránh những tình huống có thể làm xuất hiện cơn hoảng sợ.

Charles Darwin là người đã có những mô tả đầu tiên về cơn hoảng sợ khi ông mô tả một cơn của chính mình. Trường hợp có những triệu chứng như ông không phải là hiếm: một phần tư dân số đều sẽ trải nghiệm sự hoảng sợ không mong đợi như vậy vài lần trong đời. Tuy nhiên, số người được chẩn đoán là bị rối loạn này thì ít hơn thế nhiều. Wittchen và

Essau (1993) cho rằng khoảng 2% dân số có những cơn hoảng sợ thường xuyên lặp lại và có thể chẩn đoán là bị rối loạn hoảng sợ.

Nguyên nhân rối loạn hoảng sợ

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Bằng chứng của việc di truyền có thể góp phần cấu thành nguy cơ bị rối loạn hoảng sợ có thể tìm thấy trong nghiên cứu của Torgersen (1983). Ông tìm ra tỉ lệ cùng mắc bệnh giữa các cặp sinh đôi cùng trứng là 31%, trong khi đó các cặp sinh đôi khác trứng là 0%. Cùng như vậy, Kendler và cs. (1993) nhận thấy tỉ lệ cùng mắc của các cặp nữ song sinh cùng trứng là 24% và khác trứng là 11%. Hettema và cs.(2001a) đã có một nghiên cứu siêu phân tích và cho thấy rối loạn hoảng sợ có hệ số di truyền là 0,40. Như vậy cũng có nghĩa là người ta thừa nhận ảnh hưởng của yếu tố di truyền đối với các cá nhân có cơn hoảng sợ.

CƠ CHẾ SINH HỌC

Yếu tố trung tâm của phản ứng hoảng sợ là sự kích thích sinh lí ở mức độ cao, khởi đầu là sự hoạt hoá của vùng dưới đồi và được trung gian bởi hệ thần kinh giao cảm. Phản ứng hoảng sợ được điều chỉnh bởi chất dẫn truyền thần kinh và hormon norepinephrine và có sự tham gia của epinephrine. Khi con người trải nghiệm cảm xúc lo lắng, chúng khiến cho cơ thể được hoạt hoá và sẵn sàng đương đầu với những tổn thương về mặt cơ thể (xem chương3). Cùng lúc đó thì tim đập mạnh và nhanh hơn, máu chuyển vào cơ mà không đi vào các cơ quan (sau đó là sự trải nghiệm nỗi lo lắng, bồn chồn), cơ xương căng và huyết áp tăng lên. Điều này cùng với các quá trình khác chuẩn bị cho cơ thể một tâm thế để có những phản ứng nhanh nhạy trong mọi tình huống. Trong rối loạn hoảng sợ, những biến đổi trên có thể rõ ràng khi chủ thể cố thoát khỏi tình huống gây hoảng sợ hoặc khó thở, chóng mặt, thở gấp. Cảm giác đánh trống ngực có thể tăng lên cực độ tới mức người bệnh có thể bị một cơn đau tim.

Hai hệ thống hóa sinh khác dường như cũng có vai trò trong sự phát triển của rối loạn hoảng sợ. Hiệu quả của thuốc chống trầm cảm 3 vòng và SSRI trong nghiên cứu trị liệu cho thấy vai trò của của seretonin trong rối loạn, mặc dù thực chất mối liên hệ giữa hoảng sợ và seretonin cũng chưa rõ ràng. Thành công của benzodiazepines hiện đại trong trị liệu cũng cho thấy vai trò của GABA. Hạnh nhân cũng tham gia vào sự phát sinh nỗi sợ hãi và hoạt động của nó bị kiểm soát bởi GABA: mức GABA thấp làm cho mức sợ hãi tăng cao (Goddard và cs. 2001). Thụ cảm thể GABA cũng kiểm soát hoạt động của vùng dưới đồi và hệ thần kinh giao cảm.

CÁC YẾU TỐ VĂN HOÁ- XÃ HỘI

Cũng như GAD, stress xã hội càng cao thì càng làm gia tăng nguy cơ bị rối loạn hoảng sợ. Tỉ lệ bị rối loạn hoảng sợ cao nhất ở những người phụ nữ thành thị goá chồng, ly dị hoặc ly thân. Sự hạn chế về học hành, bố mẹ mất sớm hoặc bị lạm dụng tình dục hay thể chất cũng làm tăng nguy cơ bị rối loạn này (Ballager, 2000). Ngoài ra cũng còn rất nhiều các yếu tố làm tăng nguy cơ bị GAD (xem phần trên).

LÍ GIẢI TỪ GÓC ĐỘ TÂM LÍ HỌC

Thuyết phân tâm và nhân văn không phân biệt rối loạn hoảng sợ và GAD. Những mô hình đã dẫn ở trên được dùng để giải thích cho cả hai loại rối loạn. Hai cách lí giải đều ít được ủng hộ bởi những người bị rối loạn hoảng sợ thường nhớ lại là hồi nhỏ, bố mẹ họ rất quan tâm và bao bọc họ (Parker, 1981). Mô hình của Mowrer (1947) về cơ chế mắc phải và duy trì rối nhiễu chỉ có thể phần nào giải thích cho chứng rối loạn hoảng sợ vì sự có mặt thường xuyên của các yếu tố gây lo làm tăng cao tình trạng lo âu. Song như vậy rất khó có thể giải thích một đặc trưng của rối loạn hoảng sợ: mức độ lo âu cao ngay cả khi không có các tác nhân rõ ràng.

Các mô hình nguyên nhân hiện nay tập trung vào bằng cách nào nhận thức có thể dẫn tới giai đoạn hoảng sợ khi không có những kích thích rõ ràng. Một trong những mô hình nhận thức có ấn tượng nhất là của Clark (1986), ông đã đưa ra ba yếu tố khơi mào những cơn hoảng sợ:

- nhận thức liên quan đến nỗi sợ hãi có quan hệ với các tình huống hoặc các kích thích thông thường
- sự xáo trộn các chức năng cơ thể ở mức độ cao có liên quan tới các trạng thái cảm xúc khác nhau
- những sự kiện khác cũng có thể gây ra sự rối loạn cơ thể.

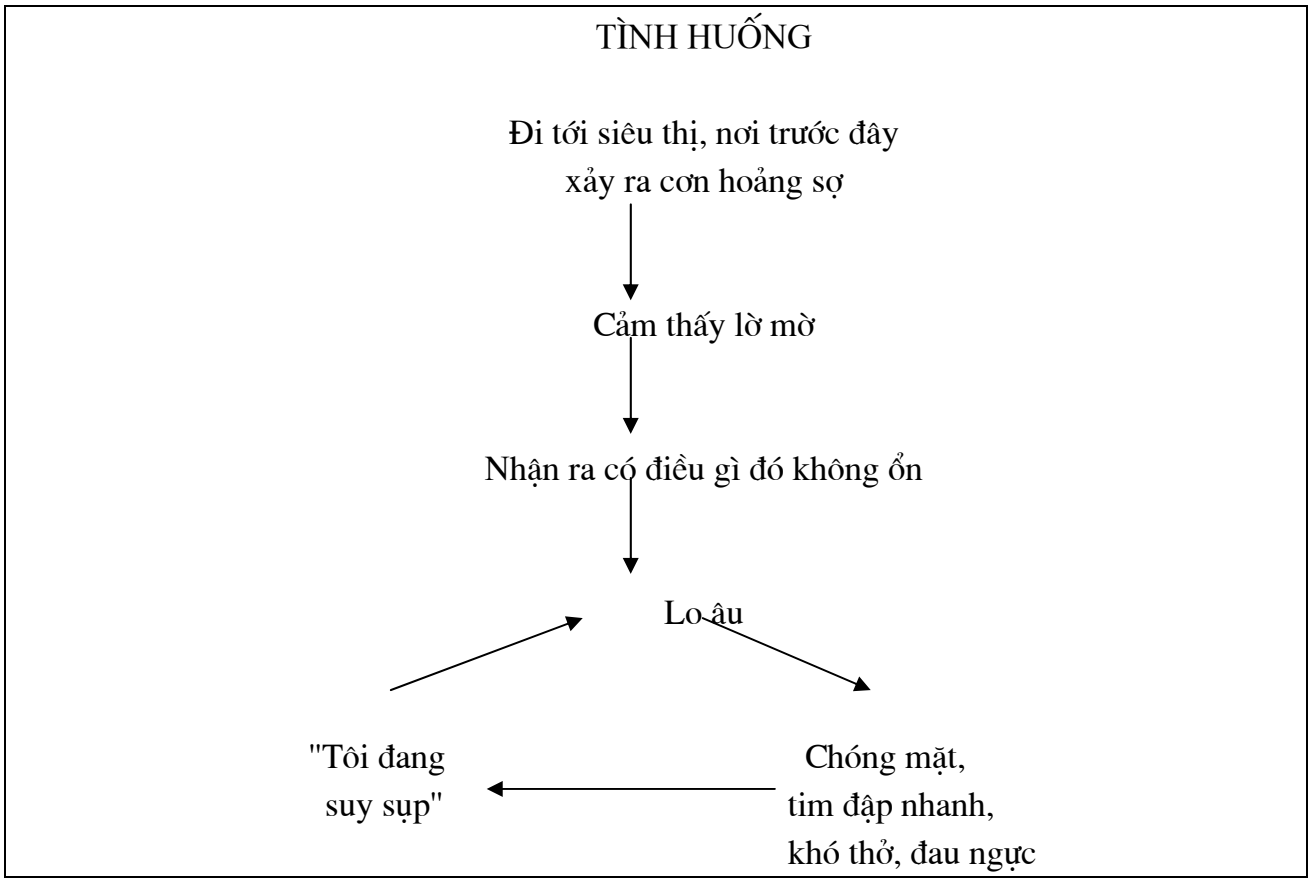
Theo Clark, mỗi yếu tố trên đều tác động đến thành tố nhận thức cốt lõi của rối loạn hoảng sợ, đây chính là sự lí giải những cảm nhận của cơ thể theo kiểu tai hoạ. Những cảm nhận bất hợp lí thường có trong phản ứng lo âu thông thường. Các yếu tố châm ngòi khác bao gồm sự căng thẳng gắn với những cảm xúc mạnh như tức giận, tăng nhịp tim do uống cà phê,...

Sự lí giải bất hợp lí theo kiểu tai hoạ về những cảm nhận dường như nó nguy hiểm hơn thực tế và chủ thể tin rằng đó là dấu hiệu của hàng loạt các vấn đề về sức khoẻ tinh thần hay cơ thể, chẳng hạn như cơn đau tim. Những ý nghĩ này dẫn họ tới những các phản ứng làm tăng mức độ kích thích sinh lí. Điều này lại tiếp tục được lí giải theo kiểu tai hoạ khủng khiếp ("Đúng, thực sự tôi đang có cảm giác đánh trống ngực: chắc chắn là tôi sắp bị một cơn đau tim"). Đến lượt mình, những ý nghĩ nặng trĩu lo âu này làm tăng những cảm

nhận kia của cơ thể khiến cho mức độ lo sợ lại càng tăng cao lên: đó chính là một vòng luẩn quẩn mà cảm giác lo sợ bị tăng lên đến cực điểm thành nỗi hoảng sợ (xem hình7.1).

Một cá nhân đã phát triển cảm nhận của cơ thể theo khuynh hướng này một cách tồi tệ, có hai quá trình khác giúp duy trì rối loạn hoảng sợ. Thứ nhất là do các cảm giác trong họ xung đột với nhau nên họ trở nên vô cùng thận trọng và liên tục rà soát cơ thể để kiểm tra. Sự tập trung chú ý hướng nội này khiến họ quá quan tâm đến các cảm giác, không còn nhận thức tỉnh táo. Như vậy là lại thêm một bằng chứng khác về những rối nhiễu cơ thể, tinh thần. Thứ hai, các hành vi an toàn thường không xuất hiện hay biến mất trong tình huống lo hãi lúc khởi phát các triệu chứng, nó có khuynh hướng duy trì những nhận thức tiêu cực. Trong giai đoạn nghiên cứu thứ hai của Mowrer, sự trốn tránh như vậy làm cho cá nhân không biết rằng các triệu chứng của họ không đến mức nguy hiểm như họ nghĩ, đồng thời nó ngăn cả quá trình dập tắt. Trường hợp của Sue là một ví dụ như thế:

> Nó đã bắt đầu khi nào? Tôi có thể nhớ lần hoảng sợ đầu tiên của mình- ai mà không thể chứ? Đó là trong bãi đỗ xe ở Tesco. Tôi nhớ mình đã cảm thấy mệt lả đi như thế nào. Tôi đã lịm dần đi. Tôi nghĩ chắc lúc đó trông mình ngu ngốc lắm. Thật ngớ ngẩn vì ai lại đi ngất trong một bãi đỗ xe kia chứ. Hẳn là mọi người đều nhìn chằm chằm vào tôi... Bây giờ thì tôi biết đó là một cơn hoảng sợ. Nhưng lúc đó tôi không hiểu điều gì đã xảy ra với mình. Tôi chỉ cảm thấy thật tồi tệ mà chẳng hiểu gì cả... Tôi đã không nghĩ là mình đang sắp chết hay cái gì đó tương tự nhưng tôi rất sợ là mình sẽ suy sụp và phải vào bệnh viện. Tôi nghĩ mình có thể vượt qua và mọi việc đâu vào đấy, nhưng lần đi mua sắm sau, tôi lại bắt đầu nghĩ về nó. Tôi băn khoăn là có cái gì đó ở Tesco hay ỏ cửa hàng có thể làm điều đó tái diễn. Có lẽ tôi đã tự thúc ép mình quá nhiều... Tôi đã hơi vội vàng khi điều đó xảy ra- Tôi cũng không biết nữa. Đó thực sự không phải là những ý nghĩ nhạy cảm. Nhưng tôi thấy là chúng bắt đầu làm tôi lo lắng. Dẫu sao, trong lần đi mua hàng tiếp theo... vâng, tôi lại bị như thế. Thật sự tôi nghĩ là "mình sẽ không bao giờ quay lại đó nữa!" Vì thế tôi bắt đầu đi mua hàng ở nơi khác, nhưng tôi bắt đầu lo lắng vì sự việc tương tự lại xảy ra, và rồi tôi hoảng sợ khi phải ra ngoài, điều này càng củng cố nỗi lo hãi của tôi. Cuối cùng, tôi thấy ở nhà dễ chịu hơn là đi ra ngoài.
>
> Tôi khá thích việc ở nhà. Tôi cảm thấy an toàn và tôi xem tivi mà không gặp một phiền phức nào. Bạn bè đến nhà chơi với tôi, như vậy có vẻ như tôi vẫn có cuộc sống bình thường đấy chứ! Tôi không bao giờ ra ngoài quá lâu. Nếu phải đi, tôi sẽ rất lo lắng trước khi đi và trong khi tôi ra ngoài. Tôi thường có cơn hoảng sợ nên thật không đáng phải đi ra ngoài. Tôi có thể đến cửa hàng gần nhà nếu đi cùng chồng. Và tôi cũng có thể ngồi trong xe đi với anh ấy- như thế tôi không phải ra ngoài. Nhưng tôi không thích đi xa...



H 7.1 ***Vòng hoảng sợ***

Trường hợp Sue phù hợp với mô hình của Clark về sự phát triển của rối loạn hoảng sợ. Cô cũng gián tiếp cho thấy một yếu tố khác có thể góp phần vào tiến triển của rối loạn hay các vấn đề có liên quan: quá trình được gọi là lợi ích thứ phát. Trong ngôi nhà có giới hạn là rất thoải mái cho Sue. Cô có được sự đồng cảm từ phía chồng và khá thích thú khi ở nhà. Những lợi ích thứ phát này góp phần duy trì hành vi né tránh của cô khi nó xuất hiện.

Mô hình của Clark đã được kiểm tra bằng thực nghiệm theo nhiều hướng khác nhau. Một trong số đó là kiểm tra sự ảnh hưởng của nhận thức lên các cảm xúc và nỗi hoảng sợ. Năm 1988, Clark và cs. yêu cầu một nhóm bệnh nhân rối loạn hoảng sợ và một nhóm người bình thường đọc to dãy các cặp từ. Trong đó có một số cặp từ miêu tả cảm giác khủng khiếp điển hình của cơ thể khi hoảng sợ như: "thở gấp- ngạt thở" và các từ tương tự. Mỗi nhóm đều được kiểm tra mức độ lo âu trước và sau khi đọc các thẻ từ để thấy được sự thay đổi bất kỳ trong các triệu chứng hoảng sợ. Nhóm đối chứng thì không thấy có biểu hiện bị tác

động. Trong khi đó, 10 trong số 12 bệnh nhân rối loạn hoảng sợ thì không tự kiểm soát được và rơi vào cơn hoảng sợ khi đọc các tấm thẻ từ.

Ảnh hưởng của các yếu tố khác gây nên sự hoảng sợ như ảnh hưởng của các triệu chứng đối với những cảm xúc của con người cũng được lượng hoá. Điều này cũng phải tính đến độ chính xác của các thông tin mà người có các triệu chứng giống như hoảng sợ từng uống nhiều loại thuốc khác nhau cung cấp. Giả thuyết chung của nghiên cứu này là những người đã kê khai được các triệu chứng của mình ít có khả năng bị rơi vào trạng thái lo âu hơn những người không làm được việc đó. Trong một nghiên cứu của mình, Rapee và cs. (1986) đã cung cấp thông tin về những cảm giác mà bệnh nhân rối loạn hoảng sợ trải qua khi cho họ hít thở 50% carbon dioxide và 50% oxygen. Một nửa số người tham gia được hướng dẫn cụ thể về những cảm giác có thể xảy đến với họ và họ hãy tránh khỏi bình khí độc. Số còn lại thì không được biết điều gì sẽ xảy ra. Đúng như dự đoán, những người được hướng dẫn cẩn thận thì ít có cảm giác khủng khiếp và ít lo sợ hơn những người còn lại.

Trị liệu rối loạn hoảng sợ

CAN THIỆP HÀNH VI NHẬN THỨC

Một số quy trình trị liệu pháp hành vi thành công đối với rối loạn hoảng sợ là dựa trên mô hình nguyên nhân của Clark. Clark và cs. đã xây dựng tiếp cận trị liệu 2 giai đoạn. Giai đoạn 1: dạy cho thân chủ mô hình nhận thức sự hoảng sợ. giai đoạn hai gồm 3 khâu:

- thư giãn để giảm đi kích thích sinh lí khi có stress
- các quy trình nhận thức nhằm thay đổi nhận thức do hoảng sợ
- các quy trình hành vi nhằm khống chế các triệu chứng hoảng sợ.

Thư giãn là học cách để cơ thể nghỉ ngơi, học cách thở chậm và điều hoà nhịp thở. Những kĩ thuật này có thể đem ra áp dụng khi sắp có cơn hoảng sợ, chẳng hạn như khi sắp phải tiếp cận hay trong suốt thời gian ở trong tình huống mà trước đó cơn hoảng sợ đã xảy ra. Các quy trình nhận thức bao gồm việc tự định hướng và thách thức nhận thức. Tập luyện khả năng tự định hướng là sự củng cố hàng loạt trạng thái "lắng dịu" (caml-down) mà bệnh nhân sử dụng khi cảm thấy hoảng sợ. Sự luyện tập trước này có thể khiến cho các triệu chứng không xuất hiện khi nỗi sợ hãi đến với họ và họ áp dụng được các chiến lược đương đầu với nó như thư giãn chẳng hạn. Còn thách thức nhận thức lại có nghĩa là có khái niệm về sự hình thành nỗi hoảng sợ và luôn cố gắng phản đối những giả định không thích hợp.

Mục đích của các quy trình hành vi là thông qua trải nghiệm thực tế có thể dạy cho bệnh nhân biết rằng hậu quả mà họ nghĩ đến trong cơn hoảng sợ thực tế sẽ không xảy ra. Dần dần, nhà trị liệu tăng dần số lượng triệu chứng hoảng sợ trong các buổi trị liệu và thực hiện khống chế chúng bằng các kỹ thuật nhận thức và thư giãn. Các triệu chứng có thể xuất hiện qua nhiều bài tập trị liệu khác nhau như đọc các từ có liên quan tới các cảm giác cơ thể và các tác động khủng khiếp hay chứng thở gấp. Những thực nghiệm trị liệu hành vi này đã

chỉ ra cơ chế bằng cách nào mà những ý nghĩ và hành vi ảnh hưởng lên các triệu chứng trước đây không rõ nguyên nhân, đồng thời một lần nữa nó cho thấy việc sử dụng chiến lược nhận thức và thư giãn trong trị liệu hoảng sợ. Khi đã nắm bắt được các triệu chứng qua các buổi trị liệu, những kỹ năng này có thể ứng dụng trong các tình huống thực. Điều đó thực hiện ở cuối quá trình trị liệu, bắt đầu từ những tình huống đơn giản rồi dần dần là các tình huống khó khăn hơn.

Hơn 80% bệnh nhân không còn thấy hoảng sợ sau khi trị liệu bằng phương pháp này, trái lại chỉ có 12% bệnh nhân cảm thấy đỡ trong các nhóm không được trị liệu. Clark và cs. (1994) đã công bố những kết quả trị liệu của phương pháp hành vi nhận thức, thư giãn ứng dụng, thuốc imipramine ba vòng và giai đoạn theo dõi chờ ổn định có kiểm soát. Những thân chủ trong nhóm trị liệu nhận thức tham gia vào 12 buổi trị liệu trong vòng 3 tháng, sau đó là 3 buổi trị liệu nâng đỡ trong 3 tháng kế tiếp. Imipramine được sử dụng trong 6 tháng. Theo dõi một năm sau đó cho thấy cả 3 dạng trị liệu đều có kết quả hơn là không trị liệu. Dù sao đi nữa, phương pháp trị liệu nhận thức là phương pháp thành công nhất ở thời điểm này với 85% bệnh nhân hết hoảng sợ trong khi chỉ có 60% số người khỏi bệnh do uống imipramine và áp dụng thư giãn. Cũng cần lưu ý rằng 40% số người uống imipramine và 26% số người sử dụng liệu pháp thư giãn đã tái phát và phải theo một đợt trị liệu khác sau khi đã được trị liệu 1 năm. Chỉ có 5% bệnh nhân trị liệu theo liệu pháp nhận thức ở trong tình trạng tương tự.

CAN THIỆP DƯỢC LÍ

Cả benzodiazepines và SSRIs đều được chứng minh là có hiệu quả trong trị liệu rối loạn hoảng loạn ít nhất là trong một thời gian ngắn (Ballenger, 2000). Hơn nữa, trong lúc cấp tính thì trị liệu thuốc có tác dụng hơn hẳn phương pháp trị liệu nhận thức. Bakker và cs. (1999) đã công bố một nghiên cứu so sánh giữa tác dụng của thuốc SSRI (paroxetine), chống trầm cảm 3 vòng (clomipramine) và liệu pháp nhận thức trong trị liệu rối loạn hoảng sợ. Paroxetine tỏ ra có hiệu quả hơn phương pháp trị liệu nhận thức trong 12 tuần đầu. Về sau, kết quả của trị liệu nhận thức cũng đạt được kết quả rõ rệt như dùng thuốc. Tuy nhiên vấn đề của phương pháp trị liệu dược lí là ở chỗ rối loạn thường tái phát sau khi ngừng sử dụng thuốc. Tỉ lệ tái phát khoảng 50-60% người ngừng thuốc benzodiazepines và khoảng từ 20-50% với người thôi dùng thuốc chống trầm cảm 3 vòng và SSRIs (Spiegel và cs. 1994). Thêm vào đó, sử dụng lâu benzodiazepines có thể dẫn tới sự rắc rối các triệu chứng và lo âu quá mức, vượt quá cả ngưỡng (xem chương 3). Thuốc chống trầm cảm cũng có một số tác dụng phụ khiến tỉ lệ bệnh nhân rút trị liệu là 25-50% (Gould và cs. 1995). Tỉ lệ bỏ trị liệu của những thân chủ theo phương pháp trị liệu nhận thức chỉ từ 15-25%. Sự quá thận trọng cũng có liên quan tới rối loạn hoảng sợ và rối loạn lo âu và dường như điều này cũng nói lên rằng những người được trị liệu cũng rất nhạy cảm với các tác dụng phụ. Có thể vì thế mà trị liệu bằng bất kì một thuốc nào cũng gây ra tỉ lệ tác dụng phụ cao.

Tác dụng của benzodiazepines trong thời gian ngắn và lợi ích của trị liệu hành vi trong thời gian dài đã khiến nhiều nhà lâm sàng xem xét hiệu quả của việc kết hợp hai cách trị liệu. Kết quả của các nghiên cứu nói chung không khả quan lắm. Phương pháp trị liệu kết hợp có vẻ như không hiệu quả bằng chỉ trị liệu nhận thức riêng. Chẳng hạn như Barlow và cs. (2000) đã thấy sau khi trị liệu 6 tháng, hiệu quả tốt lưu lại trên 32% số bệnh nhân trị liệu bằng phương pháp trị liệu nhận thức, 20% ở bệnh nhân được uống thuốc imipramine và 26% với bệnh nhân sử dụng phương pháp trị liệu kết hợp thuốc và tâm lí.

Có thể lí giải thực trạng kém khả quan này dựa trên cái gốc của cơ chế thay đổi trong trị liệu nhận thức và trị liệu thuốc. Trong trị liệu nhận thức, điều cốt yếu là làm giảm niềm tin bất hợp lí của thân chủ vào những điều khủng khiếp có thể xảy ra đồng thời nó cũng hướng đến việc giúp thân chủ kiểm soát được các triệu chứng lo âu hay hoảng sợ từng xảy ra. Để làm được điều này, thân chủ cần phải được học cách đương đầu với các triệu chứng đó qua việc nghi ngờ ý nghĩ của mình về những điều khủng khiếp, đồng thời phải biết cách thư giãn khi có nguy cơ bị rơi vào một cơn hoảng sợ. Thuốc giải lo âu ức chế kích thích sinh lí cũng như những ý nghĩ về tai hoạ, ngăn cản không cho các triệu chứng hoảng loạn xuất hiện. Một khi dừng thuốc, người bệnh có thể lại tái trải nghiệm kích thích sinh lí và những ý nghĩ về tai hoạ lại xuất hiện trở lại mà bản thân họ chưa học được cách đối phó. Do vậy vấn đề có thể tái xuất hiện. Và khi các triệu chứng tái xuất hiện tình hình có thể tồi tệ hơn nhiều bởi người bệnh thấy khó kiểm soát và ít tự tin hơn trước khi phải đương đầu với chúng (Westra & Stewart, 1998).

Rối loạn ám ảnh cưỡng bức

Rối loạn ám ảnh cưỡng bức (OCD) là một trạng thái bất lực mạn tính. Nó đặc trưng bởi những ý nghĩ ám ảnh buộc chủ thể phải làm một số hành động hoặc những việc làm mang tính nghi thức nào đó để không xảy ra điều tồi tệ. Khi thực hiện những hành động, việc làm như vậy thì trạng thái lo âu cũng giảm đi. Những ý nghĩ thường thấy là sự phê phán luôn gắn với xung quanh, sự lo sợ bị nhiễm bệnh- đây là điều có thể dẫn tới gây hại cho người khác. Những hành động hay những ý nghĩ nhằm chống lại nỗi sợ hãi có thể kể đến như cọ rửa các vùng da trên cơ thể một cách nghi thức và lặp đi lặp lại, kiểm tra đi kiểm tra lại tới 20 lần hành động mình đã làm, tiến đến là các hành vi, ý nghĩ mang tính nghi thức, cứng nhắc.

DSM-IV-TR đã định nghĩa về ám ảnh và cưỡng bức như sau:

Ám ảnh

• Những ý nghĩ, sự thôi thúc hay những hình ảnh lặp đi lặp lại và dai dẳng mà chủ thể phải trải nghiệm như một sự chịu đựng và vô lí, khiến cho chủ thể lo lắng và khổ sở một cách đáng kể. Hơn nữa:

- đó không chỉ đơn giản là những lo lắng quá mức của các vấn đề trong đời sống thực

- chủ thể luôn cố gắng để quên đi hay kìm nén chúng lại bằng những ý nghĩ hay hành động khác
- chủ thể nhận biết được rằng tự bản thân họ sinh ra các ý nghĩ đó.

Cưỡng bức

- những hành vi lặp đi lặp lại(như rửa tay, kiểm tra) hay các hoạt động tinh thần (cầu nguyện, nhẩm đi nhẩm lại một số từ nào đó) khiến chủ thể cảm thấy mình bị lôi kéo vào các phản ứng với những nỗi ám ảnh và các quy tắc cứng nhắc.
- các hành vi hay các hoạt động tinh thần nhằm ngăn cản hay làm giảm đi nỗi khiếp sợ hoặc các tình huống hoặc sự kiện gây khiếp sợ thường là quá mức, xa rời với các cách vô hiệu hoá hay ngăn cản thông thường.

Để có thể chẩn đoán là OCD thì sự cưỡng bức này phải gây ra cho chủ thể sự khổ sở đáng kể ít nhất là mỗi ngày một giờ hoặc cản trở các chức năng thông thường của chủ thể. Mặc dù mức độ lâm sàng của các hành vi ám ảnh rất ít, ước tính chỉ khoảng 3% dân số (Karno và cs. 1988), Rachman và Silva (1978) đã chỉ ra rằng ở một mức độ nào đó, các ý nghĩ ám ảnh có thể thấy ở hầu hết 90% các mẫu phi lâm sàng. Rối loạn điển hình này nếu xuất hiện lúc nhỏ tuổi thì nó sẽ khởi phát mạnh và thời gian mắc bệnh kéo dài hơn. Với những người trưởng thành, trong nghiên cứu của Karno thì có 20% mắc bệnh từ khi còn nhỏ và 29% là mắc bệnh ở tuổi trưởng thành.

Một ví dụ cho thấy bản chất của OCD và các vấn đề liên quan với nó có thể thấy ở trường hợp của Stephen, một công nhân nhà máy luôn sợ bị mắc giang mai khi chạm tay vào dụng cụ hay chỗ làm việc nào mà anh ta tin là người bị bệnh đã từng động tới. Anh ta đã có hàng loạt các hành động phòng ngừa như mở vòi nước bằng khuỷu tay, luôn chờ người khác mở cửa hộ mình, sử dụng khăn dùng một lần để tránh bị lây bệnh. Khi có một người đàn ông khác từng ở chỗ làm việc của anh ta thì anh ta sẽ rửa tay liên tục suốt cả ngày để chắc chắn rằng không một vi khuẩn bệnh rơi vãi nào có thể tấn công anh ta. Mỗi lần rửa tay, anh ta rửa cho tới khi tay mình bị trầy ra và chảy máu mới thôi. Nếu chạm vào một chỗ nào đó mà anh ta biết là đã bị nhiễm bệnh, anh ta sẽ trở nên lo lắng thực sự và rửa đi rửa lại hai bàn tay cho tới khi anh ta thấy an tâm là mình không lây bệnh và bớt lo lắng. Anh ta đã mô tả lại tình trạng của mình như sau:

> Tôi sợ phải chạm vào bất cứ cái gì mà M đã từng chạm vào- tôi không chạm vào đâu. Tôi biết là anh ta bị bệnh giang mai, có thể anh ta bị AIDS nữa, bạn biết là nó sẽ lây lan ra như thế nào rồi đấy... và bạn không có cách nào để tránh được đâu. Không thể thấy nó được đâu- và tôi chả dại gì mà chuốc lấy nguy cơ có thể tiếp xúc với nó cả. Tôi thực sự điên lên khi anh ta có mặt ở chỗ tôi làm việc. Tôi vốn đã tránh được những thứ bẩn khi tôi đá cửa bước vào, nhưng khi tôi biết anh ta đã chạm vào ghế ngồi của tôi, tôi thực sự phát hoảng vì tôi không muốn mình và gia đình có thể bị bệnh song tôi cũng không biết làm thế nào để tránh được. Tôi cọ rửa, lau chùi nó với thuốc tẩy và chà sát đôi tay của mình đến trầy cả ra nhưng như thế vẫn chưa thể đảm bảo là mọi thứ đều đã sạch hoàn toàn. Thế là tôi bắt đầu mỗi ngày với việc làm sạch chỗ làm, rửa sạch cánh tay, bàn tay của

mình cho an toàn... để bảo vệ mình và gia đình khỏi bất cứ chất dơ bẩn nào mà anh ta dây ra... Mỗi lần làm như vậy xong, tôi thấy thật thoải mái... Tôi vừa bị một vết chàm bội nhiễm ở tay vì việc cọ rửa quá nhiều, nó thực sự rất đau nhưng như thế cũng đáng thôi. Nó giúp tôi hết lo lắng về mọi thứ, mà như thế thì tệ lắm. Nếu lo lắng là tôi bắt đầu nghĩ đến bệnh AIDS, nghĩ đến cái chết, cả gia đình tôi sẽ chết. Tôi không thể ngừng nghĩ về những điều đó cho tới khi tôi nghĩ ra được cái gì đó hợp lí.

Từ lúc bắt đầu làm việc, tôi thực sự lo lắng. Tôi lo suốt dọc đường đi bởi tôi sắp phải đối mặt với nguy cơ mắc bệnh giang mai... Tôi thấy thực sự nhẹ cả người mỗi khi kết thúc việc cọ rửa, mặc dù tay tôi bị đau. Từ chỗ làm về, tôi rửa ráy sạch sẽ và cởi bỏ hết quần áo trước khi bước vào nhà. Tôi tống chúng vào máy giặt và giặt ngay lập tức - không thể để vợ tôi động vào chúng được... Tôi phải tắm trước khi làm gì đó và kì cọ thật kĩ lưỡng. Tôi sẽ không thể tha thứ cho mình nếu tôi mang mầm bệnh về nhà... Tôi để cả giầy ở bên ngoài.

Tôi không quan tâm nếu những người khác sử dụng ghế làm việc của tôi - cho dù họ làm việc cùng M. Tôi không lo lắng về họ- họ nằm ngoài sự đề phòng của tôi. Nhưng nếu nói là họ không mắc bệnh thì cũng không chắc vì tôi biết là bệnh tật không dễ gì mà thấy được...Trông họ không có vẻ bị bệnh không có nghĩa là họ không bị bệnh thực sự. Nếu họ biết M, và sau đó thấy tôi liên tục đi rửa tay, họ sẽ hiểu là vì tôi lo lắng họ có thể bị nhiễm bệnh.

Nguyên nhân rối loạn ám ảnh cưỡng bức

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Bằng chứng khác nhau nguy cơ di truyền của OCD cũng rất khác nhau. Chẳng hạn Carey và Gottesman (1981) cho thấy con số cùng mắc bệnh của các cặp sinh đôi cùng trứng là 87% và các cặp sinh đôi khác trứng là 47%, điều này phần nào minh chứng cho vai trò của yếu tố di truyền trong nguy cơ dẫn đến rối loạn này. Trái lại, Andrews và cs. (1990) lại không tìm thấy bằng chứng nào về tỉ lệ cùng mắc bệnh nhiều hơn của các cặp sinh đôi cùng trứng so với các cặp sinh đôi khác trứng. Các nghiên cứu gia đình cũng đưa ra những kết quả rất khác nhau. Trong khi một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ những người bị rối loạn trong số họ hàng của những người bị OCD cao hơn so với cộng đồng, Black và cs. (1992) khảo sát trên một mẫu lớn và chỉ phát hiện thấy 2,5% những người họ hàng của những người bị OCD là có rối loạn còn ở nhóm đối chứng và cộng đồng con số này là 2,3%.

CƠ CHẾ SINH HỌC

Các nhà sinh học đã đưa ra hai hệ thống não bộ nối liền với nhau có liên quan đến OCD. Hệ thống thứ nhất là một nhánh nối liền vùng trán trên ổ mắt nơi xuất phát của những xung động tình dục, hung tính và những xung động bản năng khác thường với vùng đồi thị, nơi mà chủ thể sử dụng nhận thức nhiều hơn và có thể từ đó đưa ra các hành vi phản ứng. Nhánh thứ hai cũng nối vùng ổ mắt với vùng đồi thị, nhưng qua thể vân. Vùng thể vân được xem là nơi kiểm soát mức độ hoạt hoá trong nội bộ các hệ thống. Nó có xu hướng lọc

ra những hoạt hoá mức độ cao trong vùng ổ mắt do vậy mà vùng đồi thị không trả lời cho những xung động ban đầu này. Trong OCD, nó có thể sẽ thất bại khi điều chỉnh hoạt động quá mức trong nhánh võng mạc-đồi thị, và kết quả là chủ thể phản ứng quá mức với các kích thích của môi trường, không thể ngăn chặn những phản ứng về nhận thức và hành vi của họ. Hệ thống đầu tiên thì được điều hoà bởi chất DTTK axit glutamic. Hệ thống thứ hai được điều hoà bởi một số những chất DTTK bao gồm seretonine, dopamine và GABA.

NHỮNG GIẢI THÍCH CỦA PHÂN TÂM HỌC

Mô hình của Freud (1922) cho rằng OCD là kết quả của nỗi sợ hãi của chủ thể về những xung động bản năng và phản ứng của họ sử dụng các cơ chế phòng vệ của cái tôi nhằm giảm đi những lo âu tiếp theo. Cuộc chiến giữa hai thế lực đối nghịch này không xảy ra trong vô thức. Thay vào đó, nó là những suy nghĩ và hành động rõ ràng và đầy kịch tính. Những xung động bản năng thường được thấy qua những suy nghĩ ám ảnh, trong khi sự dồn nén là kết quả của sự phòng vệ của cái tôi. Hai cơ chế phòng vệ của cái tôi đặc biệt phổ biến trong OCD là: phủ định và tổ chức phản ứng. Sự phủ định bao gồm những hành vi công khai nhằm ngăn cản những hậu quả đáng sợ như: cọ rửa để tránh bị nhiễm bệnh, v.v… Tổ chức phản ứng bao gồm việc chấp nhận những hành vi hoàn toàn đối nghịch với những xung động không thể chấp nhận. Chẳng hạn, người sạch sẽ một cách bị ép buộc có thể che giấu những xung năng tình dục bất thường ẩn đằng sau sự sạch sẽ và ngăn nắp của họ.

Freud coi OCD bắt nguồn từ những khó khăn trong giai đoạn hậu môn trong sự phát triển. Ông ta cho rằng những đứa trẻ trong giai đoạn này đạt được sự thoả mãn thông qua hoạt động đại tiện. Nếu bố mẹ chúng ngăn cấm hay kiềm chế những khoái cảm này từ đầu đến cuối như quá sốt sắng rèn luyện cho chúng ngồi bô thì có thể dẫn tới trạng thái giận dữ và kích động mang tính xung động bản năng biểu lộ qua việc làm bẩn hay các hành vi phá phách khác. Nếu bố mẹ chúng đáp lại những việc này bằng sự ép buộc mạnh hơn, và nếu họ gây khó khăn cho đứa trẻ nhằm cố gắng khuyến khích nó luyện tập đi vệ sinh thì đứa trẻ có thể cảm thấy những hành vi của chúng là đáng xấu hổ và tội lỗi. Vì vậy, sự thoả mãn của cái "nó" bắt đầu đấu tranh sự kiểm soát của cái "tôi". Nếu cứ tiếp tục như vậy, đứa trẻ có thể bị cắm chốt ở giai đoạn này và phát triển một nhân cách ám ảnh. Những tổn thương trong giai đoạn trưởng thành có thể dẫn tới một sự thoái lui về giai đoạn này nếu như trong suốt quá trình trải qua nó chưa được hoàn thiện.

Không phải tất cả các thuyết tâm lí động thái đều tán thành với Freud, mặc dù tất cả đều nhất trí rằng rối loạn là sự phản ánh cuộc đấu tranh giữa những xung động mang tính xâm kích và những cố gắng trong việc kiểm soát chúng. Những nhà phân tâm học theo lí thuyết của Klein đưa ra giả thuyết rằng hậu quả của trạng thái căng thẳng ở một số người có thể khiến họ mất khả năng nhìn thấy cả cái tốt và cái xấu trong cùng một vật. Đúng hơn là họ coi chúng vừa tốt vừa xấu: vẫn chia ra tốt và xấu song họ không cảm giác được sự phân

biệt giữa chúng. OCD tăng lên khi chủ thể tự bảo vệ mình bằng cách sử dụng những hành vi ám ảnh để chống lại những ý nghĩ "xấu" có thể khiến họ trở thành một người "xấu".

LÍ GIẢI THEO TRƯỜNG PHÁI HÀNH VI

Mô hình hành vi về OCD dựa trên cơ sở mô hình hai giai đoạn của Mowrer (1947): sự sợ hãi trước những kích thích đặc biệt được hình thành thông qua điều kiện hoá cổ điển được duy trì bởi quá trìnhđiều kiện hoá tạo tác. Điều phân biệt OCD với ám sợ hay rối loạn hoảng sợ là sự lo lắng tăng lên trong những điều kiện mà chủ thể không dễ gì thoát ra được. Kết quả là, sự khổ sở chỉ có thể giảm đi bằng cách chủ thể bắt đầu giấu diếm hoặc công khai những nghi thức ám ảnh hay hành vi ám ảnh, như việc kiểm tra đi kiểm tra lại nhiều lần hoặc rửa tay, hoặc lặp lại những chuỗi nhận thức, hành vi được tạo ra nhằm giảm sự lo lắng có liên quan tới những kích thích đặc biệt đó. Những điều này tạo nên sự giải thoát hoặc những hành vi né tránh, và giảm sự lo lắng trong một thời gian ngắn. Tuy nhiên, chúng lại duy trì sự lo lắng và hành vi tránh né kéo dài, vì cá nhân không thể biết rằng sẽ không có một sự nguy hiểm nào xảy ra khi họ vắng mặt. Họ cũng luôn cố gắng ngăn chặn sự tiếp xúc ban đầu với kích thích đáng sợ.

LÍ GIẢI THEO CÁCH TIẾP CẬN NHẬN THỨC

Hai nhóm lí thuyết về nhận thức riêng biệt đã cố gắng để giải thích những hiện tượng liên quan đến OCD. Các lí thuyết thiếu hụt nhận thức (Reed 1985) đã giả định rằng hành vi ám ảnh là kết quả của sự thiếu năng lực tổng thể trong việc kiểm soát nhận thức, trí nhớ không đầy đủ và các khả năng ra quyết định. Về cách tiếp cận này, Salkovskis và Kirk (1997) đã có ý kiến tranh luận rằng những lí thuyết này chưa chỉ ra một cách đầy đủ những nét đặc trưng của OCD. Đặc biệt họ nhấn mạnh:

- Những người bị OCD không có nghĩa là họ có vấn đề về trí nhớ nói chung và về khả năng ra quyết định: vấn đề của họ là các tình huống đặc biệt. Chẳng hạn họ có thể kiểm tra lại nhiều lần rằng cửa ra vào hay nhà của họ đã được khoá hay chưa, song họ không có vấn đề gì khi khoá cửa chạn bếp cả.
- Tương tự như vậy, những người bị OCD có thể bị khiếp sợ bởi một thứ đồ ô uế đặc biệt hoặc sợ bị nhiễm bệnh từ một nguồn đặc biệt nào đó. Họ không có vấn đề tổng thể nào trong việc quyết định xem cái gì là sạch và cái gì là bẩn.
- Những người bị ám ảnh không có dấu hiệu cho thấy có vấn đề về trí nhớ ngoại trừ khu vực liên quan trực tiếp đến những vấn đề về ám ảnh. Họ kiểm tra nhiều lần vì họ quan tâm đến trí nhớ của họ chứ thực chất không phải bởi bất cứ sự thiếu năng lực nào.

Mô hình riêng của Salkovskis (Salkovskis & Kirk, 1997) là sự phát triển của những mô hình hành vi của OCD. Ông đã đưa ra giả thuyết sự ám ảnh là những nhận thức bị ép buộc mà chủ thể bị thuyết phục, chỉ dẫn rằng họ phải chịu trách nhiệm về việc gây hại cho

chính bản thân mình hoặc những người khác nếu như họ không thực hiện một số hành động để ngăn chặn. Niềm tin này dẫn tới một trạng thái sợ hãi hoặc đau khổ mà chủ thể luôn cố gắng làm giảm đi bằng cách khoả lấp những ý nghĩ đó và thực hiện những hành động nhằm giảm trách nhiệm của mình với bất cứ một hậu quả xấu nào. Việc thực hiện những hành động có thể bao gồm hành vi bị cưỡng bức, sự tránh né các tình huống có liên quan tới những ý nghĩ ám ảnh, và tìm kiếm sự đảm bảo an toàn chắc chắn nhằm giảm đi hoặc chia sẻ cho vơi bớt trách nhiệm.

Thật không may, những nỗ lực làm biến mất những ý nghĩ kia lại có tác dụng ngược lại: những ý nghĩ này lại càng thường xuyên xuất hiện và càng nổi bật hơn (hãy ngừng đọc, và hãy cố gắng không nghĩ đến một con gấu trắng trong vài phút tới, và hãy nhìn cho chính mình!). Trong một cuộc thí nghiệm hiện tượng này, Salkovskis và Kirk (1997) đã công bố một loạt những trường hợp nghiên cứu đơn trong đó những người mắc chứng OCD sử dụng nhật ký để ghi lại những ý nghĩ ám ảnh cưỡng bức thường xuyên xảy ra trong một loạt những ngày kế tiếp nhau mà họ cố gắng kìm hãm và không kìm hãm. Người ta đã thấy một sự khác biệt rõ rệt về số lượng những ý nghĩ ám ảnh cưỡng bức trong mỗi giai đoạn của cuộc nghiên cứu: trong những ngày "kìm hãm", mức độ của những ý nghĩ ép buộc gấp hai lần trong những ngày "không kìm hãm". Sự né tránh hoặc trốn chạy khỏi tình huống sợ hãi sẽ ngăn chặn việc dập tắt phản ứng lo sợ. Theo đó, cả hai loại nỗ lực ứng phó này có thể khiến cho các ý nghĩ ám ảnh cưỡng bức, những phản ứng xúc cảm tiêu cực và những hành vi bị ép buộc liên tục phát triển theo chiều hướng xấu đi.

Điều trị rối loạn ám ảnh cưỡng bức

CÁC CÁCH TIẾP CẬN HÀNH VI VÀ NHẬN THỨC HÀNH VI

Phương pháp trị liệu hành vi với người bị OCD điển hình bao gồm việc để chủ thể biểu lộ ra bên ngoài và ngăn chặn các phản ứng. Ở đây, chủ thể biểu lộ những kích thích gây sợ hãi của mình ra, thường là theo một cách thức đã được phân loại, và sau đó họ được giúp đỡ để ngăn chặn sự né tránh thông qua cách họ sử dụng những nghi thức chạy trốn, đó là: "làm bẩn" những bàn tay và sau đó thì không rửa chúng. Điều này là để dập tắt phản ứng sợ hãi khi họ thấy không có sự liên quan giữa những ý nghĩ về sự nguy hiểm xảy ra với những hậu quả tiêu cực mà họ nghĩ. Cũng có thể luyện cho họ cách thư giãn để ứng phó khi có những rối nhiễu cơ thể ở mức độ cao có liên quan tới những phản ứng sợ hãi.

Rất nhiều nghiên cứu lâm sàng sử dụng cách tiếp cận này đạt được thành công nhất định, mặc dù chỉ có dưới 50% số người tham gia vào chương trình trị liệu là thuyên giảm hoàn toàn (Salkovskis và Kirk 1997). Những cách trị liệu hành vi phức tạp hơn được ứng dụng với những người trầm tư hoặc những người không có hành vi nghi thức, việc từ chối trị liệu và từ bỏ giữa chừng cũng khá phổ biến. Theo đó, khi mô hình của sự rối loạn phát

triển, thì những chương trình trị liệu cũng phát triển, mà hiện nay, chúng tập trung ngày càng cao vào các yếu tố nhận thức góp phần duy trì rối loạn.

Trị liệu nhận thức tập trung vào việc giảm mức độ thường xuyên của các hành vi ám ảnh thấy được (như kiểm tra) hay cả giấu diếm (ví dụ, những nghi thức có nhận thức) bằng cách:

- hướng dẫn cho những bệnh nhân biết rằng những ý nghĩ ám ảnh thì không liên quan gì tới hành động khác
- cảnh báo sự giải thích về những ý nghĩ ám ảnh – đặc biệt là trong trường hợp không thừa nhận sự hiểu sai về trách nhiệm
- không thừa nhận niềm tin rằng những hậu quả của việc không thực hiện những hành vi an toàn sẽ rất thảm khốc.

Cách tiếp cận nhận thức vẫn bao gồm đối mặt với những kích thích gây sợ hãi và ngăn chặn phản ứng. Tuy nhiên, quy trình này được tăng cường bởi một loạt những chiến lược về nhận thức gồm sự bác bỏ những ý nghĩ không phù hợp, những thử nghiệm về tinh thần, sự kiểm tra các hành vi giả định và ngừng suy nghĩ. Thử nghiệm về tinh thần cho phép chủ thể kiểm tra tính có căn cứ của những chờ đợi của họ, đặc biệt là tập trung vào mối đe doạ có liên quan tới những ý nghĩ của họ. Đối với một số người sợ những suy nghĩ của họ có thể giết chết một ai đó thì nên khuyến khích họ có thể kiểm tra tính thực tế của băn khoăn này bằng một cuộc thực nghiệm tinh thần, trong đó các nhà trị liệu rồi thân chủ kiểm tra giả định tương tự – hãy để chúng ta hi vọng mà không có bất kì một kết quả xấu nào!

Ngừng suy nghĩ là sự trái ngược của việc thử thách nhận thức. Trong kĩ thuật này, thân chủ được học cách làm giảm những ý nghĩ của mình hơn là thách thức lại nội dung của những suy nghĩ đó. Luyện tập cách ngừng suy nghĩ gồm một chuỗi liên liếp các bước thực hiện. Trước tiên, thân chủ sẽ thư giãn trong một chiếc ghế êm ái, dễ chịu và được yêu cầu nghĩ về những ý nghĩ mà họ muốn xoá bỏ. Khi những ý nghĩ đó bắt đầu, nhà trị liệu sẽ ngắt chuỗi suy nghĩ này bằng cách làm khách hàng giật mình thoát ra khỏi chúng (nhà trị liệu nói to " Ngừng lại!" và tạo ra nhiều tiếng ồn). Vào lúc này, thân chủ được yêu cầu tập trung vào một tưởng tượng hoặc một suy nghĩ được chuẩn bị trước, thông thường chúng khác với những suy nghĩ và tưởng tượng ban đầu của họ. Bước này là để nhắc lại, dần dần giảm cường độ của những kích thích bên ngoài và sau đó làm chúng trở thành những tín hiệu bên trong mà việc suy nghĩ từ "dừng lại!" gắn với một quá trình chuyển đổi từ những ý nghĩ hoảng sợ tới một suy nghĩ hoặc tưởng tượng khác. Kết quả là có thể làm giảm đi những ý nghĩ đó bởi theo như cơ chế của phản ứng có điều kiện cổ điển: thân chủ có thể gợi ra phản ứng đó khi họ cảm thấy bị lấn áp bởi chính những ý nghĩ gây lo lắng của mình.

Sự so sánh giữa cách tiếp cận hành vi cách tiếp cận nhận thức đã không thống nhất được cách nào tốt hơn; thực tế, cũng có một nghiên cứu tìm ra rằng phương pháp trị liệu nhận thức ít có hiệu quả hơn so với trị liệu hành vi. McLean và cs. (2001) đã so sánh hiệu quả của can thiệp thuần tuý về hành vi (bộc lộ ra bên ngoài và ngăn chặn phản ứng) với can

thiệp nhận thức bao gồm cả việc thử thách những ý nghĩ nhận thức để chống lại rối loạn, nhấn mạnh sự thổi phồng trách nhiệm, đánh giá quá mức mối đe doạ, và tính không dung nạp của những điều không rõ ràng. Các nhà nghiên cứu đã xác định tiêu chuẩn phục hồi lâm sàng là: có bằng chứng giảm sút "đáng tin cậy" những triệu chứng và "trạng thái hoạt động không bình thường". Sử dụng tiêu chuẩn này, 16% những người tham gia vào nhóm trị liệu nhận thức và 18% trong nhóm trị liệu hành vi đã lần lượt có những sự phục hồi quan trọng đáng kể vào cuối đợt trị liệu. Trong ba tháng tiếp sau đó, con số bình phục lần lượt là 13% và 45%.

Thật không may, phương pháp trị liệu nhận thức được sử dụng trong cuộc nghiên cứu không tối ưu cho lắm. Trong chương trình trị liệu hành vi, những người tham gia đã phải đối mặt với những kích thích gây sợ hãi của họ rất nhiều lần với sự có mặt của những nhà trị liệu. Những kích thích này còn lưu lại trong trí não của họ mà không hề có phản ứng hành vi an toàn nào, tạo điều kiện để dễ dàng dập tắt những phản ứng lo sợ của họ cho đến khi những lo lắng của họ giảm đáng kể (và điều này có thể làm thay đổi nhận thức: xem chương 2). Trong trị liệu nhận thức, những người tham gia cũng phải đối mặt với những kích thích sợ hãi chỉ đơn giản là để thực hành những kỹ năng về nhận thức của họ. Họ không bị ám ảnh mãi bởi những kích thích sợ hãi đó cho đến khi nỗi lo sợ của họ giảm đi. Họ có thể bỏ qua sự có mặt của những kích thích sợ hãi trong khi vẫn còn lo lắng cao độ. Quy trình này có thể vì thế mà còn duy trì hoặc thậm chí làm trầm trọng thêm những hành vi ám ảnh, làm tăng thêm mức độ lo lắng ban đầu của họ. Sự thất bại sau đó của cách tiếp cận nhận thức là điều không đáng ngạc nhiên.

Cottraux và cs. (2001) thì lại thấy không có sự khác nhau rõ rệt nào giữa trị liệu nhận thức và trị liệu hành vi khi sử dụng phương pháp trị liệu nhận thức theo cách thách thức những sự thừa nhận là cơ sở của hành vi ám ảnh chứ không sử dụng kĩ thuật đối mặt và ngăn chặn phản ứng. Cuối cùng, Van Oppen và cs.(1995) đã tìm ra rằng trị liệu nhận thức kết hợp với kĩ thuật đối mặt và ngăn chặn phản ứng là dạng có ưu thế hơn cả trị liệu hành vi. Và dường như can thiệp thuần tuý nhận thức không có sự đối mặt/ngăn chặn cũng kém hiệu quả hơn so với đơn thuần là đối mặt/ ngăn chặn phản ứng. Tuy nhiên sự kết hợp cả hai cách tiếp cận có thể có hiệu quả hơn. Quan điểm này được giữ vững với khẳng định của Teasdale rằng thay đổi nhận thức qua các buổi trị liệu mới chỉ mang tính tạm thời. Chỉ khi thay đổi được diễn ra ở cấp độ hành vi thì những nhận thức thay đổi mới bắt đầu thâm nhập đầy đủ vào trong sơ đồ nhận thức của chủ thể.

CAN THIỆP DƯỢC LÍ

Cho tới khi có SSRIs, người ta vẫn thường sử dụng clomipramine, một loại thuốc chống trầm cảm 3 vòng để trị liệu OCD. Tuy nhiên hiệu quả của nó còn phụ thuộc tuỳ từng trạng thái cảm xúc. Ví dụ, *Nhóm hợp tác nghiên cứu Clomipramine* (1991) đã thấy tỉ lệ giảm các triệu chứng OCD sau khi trị liệu bằng clomipramine là 40%, so với 5% nhóm

dùng placebo. Người ta cũng so sánh hiệu quả trực tiếp của clomipramine và SSRIs và thấy rằng tác dụcg của chúng ngang nhau, mức độ tác dụng phụ cũng giống nhau(Freeman và cs. 1994). Hầu hết bệnh nhân đều tái phát sau khi ngừng trị liệu sớm, và có thể phải mất rất nhiều tháng để có thể đạt được mức độ đáp ứng cao nhất. Pato và cs. (1988) đã cho biết 16 trong số 18 người trị liệu bằng clomipramine đã tái phát trong vòng 7 tuần sau khi ngừng sử dụng thuốc, mặc dù vài người trong số họ đã từng sử dụng thuốc trước đó hơn 1 năm.

TIẾP CẬN PHẪU THUẬT

Điều trị OCD bằng cách phẫu thuật nói chung chỉ sử dụng khi vấn đề rất trầm trọng mà các cách tiếp cận khác đều không hiệu quả. Quy trình phẫu thuật phổ biến nhất cho chúng ta là phẫu thuật lập thể cắt đường dẫn truyền dưới nhân đuôi (xem chương 3). Nó cũng có một số kết quả đối với một số bệnh nhân nhất định. Chẳng hạn, Jenike và cs. (1991) nhận thấy có 25-30% các ca trị liệu có những tiến bộ đáng kể sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên, 9% số họ lâm vào động kinh, 10% chuyển sang tự sát. Tuy vậy cũng chưa thể xác định được liệu đây là kết quả của sự thay đổi tâm trạng do phẫu thuật, thất vọng do trị liệu không có kết quả, hoặc cũng có thể ý tưởng tự sát đã có từ trước. Một trong số không nhiều nghiên cứu tương tự sử dụng các nhóm đối chứng để đánh giá phương pháp trị liệu OCD bằng phẫu thuật là của Tan và cs. (1971). Các tác giả đã đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chất trắng 2 bên. (Phẫu thuật này hiện nay không sử dụng nữa do những tác dụng xấu của nó rất lớn). Năm năm sau, 50% số bệnh nhân phẫu thuật được đánh giá là có cải thiện rất đáng kể về những triệu chứng ám ảnh so với nhóm trị liệu thuốc là 23%. Về mức độ lo âu đo được thì tỉ lệ tương ứng của hai nhóm là 89% với nhóm phẫu thuật và 63% với nhóm trị liệu thuốc. Đây cũng là một trong số ít nghiên cứu về hậu quả kéo dài của phẫu thuật tâm thần trong OCD. Bằng cách nào mà phẫu thuật tâm thần đạt được hiệu quả của nó đến nay vẫn chưa được rõ ràng, dù vậy giả thuyết hợp lí nhất vẫn là sự chia cắt sự liên hệ giữa vùng trán trên ổ mắt và vùng đồi thị, làm giảm dần hoạt động của vòng này và loại bỏ được các triệu chứng OCD.

tóm tắt chương

1. Rối loạn lo âu lan toả là sự lo âu quá mức, kéo dài, lan tỏa và không thích đáng.

2. Trong hệ thống ức chế hành vi, có thể thấy phần nào vai trò của yếu tố di truyền thông qua hệ thống vách ngăn hồi cá ngựa và vòng Papez. Hoạt đông của hệ thống ức chế hành vi phụ thuộc vào mức độ norepinephrine, serotonin và GABA.

3. Những lí giải của phân tâm cho rằng nó phát sinh từ việc bị phạt quá mức và được bao bọc quá mức khi còn nhỏ. Điều đó dẫn đến các xung động bản năng bị bóp méo hoặc các cơ chế phòng vệ không thích hợp.

4. Các nhà nhân văn xem GAD là kết quả của sự hiện thực hoá cái tôi bị chệch hướng, đó là điều tất yếu khi các yếu tố khác bóp méo cái tôi lí tưởng, tiếp đó là cái tôi hiện thực.

5. Mức độ của GAD thay đổi tuỳ thuộc vào các căng thẳng trong đời sống kinh tế xã hội và thời gian.

6. Mô hình nhận thức của GAD nhấn mạnh vai trò của "lo lắng" và "siêu lo lắng" trong việc duy trì lo âu.

7. Điều trị thuốc có thể cho hiệu quả bằng hoặc hơn so với trị liệu tâm lí trong thời gian ngắn. Còn đối với thời gian dài, phương pháp trị liệu nhận thức là phương pháp cho hiệu quả nhất.

8. Rối loạn hoảng sợ xảy ra khi chủ thể trải nghiệm những cơn hoảng sợ không mong đợi cứ lặp đi lặp lại.

9. Nó có tính di truyền ở một mức độ vừa phải, đó là sự kết hợp giữa mức độ cao của norepinephrine và mức độ thấp của GABA.

10. Mô hình nhận thức đưa ra lời giải thích cho sự phát sinh hoảng sợ khi không có các tác nhân rõ ràng: chủ thể có những nhận thức về sự khủng khiếp, đó là sự đáp ứng với các kích thích, thường là các kích thích sinh lí bên trong.

11. Trị liệu nhận thức-hành vi dường như là cách trị liệu hiệu quả nhất đối với rối loạn này.

12. Hành vi ám ảnh cưỡng bức là kết quả của những yếu tố gây lo âu tác động lên chủ thể không có khả năng ngăn ngừa.

13. Thuyết phân tâm và thuyết nhận thức đều thống nhất rằng những sự cưỡng bức tao ra một phần các hành vi an toàn, lặp đi lặp lại mà chủ thể sử dụng để nhằm hạn chế sự đe doạ liên quan đến lo âu. Song họ không đồng ý với nhau trong quan niệm về bản chất và nguyên nhân của nó.

14. Các triệu chứng của OCD dường như là kết quả của mức seretonin hạ thấp và tăng cao chất dopamine, ảnh hưởng tới chức năng của các vùng vỏ não phía trước và hạch nền.

15. Phương pháp tỏ ra có hiệu quả nhất trong trị liệu OCD là trị liệu nhận thức hành vi với sự đối mặt/ ngăn chặn phản ứng và sự sắp xếp lại trong nhận thức, mặc dù các bằng chứng còn chưa thống nhất và nhiều người còn chưa khỏi khi trị liệu theo phương pháp này hoặc uống thuốc.

16. Nói chung bệnh thường tái phát sau khi ngừng trị liệu thuốc.

17. Phẫu thuật tâm thần có thể coi như phương kế trị liệu cuối cùng cho OCD.

Câu hỏi Thảo luận

1. Những chiến lược nào có thể làm tăng hoặc giảm mức độ lo lắng trong GAD?

2. Những yếu tố nào chỉ ra rằng khi ở trong trạng thái lo âu, người ta đều chọn cả trị liệu tâm lí lẫn sử dụng thuốc.

3. Các quá trình nhận thức trong sự phát triển rối loạn lo âu có mức độ quan trọng như thế nào?

4. Mỗi loại rối loạn lo âu được mô tả dường như trung gian bởi các cơ sở vật chất sinh học khác nhau. Như vậy, liệu có phải các trạng thái khác nhau là những biểu hiện khác nhau của những rối loạn tương tự, có quan hệ với nhau hay thực ra chúng là các rối loạn không có liên quan gì với nhau?

Chương 8

RỐI LOẠN KHÍ SẮC

Rối loạn khí sắc là các rối loạn mà trong đó, trầm cảm là triệu chứng chủ yếu. Điều quyết định các hạng mục chẩn đoán khác nhau là nguyên nhân của trầm cảm và những triệu chứng cùng tồn tại với nó. Ở đây, chúng ta đề cập đến 3 loại. Trầm cảm chủ yếu là một trạng thái mà trong đó, cá nhân trải qua mức độ suy sụp đáng kể - kết quả của trầm cảm. Rối loạn cảm xúc theo mùa là trạng thái cũng bao hàm các giai đoạn trầm cảm. Như cái tên đã chỉ ra, nó khác với trầm cảm chủ yếu ở chỗ, đó là một trạng thái theo mùa và chỉ xảy ra vào mùa đông. Cuối cùng, rối loạn cảm xúc lưỡng cực là trạng thái mà trong đó, cá nhân dao động giữa các giai đoạn của trầm cảm sâu sắc và hưng cảm. Chương này cũng đề cập đến nguyên nhân gây ra hiện tượng tự sát (không phải tất cả những trường hợp này đều liên quan đến đến trầm cảm) và cách điều trị đối với những người tự sát bất thành. Cho đến cuối chương, bạn sẽ hiểu được các nội dung sau:

- Bản chất và nguyên nhân của trầm cảm chủ yếu, rối loạn cảm xúc theo mùa và rối loạn cảm xúc lưỡng cực, từ tổng quan của nhiều lí thuyết khác nhau
- Nguyên nhân của hành vi tự sát
- Các kiểu can thiệp sử dụng để trị liệu từng rối loạn
- Tính hiệu quả tương đối của mỗi cách can thiệp.

Trầm cảm chủ yếu

Hệ thống phân loại bệnh DSM-IV-TR (APA 2000) định nghĩa một giai đoạn trầm cảm chủ yếu khi có sự xuất hiện của ít nhất 5 trong số các triệu chứng sau, trong tối thiểu 2 tuần:

- khí sắc trầm
- giảm rõ rệt hứng thú và ưa thích trong hầu hết các hoạt động
- giảm hoặc tăng cân đáng kể, tăng hay giảm khẩu vị
- kích động về mặt cơ thể
- mệt mỏi hoặc mất sinh lực
- cảm thấy vô giá trị hoặc tội lỗi quá mức
- giảm sút khả năng suy nghĩ, tập trung, hoặc không quyết đoán
- kiệt sức và suy nhược rõ rệt.

Những người bị trầm cảm được đặc trưng bởi các vấn đề về cảm xúc, động cơ, sinh lí và nhận thức. Họ cảm thấy bản thân kém cỏi và không tìm được thích thú từ những hoạt động thường diễn ra. Họ thường không tích cực hoạt động tự giác, tốn nhiều thời gian nằm trên giường hoặc trốn tránh sự hợp tác của người khác. Hoạt động và ngôn ngữ của họ chậm

rõ rệt. Nhìn chung, họ có cách nhìn tiêu cực về bản thân và bi quan về hiện tại cũng như tương lai. Họ thấy rằng việc thay đổi tình trạng của mình là nằm ngoài khả năng và vô vọng. Tuy không phải tất cả, nhưng ở một số người xuất hiện hành vi và ý tưởng tự sát. Những người trầm cảm thường thể hiện những suy nghĩ chậm chạp và lộn xộn, cũng như khó khăn trong việc ghi nhớ thông tin hoặc giải quyết vấn đề.

Khoảng 5% dân số mắc phải trầm cảm bệnh lí trong một thời điểm bất kỳ; 17% trải qua trầm cảm chủ yếu trong một thời điểm nào đó của cuộc đời (Angst 1999). Khoảng một phần tư các cơn trầm cảm kéo dài dưới 1 tháng; hơn 50% qua đi trong vòng chưa đến 3 tháng. Có 25-30% người vẫn còn bị trầm cảm sau 1 năm kể từ khi bệnh khởi phát, trong khi gần một phần tư vẫn còn trầm cảm cho đến tận 2 năm sau. Lứa tuổi điển hình mà đợt trầm cảm đầu tiên khởi phát là 24-29 tuổi. Phụ nữ có biểu hiện trầm cảm nhiều hơn nam giới ít nhất là 2 lần; tính theo cả cuộc đời, tỉ lệ thường thấy ở phụ nữ là 26% so với 12% ở nam giới (Keller và cs.1984).

Nguyên nhân của trầm cảm chủ yếu

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Mặc dù đã có một số bằng chứng phủ định, nhưng người ta vẫn luôn cho rằng yếu tố di truyền có ảnh hưởng đến nguy cơ bị trầm cảm. Chẳng hạn, McGuffin và cs. (1996) đã tìm ra rằng 46% các cặp sinh đôi cùng trứng cùng bị trầm cảm, trong khi ở các cặp sinh đôi khác trứng, tỉ lệ này là 20%. Tương tự, Wender và cs. (1986) đã tiến hành một nghiên cứu trên 2 nhóm khách thể: Nhóm thứ nhất là họ hàng của những người con nuôi đã trưởng thành và từng bị trầm cảm. Thứ hai là nhóm con nuôi. Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tìm hiểu các thông số về tuổi tác, tình trạng kinh tế - xã hội và khoảng thời gian những người con nuôi sống với mẹ ruột không bị trầm cảm. So sánh tỉ lệ trầm cảm giữa hai nhóm, thấy rằng ở nhóm khách thể thứ nhất, tỉ lệ bị trầm cảm nhiều gấp 8 lần và đã từng có ý định tự sát nhiều gấp 15 lần, so với họ hàng ruột của chính những người con nuôi này. Không thấy có sự khác biệt giữa các nhóm khi xét đến những mức độ trầm cảm nhẹ.

CƠ CHẾ SINH HỌC

Cả chất norepinephrine và serotonin đều được coi là nguyên nhân gây nên trầm cảm. Ban đầu, người ta đã nghĩ rằng sự giảm nồng độ của một trong 2 chất DTTK này có ảnh hưởng đến khí sắc. Ngày nay, quan niệm đơn giản này đã bị những dữ liệu gần đây phủ định. Có vẻ như khí sắc là kết quả của sự tương tác giữa serotonin và norepinephrine. Thậm chí nó có thể là kết quả của sự tương tác giữa hai chất này với các cơ quan khác của não. Ví dụ, Rampello và cs. (2000) đã giải thích rằng khí sắc là kết quả của sự không cân bằng giữa một số chất DTTK, bao gồm serotonin và norepinephrine, dopamine và acetylcholine. Có thể là serotonin đóng vai trò quá lớn trong việc kiểm soát các cơ quan khác nhau của não,

và sự giảm chất này đã phá vỡ hoạt động trong các cơ quan này, dẫn đến trầm cảm. Khu vực não có liên quan chủ yếu đến trầm cảm là hệ viền. Theo mô hình tâm sinh học (psychobiological), các quá trình này xảy ra do tác động của cả các yếu tố tâm lí - xã hội lẫn yếu tố di truyền; do đó, nó đòi hỏi mức độ quan tâm thích đáng của mỗi lĩnh vực, trước khi một giai đoạn trầm cảm diễn ra.

YẾU TỐ VĂN HOÁ - XÃ HỘI

Những sang chấn tâm lí - xã hội đã góp phần làm tăng nguy cơ trầm cảm. Tỉ lệ trầm cảm thường thấy tương đối cao ở người nghèo, dân tộc thiểu số và những người có nguồn trợ cấp xã hội ít ỏi (Jenkins và cs. 1998). Ở rất nhiều người, một số yếu tố kết hợp với nhau, khiến cho trầm cảm đặc biệt dễ xảy ra. Năm 1978, Brown và Harris đã tiến hành nghiên cứu trên những phụ nữ thuộc tầng lớp lao động. Một nhóm bao gồm những người có tới 3 con nhỏ hoặc nhiều hơn, thiếu một người bạn gái thân thiết để tâm tình, không có nghề nghiệp bên ngoài và mồ côi cha từ khi còn rất nhỏ. Nhóm còn lại cũng là những phụ nữ thuộc tầng lớp lao động nhưng có hoàn cảnh ngược lại. Kết quả cho thấy những phụ nữ ở nhóm thứ nhất có khả năng bị trầm cảm cao hơn so với nhóm thứ hai. Những cá nhân túng thiếu về mặt kinh tế có xu hướng trải qua nhiều sự kiện tiêu cực trong cuộc sống hơn là những người có điều kiện kinh tế được cải thiện, và có lẽ nguồn tài chính và xã hội dùng để giải quyết những khó khăn của họ cũng ít hơn (House và cs. 1991). Nhiều cá nhân thuộc các dân tộc ít người gặp phải tình trạng kinh tế bất lợi. Thêm nữa, họ phải đấu tranh với định kiến và sự hoà nhập với dân tộc chiếm số đông, điều này có thể gây nên stress (Clarke 2000). Những stress cuộc sống mạnh, như ly hôn hay ly thân, có thể gây ra các đợt trầm cảm. Ngược lại, một hệ thống nâng đỡ xã hội tốt có thể bảo vệ cá nhân khỏi căn bệnh này.

Có rất nhiều lời giải đáp khác nhau cho câu hỏi tại sao phụ nữ lại thường bị trầm cảm nhiều hơn nam giới. Thoạt đầu thì điều này bị bỏ qua vì người ta cho rằng đó chỉ là biểu hiện của định kiến, giờ đây đã có chứng cứ thuyết phục hơn, chứng minh rằng, thật sự có sự khác biệt về giới trong tỉ lệ thường thấy của trầm cảm (Weich và cs. 1998). Ở khía cạnh xã hội, người ta giải thích rằng phụ nữ ngày nay phải gánh vác nhiều trách nhiệm hơn nhưng lại có chất lượng cuộc sống thấp hơn nam giới. Phụ nữ có xu hướng làm những việc có vị thế thấp; công việc ở công sở và trong gia đình khiến họ bị quá tải (Bird và Rieker, 1999). Điều đó có nghĩa là, khác với nam giới, khi phụ nữ làm xong việc ở cơ quan, vai trò nội trợ đang chờ đợi họ ở nhà, và họ phải tiếp tục làm việc. Phụ nữ cũng dễ phải chịu những áp lực về mặt văn hoá hơn so với đàn ông, bao gồm cả việc phải tuân theo các tư tưởng phương Tây về sự quyến rũ, điều này càng làm tăng thêm khả năng bị stress của họ. Lời giải thích từ khía cạnh tâm lí học, đó là, so với đàn ông, phụ nữ dễ bị quy lỗi lầm cho bản tính cá nhân của họ hơn, do đó, họ càng dễ tự buộc tội và đánh giá thấp bản thân. Thêm vào đó, Holen-Hoeksema (1990) đã lí luận rằng khi đàn ông trải qua những hoàn cảnh có thể dẫn đến trầm cảm, khả năng quên đi những ý nghĩ tiêu cực của họ tốt hơn. Trong khi đó,

phụ nữ lại hay để tâm đến hậu quả và nguyên nhân; suy nghĩ này thúc đẩy sự xuất hiện của những ý nghĩ bi quan vốn đã tiềm tàng trong đầu óc họ.

GIẢI THÍCH THEO TRƯỜNG PHÁI TÂM LÍ ĐỘNG THÁI

Freud cho rằng trầm cảm là một quá trình tương tự như đau buồn. Khi quá đau buồn, cá nhân có thể thoái lui về giai đoạn môi miệng của sự phát triển, như là một cơ chế phòng vệ chống lại những nỗi buồn quá lớn. Điều này dẫn cá nhân đến chỗ phụ thuộc hoàn toàn vào người mà họ yêu quý; hậu quả là, họ đồng nhất mình với những người đó và qua đó, một cách tượng trưng, họ giành lại được mối quan hệ đã mất. Tiếp theo, qua một quá trình gọi là tiếp nhận (introjection), cá nhân hướng những cảm nhận về người họ yêu quý đến chính bản thân. Những cảm xúc này có thể bao gồm cả sự giận dữ, kết quả của các xung đột không giải quyết được. Phản ứng như thế, nhìn chung, chỉ diễn ra trong thời gian ngắn, nhưng có thể trở thành bệnh lí nếu cá nhân tiếp tục trong một thời gian dài, dẫn đến tự căm ghét bản thân và trầm cảm.

Freud cho rằng trầm cảm "bình thường" là kết quả của những mất mát có tính tượng trưng hay tưởng tượng. Theo cách nào đó, sự việc nghiêm trọng khi nó lấy mất của cá nhân tình yêu hoặc sự đánh giá của những người quan trọng, và lẽ ra phải hướng cảm xúc tiêu cực về người từ chối mình thì cá nhân lại hướng những cảm xúc đó về mình và tiếp nhận chúng. Những người dễ bị trầm cảm nhất, là những người không thể phát triển tiếp, dù đã qua giai đoạn môi miệng (xem chương 2), bởi vì họ không thể thoả mãn quá nhiều, mà cũng không thể thoả mãn quá ít được. Những người như thế, trong suốt cuộc đời mình, sẽ còn phụ thuộc vào tình yêu thương và sự chấp nhận của người khác, họ còn rất nhạy cảm với những sự kiện gây ra lo lắng hoặc những trải nghiệm mất mát.

LÍ GIẢI THEO TRƯỜNG PHÁI HÀNH VI

Các lí thuyết hành vi về trầm cảm tập trung chủ yếu vào các quá trình điều kiện hoá quan sát được. Ví dụ như Lewinsohn và cs. (1979), đã chỉ ra rằng trầm cảm là kết quả của tỉ lệ thấp các củng cố xã hội tích cực. Điều này dẫn đến khí sắc chán nản và thu hẹp những hành vi mang xu hướng được xã hội tán thưởng. Cá nhân tự tách mình ra khỏi các liên hệ xã hội, một hành động mà trên thực tế, có thể làm tăng tạm thời liên hệ xã hội bởi họ có thể có được sự cảm tình chú ý nhờ hành vi của mình. Điều này có thể tạo ra củng cố khác, được biết đến như là *lợi ích thứ cấp*, mà trong đó cá nhân được tán thưởng nhờ những hành vi có tính trầm cảm của mình. Tuy nhiên, giai đoạn này lại thường đi cùng với sự thu hẹp về chú ý (tần suất tán thưởng có giá trị từ phía môi trường giảm đi) và khí sắc.

SỰ TUYỆT VỌNG TẬP NHIỄM

Như đã lưu ý trong chương I, đã có một sự thay đổi đáng kể giữa trường phái hành vi và trường phái nhận thức trong việc giải thích các rối loạn cảm xúc. Có thể minh hoạ điều

này bằng những thay đổi theo thời gian của *Lí thuyết về sự tuyệt vọng tập nhiễm* (Seligman, 1975). Thuyết của Seligman nói rằng trầm cảm bắt nguồn từ việc người ta được học rằng môi trường sinh lí và xã hội nằm ngoài khả năng kiểm soát của cá nhân. Thuật ngữ "learned helplessness" bắt nguồn từ những thực nghiệm trên động vật. Trong những thực nghiệm này, các con vật được đặt ở trong một khu vực mà chúng có thể chạy trốn, chẳng hạn như bằng cách nhảy qua một cái hàng rào thấp. Sau khi trải qua một lần sốc điện nhẹ, các con thú nhanh chóng học được cách nhảy qua hàng rào để tránh bị sốc. Tuy nhiên, khi người ta ngăn chúng làm điều đó bằng cách nhốt chúng trong một cái cũi, cuối cùng thì chúng không cố tránh sốc điện nữa, ngay cả khi cơ hội trốn thoát luôn rộng mở đối với chúng. Chúng đã học được rằng, chúng không thể tránh được sốc điện, và thể hiện nỗi tuyệt vọng của mình bằng sự trì trệ, không cố gắng thay đổi hoàn cảnh. Nhiều nghiên cứu đã sử dụng những quy trình khác để tìm ra sự tuyệt vọng do học tập/tập nhiễm ở cả người và động vật. Những người trải qua các thực nghiệm này đều biểu hiện những "triệu chứng" tương tự như các cá nhân bị trầm cảm bệnh lí, bao gồm việc thiếu động cơ hoạt động, bi quan và quá trình tiếp thu bị phá vỡ.

Mô hình hành vi về trầm cảm này đã được Abramson và cs. xem xét lại vào cuối những năm 1970 (Abramson và cs. 1978), phần nào để đáp lời cho mô hình phát triển của Tâm lí học Nhận thức. Bản chỉnh sửa này đưa ra ý kiến rằng trầm cảm là kết quả của *sự quy gán gồm 3 yếu tố* đối với những sự kiện tiêu cực: sự quy kết cho bản thân ("Đó là lỗi của tôi"), sự khái quát hoá ("Bất cứ việc gì tôi làm cũng không có kết quả") và sự cố định ("Điều đó luôn xảy ra với tôi"). Những suy nghĩ này có xu hướng dẫn cá nhân đến trầm cảm. Còn những suy nghĩ ngược lại có thể giúp tránh được căn bệnh này. Gần đây hơn, Abela và Seligman (2000) tuyên bố rằng những quy gán này chỉ dẫn đến trầm cảm nếu như chúng gây ra cảm giác tuyệt vọng: nghĩa là, cá nhân tin rằng mình không còn cách nào để thay đổi tình trạng của mình và họ cho rằng sẽ không đạt được những kết quả mong muốn.

LÍ GIẢI CỦA TÂM LÍ HỌC NHẬN THỨC

Kết hợp với những khác biệt của mô hình lí thuyết về sự tuyệt vọng tập nhiễm, những người theo trường phái nhận thức đã thay đổi giải thích về trầm cảm của trường phái hành vi, tiêu biểu nhất trong số đó là Beck (1997). Ông đưa ra ý kiến rằng trầm cảm bắt nguồn từ nhận thức sai lệch trước những sự kiện ảnh hưởng đến chúng ta. Trong trầm cảm, Beck gọi đáp ứng tức thời với những sự kiện này là ý nghĩ tiêu cực tự động. Những ý nghĩ này có vẻ tức thời, hợp lý và trên thực tế thường được chấp nhận. Tuy nhiên, một cách có hệ thống, chúng lại giải thích sai các sự kiện và vì thế dẫn đến trầm cảm. Đặc trưng cho kiểu suy nghĩ này là sự khái quát hoá thái quá, sự trừu tượng hoá có chọn lọc và những suy nghĩ không dứt khoát (xem thêm bảng 8.1). Những điều này ảnh hưởng đến cái mà Beck gọi là *bộ ba nhận thức:* niềm tin về bản thân chúng ta, sự kiện hoặc cá nhân khác có ảnh hưởng đến chúng ta và tương lai của chúng ta.

Theo Beck, những suy nghĩ có ý thức của chúng ta bị méo mó bởi các sơ đồ trầm cảm tiềm ẩn. Đó là những niềm tin vô thức về bản thân và thế giới, chúng tác động đến suy nghĩ ý thức và được hình thành trong suốt tuổi thơ mỗi người. Các sự kiện tiêu cực trong tuổi thơ, chẳng hạn như việc bị bố mẹ từ chối, sẽ hình thành nên một sơ đồ nhận thức về bản thân và thế giới xung quanh. Hầu như trong toàn bộ khoảng thời gian này, những niềm tin này không đặc biệt rõ ràng, hoặc trường hợp ngược lại, nếu chúng rõ rệt thì cá nhân bị trầm cảm mạn tính. Tuy nhiên, đến tuổi trưởng thành, khi chúng ta đối mặt với những tình huống gây stress, đặc biệt là những tình huống gợi lại những kỷ niệm không vui trong quá khứ (ly dị, chia ly, bị bố mẹ từ chối…), thì những sơ đồ tiêu cực tiềm ẩn sẽ được hoạt hoá, tác động đến nhận thức bề mặt của chúng ta và dẫn đến trầm cảm (xem chương 2 để hiểu thêm về vấn đề này).

Bảng 8.1 ***Một số ví dụ của Beck về các lỗi trong nhận thức là nguyên nhân của trầm cảm***

Suy nghĩ tuyệt đối	Kiểu suy nghĩ "tất cả hoặc là không ai cả": "Nếu tôi không thành công trong công việc này, tôi là một kẻ hoàn toàn thất bại. Hoặc là tôi trở thành người thầy giáo giỏi nhất, nếu không tôi chẳng là cái gì hết…"
Khái quát hoá thái quá	Xây dựng kết luận chung tiêu cực về bản chất của một sự kiện ngẫu nhiên đơn lẻ: "Chính thế đấy - Tôi luôn thất bại ở điểm này… Tôi không thể làm được việc đó."
Cá nhân hoá	Giải thích các sự kiện như là tội lỗi hoặc sự chống đối của cá nhân: "Tại sao họ luôn nhắm vào TÔI…? Mọi chuyện luôn có vẻ như thế, ngay cả khi tôi chẳng có tội gì."
Kết luận tuỳ tiện	Tự đưa ra một kết luận trong khi không có chứng cứ đầy đủ cho nó: "Họ không thích tôi… Tôi có thể nói điều đó ngay từ lúc mà chúng tôi mới gặp nhau…"
Trừu tượng hoá có chọn lọc	Tập trung vào một chi tiết không nổi trội, tách nó ra khỏi bối cảnh: "Tôi nghĩ rằng bài diễn thuyết của tôi rất hay. Nhưng anh sinh viên đó lại bỏ đi từ rất sớm, có thể anh ta không thích nó. Có lẽ những người khác cũng thế nhưng họ đã không thể hiện điều đó ra mà thôi…"

Có những chứng cứ rõ ràng rằng, khi cá nhân có khí sắc không tốt thì những kiểu sơ đồ nhận thức tiêu cực dễ xuất hiện hơn. Ngược lại, cũng có những sơ đồ khác tồn tại rõ rệt trong suốt cuộc đời (xem chương 11). Meichenbaum (1985) đã đặt câu hỏi: loại nào, trong hai loại sơ đồ nói trên, chắc chắn hình thành vào một giai đoạn khủng hoảng của tuổi thơ? Ông còn cho rằng, so với những sơ đồ được hình thành do khủng hoảng từ tuổi thơ, những sơ đồ khác sẽ dễ thay đổi hơn, chúng có thể biến đổi qua những sự việc xảy ra trong suốt cuộc đời. Quyết định xem ai giải thích đúng, hiển nhiên là rất khó khăn. Thực hành lâm sàng đã chứng minh rằng một số sơ đồ tiêu cực bắt đầu được hình thành ở tuổi ấu thơ, tồn tại trong một khoảng thời gian dài và khó thay đổi. Tuy nhiên, điều này lại không chỉ ra được một cách cụ thể giai đoạn khủng hoảng ở tuổi thơ, khi những sơ đồ như thế này bắt đầu được thiết lập. Có một lời giải thích khác như sau: những niềm tin từ thời thơ ấu được duy trì bởi liên tục các giải thích sai lệch về sự kiện trong cuộc sống, có lẽ bởi vì không có điều gì xảy ra khiến cá nhân hoài nghi những giả định ban đầu của chính họ. Thực tế, hành

vi của một cá nhân có thể củng cố giả định đó. Một cô gái không tin rằng bố mẹ mình yêu mình, có thể chống lại họ, khiến họ đối xử với mình nghiêm khắc và khắt khe hơn. Lẽ ra, tình huống phải trở nên sáng suốt hơn thì đằng này, nó lại củng cố niềm tin ban đầu của cô gái. Theo thời gian, niềm tin này cùng với những hành vi liên quan đến nó có thể ảnh hưởng đến các mối quan hệ khác, gây ra những vấn đề kéo dài trong nhiều năm. Ở đây, sơ đồ bắt đầu hình thành ở tuổi thơ đã được duy trì cho đến khi trưởng thành, không phải vì một giai đoạn khủng hoàng nào, mà là vì hành vi của cô gái - khi đã trưởng thành - tiếp tục tạo ra đáp ứng mới, những đáp ứng này lại củng cố niềm tin từ thời thơ ấu của cô ta.

Có một sự tương tác mạnh mẽ giữa khí sắc và nhận thức: nhận thức tiêu cực làm giảm khí sắc và khí sắc trầm làm cho nhận thức tiêu cực trở nên nổi trội hơn. Người ta có thể gây ra những ý nghĩ chán nản ở chủ thể không bị trầm cảm bằng cách tiến hành kỹ thuật kích thích cảm xúc; trong đó, mọi người đọc thành tiếng một chuỗi các tính từ mô tả những trạng thái tâm lí tiêu cực/âm tính. Người bị trầm cảm nhớ lại nhiều kỷ niệm tiêu cực hơn những người bình thường (Lloyd & Lishman, 1975) (xem thêm chương 2). Tuy nhiên, vẫn tồn tại một tranh cãi rằng, liệu những nhận thức sai lệch góp phần vào sự khởi đầu những đợt trầm cảm bệnh lí rõ rệt, hay là chúng diễn ra sau khi trầm cảm khởi phát. Giờ đây, có vẻ như câu trả lời là cả hai giả thuyết đều đúng. Lewinsohn (1988) đã thấy rằng suy nghĩ tiêu cực, bản thân không thoả mãn và tỉ lệ stress cao trong cuộc sống dẫn đến một đợt trầm cảm: sự nghèo nàn các mối quan hệ xã hội và thu hẹp các hỗ trợ tích cực luôn luôn đi cùng với nó. Tương tự, Rush và cs. (1986) đã thấy rằng những phụ nữ tiếp tục giữ nhận thức tiêu cực khi đã đi đến giai đoạn cuối của trị liệu trầm cảm, nguy cơ tái phát trầm cảm cao hơn những người có suy nghĩ tích cực.

CHỦ NGHĨA HIỆN THỰC TRẦM CẢM

Lời bình luận cuối cùng về mô hình nhận thức của trầm cảm gợi ý rằng, thực tế, cá nhân bị trầm cảm mới là bình thường, còn những người khác thì lại không bình thường. Có giả thuyết (Haaga và Beck, 1995) cho rằng người trầm cảm thực sự có thể là người đánh giá thế giới chính xác hơn, so với những người không bị trầm cảm. Rất nhiều thực nghiệm ủng hộ thuyết này. Ví dụ, cá nhân trầm cảm sáng suốt hơn trong việc đánh giá xem người khác phán xét về mình tốt, xấu như thế nào cũng như trong việc tự đánh giá xem mình kiểm soát được đến đâu khi ở vào tình huống thực nghiệm (Alloy và Abramson, 1979). Thật sự, những người đã từng trải qua trị liệu trầm cảm có thể có được một lợi ích, đó là nhận thức của họ trở nên ít thực tế đi, mặc dù tích cực hơn.

Thuốc chống trầm cảm

Hiện nay, có 3 loại thuốc chống trầm cảm được sử dụng phổ biến: MAOIs, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và SSRIs. Từ trước đến nay, MAOIs tỏ ra có hiệu quả hợp lí, gây ra những thay đổi rõ rệt trong khoảng 50% người sử dụng nó. Tuy nhiên, những nguy hiểm liên quan đến cách sử dụng loại thuốc này (xem chương 3) khiến cho chúng ít được dùng đến trong khi các loại thuốc khác đều sẵn có. Hiện giờ 2 loại chính thường được sử dụng là thuốc chống trầm cảm 3 vòng và SSRIs. Hai loại này có tác dụng gần như nhau, khoảng 60-65% người sử dụng cho thấy sự cải thiện đáng kể về khí sắc (Hirschfeld, 1999). Điểm mạnh của SSRIs thể hiện trong thống kê về tác dụng phụ của nó. Rocca và các đồng nghiệp (1997) đã thông báo rằng 56% người sử dụng phàn nàn về hiện tượng khô miệng trong quá trình dùng thuốc chống trầm cảm 3 vòng, so với tỉ lệ 8% đối với SSRIs. Báo cáo về tỉ lệ người bị táo bón lần lượt là 39% đối với thuốc chống trầm cảm 3 vòng và 8% đối với SSRIs. Anderson (1998) thông báo rằng 14% người sử dụng thuốc chống trầm cảm 3 vòng ngưng sử dụng do những tác dụng phụ có hại, tỉ lệ này ở người sử dụng SSRIs là 9%. Dù là bất cứ loại thuốc nào, việc quan trọng là phải duy trì chế độ dùng thuốc trong một vài tháng, sau khi thuốc đã có hiệu quả, bởi có tới gần 50% người sử dụng tái phát trong vòng 1 năm nếu quá trình sử dụng thuốc của họ bị ngưng đột ngột (Montgomery và cs. 1993).

Cỏ St John

Người ta tìm ra một phương pháp điều trị từ dược lí truyền thống là chữa trị bằng chiết xuất của cây nọc sởi (hypericum), được biết đến rộng rãi dưới cái tên "cỏ St John". Phương thức tác động của nó ít được biết đến, song dường như nó rất có tác dụng đối với người dùng. Chẳng hạn, Linde và Mulrow (2002) đã tiến hành một siêu phân tích, trong đó xác định 14 thử nghiệm so sánh chế phẩm cây nọc sởi với placebo hoặc thuốc chống trầm cảm. Tỉ lệ người có tiến triển sau khi sử dụng chế phẩm của cây nọc sởi và placebo lần lượt là 56% và 25%. Hầu như không có sự khác biệt giữa chế phẩm của cây nọc sởi và thuốc chống trầm cảm, 50% người sử dụng chế phẩm của cây nọc sởi có tiến triển tốt, so với 52% người được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm. Trong số những người điều trị kết hợp cả cây nọc sởi và thuốc chống trầm cảm, 68% có biểu hiện tiến triển rõ rệt về mặt lâm sàng. Cỏ St John có vẻ được nhiều người chấp nhận hơn là dược phẩm, với tỉ lệ ngưng sử dụng giữa chừng do tác dụng phụ trung bình là 2%, so với 7% người sử dụng thuốc chống trầm cảm chuẩn.

Cỏ St John tất nhiên cũng có một số tác dụng phụ, bao gồm sự khó chịu về dạ dày - ruột, cảm giác mệt mỏi, khô miệng, hoa mắt - choáng váng, da nổi mụn và nhạy cảm với ánh sáng mặt trời. Một điều đáng quan tâm nữa là nó cản trở tác dụng của Indinavir - loại thuốc ức chế bệnh trong điều trị AIDS; Cyclosporin - loại thuốc chống thải ghép được dùng

trong ghép tạng; và Warfarin - thuốc chống đông máu. Do đó, không phải trường hợp nào cũng có thể dùng được cỏ St John.

LIỆU PHÁP SỐC ĐIỆN

Trước đây, người ta đã tiến hành đánh giá tác dụng của liệu pháp sốc điện (ECT) để so sánh hiệu quả của nó với hiệu quả của liệu pháp hoá dược trong phần lớn người bị trầm cảm. Gần đây hơn, thành công của thuốc chống trầm cảm trong điều trị bệnh này cũng như việc cân nhắc xem có thể chấp nhận ECT như liệu pháp hàng đầu hay không, đã khiến người ta sử dụng nó nhiều hơn; nó là sự lựa chọn thứ 2 đối với những người không đáp ứng liệu pháp hoá dược và có lẽ cả các liệu pháp tâm lí - những ca này được gọi là các ca kháng trị liệu. Ở điểm này, ECT tỏ ra có một số lợi thế và ít phản ứng với các liệu pháp khác, bất cứ điều gì đạt được ở điểm này cũng có thể được coi như một thành công (McCall 2001).

Có lẽ vấn đề gây tranh cãi nhiều hơn là câu hỏi liệu có nên tiếp tục sử dụng ECT trong một khoảng thời gian rộng để duy trì những cải thiện khí sắc ban đầu, hay chỉ cần liệu pháp hoá dược là đủ rồi. Gagné và cs. (2000) đã tìm cách giải quyết vấn đề này. Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng 3 năm trên một nhóm người ban đầu được điều trị bằng ECT và sau đó chia thành 2 nhóm - một nhóm chỉ sử dụng thuốc chống trầm cảm, nhóm còn lại được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm kết hợp với với ECT. ECT ban đầu được chỉ định 1 lần/ tuần, và rồi từ từ giảm còn 1 lần/tháng. Những kết quả tỏ ra ủng hộ sử dụng ECT: 7% những người ở nhóm 2 bị tái phát trong khoảng thời gian này, so với 48% những người thuộc nhóm 1. Tuy nhiên, người ta cũng lưu ý rằng nhóm 2 có nhiều thời gian trị liệu cùng bác sĩ hơn nhóm 1, do họ thường xuyên phải thăm khám lâm sàng. Hơn nữa, những người không chú tâm vào việc điều trị bằng ECT thường được theo dõi nhiều sau khi chữa trị xong và được khuyến khích chú ý hơn; nếu như cá nhân bắt đầu rơi lại vào trạng thái trầm cảm thì điều này vô tình trở thành một biện pháp chữa trị tức thời - một điều thiệt thòi cho những người chỉ được chữa trị bằng thuốc chống trầm cảm. Cả hai lẽ ra đã góp phần vào một kết quả khả quan hơn trong nhóm này.

CAN THIỆP TÂM LÍ

Liệu pháp nhận thức

Điều trị trầm cảm bằng liệu pháp nhận thức được phát triển đầu tiên bởi Beck (1977). Dù có cái tên riêng cho mình, trị liệu trầm cảm của liệu pháp nhận thức vẫn có nguồn gốc lịch sử của nó từ trong trường phái hành vi và vẫn duy trì yếu tố hành vi mạnh mẽ. Một cách điển hình, liệu pháp này liên quan đến nhiều chiến lược, bao gồm:

- *giai đoạn giáo dục*, trong đó cá nhân học các mối quan hệ giữa nhận thức, cảm xúc và hành vi

- *kích hoạt hành vi và lên kế hoạch các sự kiện thoả mãn* để làm tăng các hoạt động sinh lí và sự tham gia vào các hoạt động xã hội cũng như những hoạt động được tán thành khác
- *tập luyện nhận thức* trong đó cá nhân hình thành và thực hành những chiến lược nhận thức và hành vi để giúp họ đương đầu với những bài kiểm tra các giả thuyết hành vi hoặc các tình huống khó khăn khác
- *kiểm tra các giả thuyết về hành vi*, trong đó cá nhân chủ định kiểm tra tính hiệu lực của những giả định tiêu cực của họ, với niềm hy vọng là nó sai.

Mặc dù đã nhấn mạnh đến nguyên nhân nhận thức của trầm cảm, trị liệu trước hết có thể bao gồm một kĩ thuật của trường phái hành vi - tăng hoạt động thể chất. Đối với những người bị trầm cảm nặng, đây có thể đơn giản chỉ bao gồm việc sắp xếp thời gian ra khỏi giường, đi mua sắm và nhiều việc khác nữa. Đối với những người trầm cảm nhẹ hơn, có thể tham gia vào các hoạt động xã hội hoặc hoạt động làm họ sảng khoái, dễ chịu. Các yếu tố nhận thức thường được đề cập đến chỉ sau khi thân chủ đã trải quả một vài tiến bộ về mặt năng lượng hoặc khí sắc. Trong thời gian này, họ được dạy để xác định những ý nghĩ tội lỗi, dẫn đến giảm khí sắc và dạy cách sử dụng những thách thức về nhận thức để giải quyết nó. Ngoài ra, thân chủ thường được cho bài tập về nhà để làm giữa những buổi trị liệu, thường bao gồm một dạng nào đó của kiểm tra giải thuyết hành vi hoặc thực hành ứng dụng kỹ năng đương đầu. Kiểm tra giả thuyết liên quan đến những việc thách thức hành vi hoặc những nhận thức tiêu cực trực tiếp. Ví dụ như đối với những người không chắc chắn rằng mình có thể đương đầu với một tình huống đặc biệt, có thể động viên họ thâm nhập vào tình huống và cố gắng giải quyết nó. Những bài tập như vậy cần được cân nhắc một cách cẩn trọng. Ít nhất thì nhà trị liệu nên chắc chắn rằng thân chủ có khả năng giải quyết tình huống, bởi sự thất bại có thể củng cố những niềm tin tiêu cực của họ - chính điều mà bài tập cần bác bỏ. Do nguy cơ tái phát trong năm tiếp theo sau khi ngừng trị liệu khá rõ rệt nên một hoặc hai buổi trị liệu củng cố trong giai đoạn này có thể là một phương pháp hữu ích để ngăn chặn tái phát.

Cho đến giữa những năm 1980, người ta đều nhất trí rằng ít nhất thì liệu pháp nhận thức cũng có hiệu quả tương đương thuốc chống trầm cảm trong điều trị trầm cảm vừa và trầm cảm nặng. Sự thống nhất này đã bị phá vỡ khi người ta công bố kết quả của thử nghiệm điều trị có hiệu lực nhất. *Chương trình hợp tác về trầm cảm* (Elkin và cs. 1989) của Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia (NIMH) là một thử nghiệm đặc biệt quan trọng bởi nó là nghiên cứu đầu tiên so sánh hai hướng trị liệu tâm lí - liệu pháp nhận thức và liệu pháp liên nhân cách (dựa trên nguyên tắc của chủ nghĩa nhân văn) - với liệu pháp hoá dược (imipramine) và can thiệp bằng placebo.

Đến cuối giai đoạn trị liệu 16 tuần, mọi sự can thiệp tỏ ra có hiệu quả ngang nhau. Những khác biệt duy nhất có ý nghĩa về mặt thống kê giữa các nhóm chỉ ra rằng can thiệp hoá dược có hiệu quả rõ rệt hơn là can thiệp bằng placebo. Trong số những người được trị

liệu bằng liệu pháp tâm lí liên nhân cách, 55% có tiến bộ rõ rệt về mặt lâm sàng, so với 57% những người dùng thuốc chống trầm cảm, 51% những người áp dụng liệu pháp nhận thức và 29% nhóm dùng placebo. Đối với những người bị trầm cảm nặng, liệu pháp nhận thức tỏ rõ là ít hiệu quả so với liệu pháp hoá dược.

Phát hiện thứ cấp này gây ra rất nhiều tranh cãi, đặc biệt là bởi kết quả của nó khiến cho cả Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (APA) lẫn Cơ quan Nghiên cứu và Chính sách Chăm sóc Sức khoẻ Hoa Kỳ (US Agency of Health Care Policy and Research) khuyến cáo chống lại việc áp dụng liệu pháp nhận thức đối với những ca trầm cảm nghiêm trọng. Tuy nhiên, từ nhiều góc độ, người ta đã hoài nghi những kết quả này. Các bác sĩ tâm thần khó xử khi biết rằng hiệu quả của placebo lớn hơn nhiều so với những kết quả trước đó. Các nhà tâm lí học ngạc nhiên khi biết rằng can thiệp nhận thức lại tỏ ra ít hiệu quả hơn so với những nghiên cứu đã từng tiến hành. Đến mức độ Jacobson và Hollon (1996) đã đưa ra giả thuyết là có thể nghiên cứu của NIMH được tiến hành bởi những nhà trị liệu thiếu kỹ năng ở một vài mặt nào đó. Những dữ kiện tiếp theo cũng chống lại phát hiện ngắn hạn này. Đơn cử một ví dụ, DeRubeis và cs. (1999) đã so sánh kết quả ngắn hạn về thuốc chống trầm cảm và liệu pháp hành vi-nhận thức trên những người bị trầm cảm nặng, chia thành các nhóm nhỏ trong 4 thử nghiệm ngẫu nhiên chính. Ngược lại với nghiên cứu của NIMH, cả liệu pháp nhận thức và liệu pháp hoá dược đều có tác dụng tốt như nhau trong điều trị ngắn hạn đối với những bệnh nhân trầm cảm nặng.

Kết quả nghiên cứu dài hạn của NIMH tỏ ra ủng hộ can thiệp tâm lí hơn (Shea và cs. 1992). Trong một năm tiếp theo, những người từng được trị liệu bằng liệu pháp nhận thức có tình trạng rất tốt, với tỉ lệ cụ thể là 30% đối với những người tham gia vào nhóm trị liệu hành vi - nhận thức, 26% cho nhóm trị liệu liên nhân cách, 19% trong nhóm điều trị bằng imipramine và 20% ở nhóm sử dụng placebo. Cho đến thời điểm đó, 14% trong số các cá nhân được trị liệu thành công ở nhóm liệu pháp hành vi-nhận thức bị tái phát, so với 50% ở nhóm sử dụng thuốc chống trầm cảm. Ở đây, có lẽ liệu pháp nhận thức đã tỏ ra có lợi thế hơn là liệu pháp hoá dược. Tỉ lệ tái phát do ngừng sử dụng thuốc thường cao hơn là tỉ lệ tái phát do liệu pháp nhận thức, ngay cả khi điều trị ban đầu tỏ ra thành công. Thậm chí khi dược phẩm được chỉ định trong một năm để tối đa hoá hiệu quả của nó, người ta cũng tìm ra kết quả tương tự - dù là có một sự khác biệt không đáng kể đối với những điều kiện nghiên cứu khác nhau (Evans và cs. 1992).

Tự sát

Tự sát không phải là một rối loạn cảm xúc. Nó không chỉ liên quan duy nhất đến trầm cảm. Song, đây là một vấn đề nghiêm trọng và liên quan rõ rệt đến trầm cảm hơn bất cứ rối loạn SKTT nào được nhắc đến trong phần này. Vì thế mà trong chương này chúng ta bàn luận về vấn đề tự sát.

Tỉ lệ tự sát khác nhau giữa các quốc gia. Ví dụ như hàng năm ở Nga có 40/100.000 người tự sát, trong khi ở Hy Lạp thì tỉ lệ này ít hơn nhiều, khoảng 4/100.000 người (Tổ chức Y tế Thế giới: www.who.int). Tỉ lệ tự sát cũng thay đổi theo thời gian. Ở phụ nữ Anh, tỉ lệ tự sát đã giảm xuống kể từ những năm 1970; còn ở nam giới, tỉ lệ tự sát giảm trong những năm 1960-1975 đã được thay thế bằng sự tăng mạnh trong 10 năm sau đó (McClure 2000). Trong năm 2000, tỉ lệ tự sát ở Vương quốc Anh là 11,7/100.000 đối với đàn ông và 3,3/100.000 ở phụ nữ - đây là một sự khác biệt đáng kể. Hành vi tự sát đặc biệt phổ biến ở những người trẻ tuổi: 2/3 các ca tự sát ở độ tuổi dưới 35 (Hawton, 1997).

Một nửa trong số những người tìm đến tự sát có một vấn đề về SKTT cụ thể, phổ biến nhất là trầm cảm, rối loạn liên quan đến lạm dụng chất và TTPL. Khoảng 15% những người có rối loạn tìm đến tự sát (Melzer 1998). Tự sát liên quan đến trầm cảm vừa hơn là trầm cảm nặng, vì những người bị trầm cảm nặng thậm chí còn không có cả ý chí để tác động vào cảm giác của mình. Thực tế, người bị trầm cảm có thể tự tử khi bệnh của họ bắt đầu khá lên; bởi một mặt, họ vẫn tuyệt vọng, nhưng mặt khác, ở họ, một động cơ và xung động nào đó lại tăng lên.

Bronisch và Wittchen (1994) thông báo rằng trong những người được chẩn đoán là trầm cảm mà họ lấy làm mẫu nghiên cứu, 56% biểu hiện ý nghĩ về cái chết, 37% muốn chết và 69% có ý tưởng tự sát. Tuy nhiên, những ý nghĩ này không phải chỉ xuất hiện ở bệnh nhân trầm cảm: 8% số người trong một nhóm đối chứng (chưa bao giờ được chẩn đoán một bệnh tâm thần nào) biểu hiện ý tưởng tự sát, và 2% đã từng tự sát. Tự sát ở người bị TTPL thường là kết quả của sự cùn mòn cảm xúc hơn là hoang tưởng hay ảo giác. Những yếu tố nguy cơ khác gồm có độc thân, sống một mình, thiếu ngủ, trí nhớ giảm sút và tự buông xuôi (Bronisch, 1996).

Wolfersdorf (1995) đã tóm tắt những đặc điểm tâm lí dẫn cá nhân đến hành vi tự sát, bao gồm các ý nghĩ như sự vô giá trị, tội lỗi, tuyệt vọng, các triệu chứng trầm cảm, ảo giác, tình trạng bất ổn bên trong và kích động. Người tìm đến tự sát cũng có thể là những người có đặc điểm tính cách tiền bệnh lí như mức xung động cao, dễ bị kích động, chống đối và xu hướng xâm kích (Bronisch, 1996).

Nguyên nhân của tự sát

YẾU TỐ VĂN HOÁ - XÃ HỘI

Tỉ lệ tự sát thấp nhất ở những người đã kết hôn hoặc đang sống chung và cao nhất ở những người đã ly hôn. Phụ nữ tự sát nhiều gấp 3 lần đàn ông; ngược lại, tỉ lệ tự sát thành công ở đàn ông nhiều gấp 3 lần phụ nữ. Khoảng 60% các ca tự sát xảy ra sau khi cá nhân vừa dùng đồ uống có cồn (Royal College of Psychiatrists, 1986).

Những vấn đề đẩy cá nhân đến hành vi tự sát đa dạng, tuỳ theo lứa tuổi. Bản tổng quan của Hawton (1997) cho thấy trong số người trưởng thành đã từng có ý định hoặc hành vi tự sát, có 72% là những người gặp khó khăn trong các mối quan hệ liên nhân cách, 26%

có vấn đề về việc làm, 26% gặp những khó khăn với con cái, trong khi 19% có những vấn đề về tài chính. Ở tuổi vị thành niên, sự không ổn định về cảm xúc có thể là nguyên nhân đặc biệt khiến các em tự sát. Những vấn đề liên quan đến tình dục cũng có thể là một yếu tố nguy cơ cụ thể đối với vị thành niên. Ví dụ, Remafedi và cs. (1998) đã phát hiện ra rằng: 28% vị thành niên nam đồng tính luyến ái từng tự sát, so với 4% ở vị thành niên nam bình thường. Đối với phái nữ con số tương đương là 21 và 15%. ở người già, tự sát có thể xảy ra như hậu quả của việc tăng cảm giác vô dụng/bất tài: 44% người cao tuổi được nghiên cứu tìm đến tự sát để không bị đưa vào viện dưỡng lão (Loebel và cs.1991). Tự sát ở những người vừa mất đi người thân cũng hay xảy ra.

Một mô hình xã hội có tính lí thuyết hơn về tự sát được Durkheim ([1897] 1951) phát triển. Ông xác định 3 loại tự sát: do không thuộc về một tổ chức (anomic), vì người khác (altruistic) và vì mình (egoistic). Theo Durkheim, *tự sát do không thuộc về một tổ chức* diễn ra khi cấu trúc xã hội mà cá nhân sống trong đó thất bại trong việc cung cấp cho cá nhân đầy đủ sự ủng hộ, và cá nhân mất đi cảm giác thuộc về một nơi nào đó - tình trạng mà Durkheim gọi là *vô tổ chức/loạn cương* (anomie). Mức độ cao của sự không có tổ chức xảy ra vào lúc có cả thay đổi thuộc về xã hội lẫn con người, bao gồm các stress trong những vấn đề kinh tế, nhập cư và trạng thái bất ổn. *Tự sát vì người khác* xuất hiện khi một cá nhân chủ tâm hy sinh bản thân họ vì sự hạnh phúc của người khác hoặc của cả cộng đồng. Cuối cùng, *tự sát vì mình* xảy ra ở những người không bị các mực chuẩn xã hội kìm nén, họ là những người ngoài cuộc và đơn độc trong tình trạng bị xa lánh thường xuyên, hơn cả những người tìm đến tự sát do do không thuộc về một tổ chức.

GIẢI THÍCH CỦA TRƯỜNG PHÁI PHÂN TÂM

Theo Freud ([1920] 1990), tự sát biểu hiện một ham muốn bị dồn nén - muốn tiêu diệt vật mình yêu đã mất và là một hành động trả thù. Hendin (1992) xác định có rất nhiều quá trình phân tâm khác nhau có thể dẫn đến tự sát, gồm ý tưởng có được tái sinh hoặc tái liên kết với vật đã mất hoặc gặp lại vật đó, cũng như tự trừng phạt và chuộc tội.

GIẢI THÍCH CỦA TRƯỜNG PHÁI NHẬN THỨC

Nhiều người có hành vi tự sát thiếu sót về trí nhớ và các kỹ năng giải quyết vấn đề, ngay cả khi so sánh với những bệnh nhân trầm cảm không tự sát (Schotte và Clum, 1987). Những thiếu hụt này khiến cho mỗi cá nhân gặp khó khăn trong việc đương đầu với những tình huống gây stress một cách thành công và hiệu quả; nó còn khiến cho cá nhân có xu hướng sử dụng những chiến lược ứng phó không thích hợp, bao gồm cả tự sát.

Rudd (2000) đã phát triển mô hình nhận thức về trầm cảm công phu hơn, dựa trên những kinh nghiệm lâm sàng của chính ông và mô hình của Beck về rối loạn cảm xúc. Theo Rudd, các thành tố của bộ ba nhận thức tiềm ẩn bao gồm: bản thân (sự vô giá trị, không được yêu thương, kém cỏi và tuyệt vọng), người khác (sự từ chối, lạm dụng, phán xét) và tương lai (sự tuyệt vọng). Mấu chốt là những giả định thuộc chủ nghĩa cầu toàn

(perfectionism) ("Nếu tôi hoàn hảo, người ta sẽ chấp nhận tôi"), dẫn đến hệ quả về mặt hành vi là trở thành nô lệ cho các mối quan hệ và sự cầu toàn thái quá. Ngược lại với trầm cảm, ở đâu mà nỗi buồn chiếm ưu thế, cá nhân tự sát có thể trải qua một chuỗi các cảm xúc, bao gồm buồn bã, tội lỗi và giận dữ. Các ý nghĩ có thể tập trung vào việc trả thù, nhưng điều này không trực tiếp dẫn đến hành vi tự sát. Suy nghĩ và cảm xúc liên quan đến tự sát xuất hiện cùng lúc với sự kích động và khuấy động cao về mặt sinh lí: những cá nhân không bị khuấy động sự chán nản một cách sâu sắc sẽ không có động cơ để tự sát. Nguy cơ tự sát thay đổi theo thời gian, trong những giai đoạn nguy cơ cao lại xuất hiện rải rác nguy cơ thấp. Nguy cơ cao khi nhiều yếu tố nguy cơ cùng tác động một lúc. Những yếu tố này có thể bao gồm stress do hoàn cảnh, sự hoạt hoá những sơ đồ nhận thức tiêu cực, sự lẫn lộn về mặt cảm xúc và thiếu hụt các kỹ năng đương đầu/ứng phó.

Dưới đây là những lời nói tuyệt vọng của một người phụ nữ đã lập gia đình, đang muốn tự sát; đối với người này, những sự kiện trong nhiều năm trước đây tiếp tục có ảnh hưởng bất lợi:

"Tôi không thể tiếp tục được nữa... Tôi hư hỏng... Tôi bẩn thỉu... Những gì tôi đã làm trước đây thật tồi tệ... Tôi đã làm những việc không nên làm với đàn ông ngay khi tôi mới 6 tuổi... tôi là một con điếm... Vì vậy lúc 11 tuổi tôi đã bị cưỡng hiếp... Tôi bẩn thỉu... tồi tệ... một con điếm... và tôi không thể tử tế được. Yêu ai tôi cũng khiến họ cảm thấy kinh tởm vì tôi là tôi... vì tôi bẩn thỉu. Tôi không thể làm gi để thay đổi... vì tôi hư hỏng, bẩn thỉu..."

"Tôi không thể tìm được lối thoát cho mọi chuyện. Tôi đã cố gắng trong suốt 30 năm, để không trở nên tồi tệ. Nhưng tôi không dừng được chuyện đó. Có quá nhiều thứ tôi đã làm khiến tôi trở nên tồi tệ... Tôi không thể làm cho bản thân tốt hơn."

"Chẳng có gì đáng sống nữa. Chồng và con gái tôi... Họ sẽ sống tốt hơn nếu không có tôi. Họ không cần tôi. Tôi khiến họ bất hạnh và khi tôi ra đi họ sẽ lại hạnh phúc. Họ không đáng để bị tôi làm khổ. Cho nên việc tốt nhất có thể làm là tự tử... kết thúc đau khổ cho cả tôi và họ."

Trị liệu hành vi tự sát

LIỆU PHÁP GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Đối với người có hành vi tự sát và có một rối nhiễu tâm thần, có thể tận dụng điều trị của chính rối nhiễu này mà không cần bận tâm đến ảnh hưởng của nó đối với khí sắc hay hành vi của họ. Hoặc trị liệu có thể hướng trực tiếp đến những yếu tố thúc họ đẩy tự sát. Một trong những tiếp cận trị liệu là thông qua sự phát triển các chiến lược ứng phó có hiệu quả với những vấn đề mà họ đối diện. Thành tố mấu chốt trong cách tiếp cận này bao gồm:

- cả thân chủ và nhà trị liệu đều có được sự hiểu biết chính xác về bản chất của vấn đề
- xác định xem có thể cải thiện được hoàn cảnh ở khía cạnh nào: xác định mục tiêu mong muốn (như mối quan hệ tốt hơn với bạn trai chẳng hạn)
- xác định chiến lược để có thể đạt được các mục tiêu này (ví dụ, nói chuyện nhiều hơn, cùng đi chơi…).

Cách tiếp cận này có thể áp dụng cho cá nhân cũng như hai vợ chồng và thậm chí là cả gia đình. Có thể duy trì tần số cao cho các buổi trị liệu ở giai đoạn đầu, sau đó từ từ nới dần khoảng cách giữa các buổi khi cá nhân bắt đầu ứng phó tốt hơn với vấn đề của họ. Liệu pháp này đòi hỏi số buổi trị liệu vừa phải: một phần bởi đây có lẽ là hình thức trị liệu duy nhất có thể chấp nhận được đối với những người có hành vi tự sát, một phần để thúc đẩy tính độc lập của thân chủ ngay từ đầu (Hawton, 1997).

Nhìn chung những đánh giá về tính hiệu quả đã ủng hộ việc sử dụng phương pháp tiếp cận này. Trên thực tế, trong một siêu phân tích về sự can thiệp tâm lí-xã hội đối với hành vi tự sát, van der Sande (van der Sande và cs. 1997) đã thấy rằng can thiệp nhận thức-hành vi và tập trung vào vấn đề là những phương pháp duy nhất tỏ ra có hiệu quả đối với nhóm này. Salkovskis và cs. (1990) đã tiến hành một so sánh nhỏ: một bên là quá trình trị liệu gồm 5 buổi áp dụng phương pháp tiếp cận nhận thức-hành vi và giải quyết vấn đề; một bên là điều trị bệnh nhân ngoại trú thông thường hàng ngày. Trong 6 tháng tiếp theo, 25% số người trong nhóm can thiệp tích cực có thêm ít nhất một hành vi tự sát nữa, so với 50% ở nhóm những người không nhận được sự can thiệp.

Rối loạn cảm xúc theo mùa

Mãi đến giữa những năm 1980, rối loạn cảm xúc theo mùa (SAD - seasonal affective disorder) mới được nhìn nhận là một rối loạn riêng biệt. (Rosenthal và cs. 1984). DSM-IV-TR (APA 2000) đã mô tả rối loạn này với những đặc điểm sau:

- mối quan hệ thời gian có tính quy luật giữa sự khởi phát một pha trầm cảm và một khoảng thời gian cụ thể trong năm
- bệnh hoàn toàn thuyên giảm trong những khoảng thời gian nhất định của năm
- trong 2 năm trước đó phải có 2 pha trầm cảm chủ yếu (đảm bảo những tiêu chí nói trên) diễn ra
- số lượng các pha trầm cảm theo mùa nhiều hơn số lượng các pha trầm cảm không theo mùa.

Các đặc điểm của SAD có vẻ hoàn toàn khác với trầm cảm chủ yếu và bao gồm tăng cảm giác ngon miệng thèm ăn các chất bột, tăng cân, ngủ nhiều, cũng như các triệu chứng trầm cảm khác. Đặc thù của các cơn mùa đông là bắt đầu vào tháng 11 và diễn ra trong khoảng 5 tháng. Những người bị SAD sẽ thuận lợi hơn nếu họ sống ở những vùng thấp với mùa đông ngắn hơn. Những triệu chứng của họ sẽ xấu hơn nếu họ dời đi theo hướng ngược lại (Rosenthal và cs. 1984).

Chỉ có số ít những người có các triệu chứng trầm trọng, kéo dài qua cả mùa đông mới được chẩn đoán là SAD. Còn những người mà sự thay đổi về hoạt động và trọng lượng theo mùa ít không lớn thì vẫn trong cộng đồng. Terman (1988) đã nhận định rằng vào những tháng mùa đông, 50% dân số nói chung giảm năng lượng, 47% tăng cân, trong khi 31% giảm các hoạt động xã hội; 25% trong số những thay đổi đó kéo theo những vấn đề cá

nhân. Wick và cs. (1992) cho thấy 3% trong nhóm nghiên cứu thuần tập người Đức bộc lộ hoặc là rối loạn cảm xúc theo mùa, hoặc là dạng 'cận hội chứng' SAD 2 lần trong 2 năm liền nhau. Tỉ lệ SAD ở Scotland vào khoảng 3,5% (Eagles và cs. 1999).

Nguyên nhân của rối loạn cảm xúc theo mùa

Những giải thích về SAD hầu như chỉ có tính chất sinh học.

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Mặc dù gần đây người ta rất quan tâm đến SAD, song vẫn có rất ít nghiên cứu khảo sát vai trò của yếu tố di truyền trong nguyên nhân của SAD. Tuy nhiên, Madden và cs. (1996) đã nghiên cứu sự trùng hợp đối với SAD trên một mẫu lớn những cặp sinh đôi cùng trứng và khác trứng. Họ cũng tiến hành đo lường một số lượng lớn những biến số môi trường và xác định sự quan trọng tương đối của di truyền và các biến số môi trường. Nhóm nghiên cứu này kết luận rằng khoảng 29% khác biệt trong nguy cơ bị SAD có thể quy cho yếu tố di truyền.

GIẢ THUYẾT VỀ MELATONIN

Melatonin có liên quan đến SAD. Đó là một loại hoc mon được giải phóng vào buổi tối, từ tuyến tùng (pineal gland) nằm ở dưới vỏ não, sau đó xuất hiện ở não giữa và phần dưới đồi. Nó kiểm soát giấc ngủ và việc ăn uống. Ở động vật có vú sống hoang dã, sự giải phóng melatonin ban đêm dài hơn sẽ làm giảm hoạt động của chúng, làm chúng chậm chạp và chuẩn bị cho chúng quá trình nghỉ đông hoặc trú đông. Theo thuyết trầm cảm liên quan đến melatonin, nó cũng có hiệu ứng tương tự ở con người, mặc dù đa số chúng ta có khả năng vượt qua tác động của nó và giải quyết những vấn đề của mình. Song, một số cá nhân tỏ ra đặc biệt nhạy cảm với sự tăng melatonin vào những tháng mùa đông và thể hiện chậm chạp rõ rệt, điều thể hiện khá rõ nét trong các triệu chứng của SAD (Blehar & Rosenthal, 1989). Trong những trường hợp ngược lại của SAD, một số cá nhân dường như bị sự giảm melatonin ảnh hưởng đến vào mùa hè và trải qua những giai đoạn khí sắc hưng phấn và vui vẻ. Chứng cứ về vai trò của melatonin phần nào đó còn gây nhiều mâu thuẫn. Trong khi một số nghiên cứu đã tìm ra được mối liên quan giữa lượng melatonin và sự khởi phát cũng như mức độ nghiêm trọng của SAD, dù không phải luôn luôn là thế, song vai trò của nó trong nguyên nhân gây ra SAD vẫn chưa được hiểu hoàn toàn.

GIẢ THUYẾT VỀ HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY

Để thêm vào giả thuyết về melatonin, Lewy và cs. (1998) đã đưa ra giả thuyết rằng ngoài việc lượng melatonin đóng vai trò quyết định đối với khí sắc, thì thời điểm mà nó giảm sút đi mới là quan trọng đối với sự khởi phát và duy trì SAD. Trong giả thuyết về sinh hoạt thường ngày của họ, họ cho rằng trầm cảm bình thường có thể do tình trạng thiếu ngủ

được gây ra bởi sự phá vỡ vòng tuần hoàn ngủ-thức hàng ngày. Đối với SAD, theo nhóm nghiên cứu này, những thay đổi về thời gian của lúc bình minh và hoàng hôn trong quá trình chuyển từ mùa đông hè sang mùa đông đã làm thay đổi thời gian mà melatonin được giải phóng, dẫn tới sự thay đổi nhịp điệu giấc ngủ hàng ngày, kéo nó ra khỏi sự liên kết với các nhịp điệu sinh học khác. Mục đích của liệu pháp là phải thiết lập lại các pha của vòng tuần hoàn ngủ-thức như trong mùa hè. Theo Lewy, có thể làm được điều này bằng cách phơi mình trong ánh sáng vào buổi sớm, điều này giúp cá nhân duy trì được tuần hoàn thức-ngủ của mùa hè và duy trì được lượng melatonin cho đến cuối ngày. Điều này, cùng với việc ngủ sớm hơn vào buổi tối, tỏ ra là một phương pháp điều trị SAD có hiệu quả. Công việc của chính nhóm nghiên cứu này đã ủng hộ giả thuyết của họ, khi họ tìm ra rằng liệu pháp ánh sáng vào buổi sớm có hiệu quả cao hơn nếu chúng ta làm được điều đó vào buổi tối: tác dụng có thể giữ được miễn là cá nhân duy trì thời gian ngủ và thức của họ như trong mùa hè (Lewy và cs. 1998).

GIẢ THUYẾT VỀ SEROTONIN

Giả thuyết cuối cùng được đưa ra là ít nhất cũng có một vài cơ chế tiềm ẩn trong SAD không phải là đặc biệt đối với hội chứng này, và có lẽ chính chúng lại là một dạng khác của trầm cảm mà thôi. Có rất nhiều yếu tố để có thể coi serotonin là nguyên nhân của SAD. Serotonin liên quan đến sự kiểm soát chế độ ăn uống và giấc ngủ, và nó là tiền chất của melatonin. Lượng serotonin thay đổi theo mùa, và việc làm giảm lượng serotonin bằng cách loại bỏ một tiền chất đối với serotonin, chất trytophan, trong chế độ ăn, dẫn đến các triệu chứng trầm cảm trong suốt mùa hè ở những người có biểu hiện điển hình SAD trong mùa đông (Neumeister và cs. 1997). Một chứng cứ rõ ràng hơn về vai trò của serotonin được thấy từ điều trị thử nghiệm bằng SSRIs. Cả sertraline và fluoxetine đều đã tỏ ra có tác dụng ở mức độ vừa phải trong điều trị SAD. Tuy nhiên, nhìn chung những phương pháp này không hiệu quả bằng liệu pháp ánh sáng (Partonen và Lonnqvist 1998), cho thấy rằng dù cho lượng serotonin có thể là một nguyên nhân ngầm ẩn của SAD, nó cũng không hoàn toàn thuyết phục.

Điều trị rối loạn cảm xúc theo mùa

Phương pháp điều trị SAD đã được thừa nhận là điều trị bằng ánh sáng trắng ("bright light" treatment), phương pháp khắc phục sự giảm lượng melatonin. Đặc trưng của phương pháp này là cá nhân phơi mình trong ánh sáng nhân tạo mạnh, dao động từ 2.500 luxơ trong 2 giờ đến 10.000 luxơ trong nửa giờ mỗi ngày trong khoảng thời gian từ 1 đến 3 tuần. Để tiện so sánh, cần biết rằng thông thường, ánh sáng trong nhà chỉ ở mức 100 luxơ hoặc ít hơn. Ánh sáng ở ngoài có thể từ 2000 luxơ hoặc ít hơn trong ngày mưa mùa đông và 10.000 luxơ dưới ánh nắng mặt trời trực tiếp.

Những can thiệp này tỏ ra có hiệu quả. Trong siêu phân tích những nghiên cứu có liên quan, Terman và cs. (1989), đã báo cáo về một sự cải thiện đáng kể trong 67% người bị SAD nhẹ và 40% người rối loạn vừa và nặng, được điều trị bằng liệu pháp ánh sáng: kết quả còn tốt rõ rệt hơn so với những người trị liệu bằng placebo. Gần đây hơn, Sumaya và cs. (2001) đ đã tiến hành một thử nghiệm: các bệnh nhân trầm cảm được đặt vào 3 hoàn cảnh một cách ngẫu nhiên: nhóm thứ nhất được điều trị bằng một "liều" ánh sáng 10.000 luxơ 30 phút mỗi ngày trong 1 tuần; nhóm thứ hai nhận một lượng ánh sáng 300 luxơ không có tác dụng trị liệu (ánh sáng ở đây chỉ là một loại placebo) trong cùng khoảng thời gian đó và nhóm thứ 3 không được trị liệu. Sau thực nghiệm, 50% trong số những người nhận được trị liệu tích cực không lặp lại những triệu chứng trầm cảm nữa. Mức độ trầm cảm không thay đổi đối với 2 nhóm còn lại. Tuy nhiên, có thể phải cân nhắc đến đáp ứng placebo đối với liệu pháp ánh sáng, đôi khi nó tương đương với liệu pháp điều trị tích cực. Wileman và đồng nghiệp năm 2001 đã chia ngẫu nhiên bệnh nhân SAD vào các điều kiện trị liệu tích cực (4 tuần với ánh sáng 10.000 luxơ) và điều trị placebo (4 tuần với ánh sáng 300 luxơ). Ngay sau điều trị, 30% những người được điều trị tích cực và 33% những người trong nhóm được dùng placebo không còn trầm cảm nữa; 63% trong nhóm thứ nhất và 57% thuộc nhóm còn lại có biểu hiện cải thiện rõ rệt. Tuy thế, liệu pháp ánh sáng vẫn được coi là liệu pháp hàng đầu trong điều trị SAD.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực

Người bị rối loạn cảm xúc lưỡng cực (bipolar disorder) trải qua cả trầm cảm và những giai đoạn hưng cảm. Theo DSM-IV-TR, cơn hưng cảm bao gồm ít nhất ba trong số các triệu chứng sau:

- tự đánh giá bị trơ lì hoặc cảm thấy mình vĩ đại
- giảm nhu cầu ngủ
- nói nhiều hơn bình thường hoặc sự thúc bách cần phải nói
- tư duy dồn dập
- dễ bối rối
- tăng hoạt động hoặc kích động tâm vận động
- tham gia quá mức vào các hoạt động nguy hiểm.

Những cá nhân hưng cảm đi lại rất nhanh, nói nhanh, to; những đoạn đối thoại của họ thường có nhiều lời bông đùa và cố gắng tỏ ra tài giỏi. Họ thích những gì chói lọi, sặc sỡ. Họ ít có khả năng phán xét và có thể tham gia vào những hoạt động nguy hiểm mà nếu như họ ít hưng cảm hơn, thì họ sẽ từ chối. Họ cũng có thể trở nên hoàn toàn bất mãn với hành động của người khác, những người họ cho rằng cản trở họ đạt được những kế hoạch to lớn của mình. Điều thú vị là, khi đang ở trong giai đoạn hưng cảm rất nhiều người tỏ vẻ hoàn toàn hạnh phúc, nhưng điều này không phải lúc nào cũng đúng.

DSM-IV-TR mô tả hai loại của rối loạn cảm xúc lưỡng cực:

- Rối loạn lưỡng cực típ 1: Cá nhân trải qua sự luân phiên giữa những đợt trầm cảm và hưng cảm, mỗi đợt kéo dài hàng tuần hoặc hàng tháng. Một số người có thể trải qua một vài chuỗi chỉ toàn đợt trầm cảm hoặc chỉ toàn đợt hưng cảm, phân cách với nhau bởi những giai đoạn hoàn toàn bình thường. Một số người có thể gặp cả trầm cảm và hưng cảm chỉ trong một ngày.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực típ 2: Các cơn trầm cảm chiếm ưu thế. Cá nhân có thể trải qua giai đoạn hưng cảm nhẹ (tăng vận động hơn so với bình thường, nhưng không thái quá như hưng cảm) và trầm cảm nặng. Ngoài ra, họ không trải qua một đợt hưng cảm nào.

Khoảng 1-1,5% người trưởng thành trải qua rối loạn cảm xúc lưỡng cực vào bất cứ lúc nào, trong đó rối loạn cảm xúc lưỡng cực típ 1 phổ biến nhất (Bebbington và Ramana 1995). Trong tỉ lệ nói chung giữa nam và nữ không khác nhau thì phụ nữ dường như trầm cảm nhiều hơn và ít hưng cảm hơn nam giới, mặt khác, ở phụ nữ, việc lặp đi lặp lại giữa các giai đoạn này thường xuyên hơn nam giới (APA 2000). Mức độ phổ biến cũng không khác nhau giữa các nhóm kinh tế-xã hội và dân tộc. Pha rối loạn cảm xúc lưỡng cực đầu tiên thường diễn ra trong khoảng từ 20 đến 30 tuổi. Hơn một nửa những người khởi phát lần đầu với một pha trầm cảm chủ yếu và ít nhất 80% những người khởi phát với đợt hưng cảm có khả năng tái phát bệnh 1 lần hoặc nhiều hơn (APA 1994). Mỗi pha có thể kéo dài vài ngày, hàng tuần, hoặc trong một số trường hợp, hàng năm. Mức độ nghiêm trọng của rối nhiễu có xu hướng tăng cùng với thời gian, mặc dù sau khoảng 10 năm đã bớt đi rõ rệt.

Nguyên nhân của rối loạn cảm xúc lưỡng cực

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Allen (1976) có một nghiên cứu rất sớm về di truyền trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, theo đó tỉ lệ các cặp sinh đôi cùng trứng cùng bị rối loạn cảm xúc lưỡng cực là 72%, khác trứng trung bình khoảng 14%. Gần đây hơn, các tỉ lệ này rút xuống, lần lượt là 40% và từ 5-10% (Craddock và Jones, 1999). Trong khi cố gắng xác định khu trú của gen góp phần vào nguy cơ rối loạn cảm xúc lưỡng cực, người ta đã đưa ra giả thuyết rằng nó có thể nằm ở các nhiễm sắc thể 4, 6, 12, 13, 15, 18 và 22 (Berretini 2000), nghĩa là có nhiều gen cùng góp phần vào nguy cơ này.

CƠ CHẾ SINH HỌC

Đưa ra vai trò của serotonin và norepinephrine trong trầm cảm, có vẻ như rất hợp lí khi giả định rằng chúng cũng đóng vai trò quan trọng trong hưng cảm. Tuy nhiên, mô hình sinh học không đơn giản như người ta nghĩ. Các dữ kiện về norepinephrine là chắc chắn đối với những kiểu rối loạn cảm xúc đơn giản. Lượng norepinephrine cao liên quan đến sự hưng phấn khí sắc và hưng cảm; lượng này thấp dẫn đến trạng thái trầm cảm. Nhưng người ta

không tìm thấy mối quan hệ nào đối với lượng serotonin. Trên thực tế, hưng cảm có liên quan đến sự giảm lượng serotonin (Mahmood và Silverstone 2001) - cũng như trong trầm cảm. Phát hiện này có lẽ liên quan đến giả thuyết của tâm lí học cho rằng hành vi hưng cảm đôi khi lại "che giấu" trạng thái trầm cảm. Những dữ kiện như thế này dẫn một số nhà nghiên cứu đến chỗ đưa ra *Thuyết cho phép về rối loạn cảm xúc lưỡng cực (a permissive theory of bipolar disorder)*, trong đó lượng serotonin thấp đôi khi cho phép hoạt động của norepinephrine quyết định khí sắc. Serotonin thấp kết hợp với norepinephrine thấp dẫn đến trầm cảm, kết hợp với norepinephrine cao, dẫn đến hưng cảm.

Mô hình thứ hai về rối loạn cảm xúc lưỡng cực bắt nguồn từ vai trò của các chất DTTK trong việc dẫn điện của tất cả các tế bào thần kinh. Hai quá trình liên quan đến sự truyền các xung thần kinh có thể gồm có: những thông điệp thứ hai (phosphoinositides) bị nhiễu, khiến cho các dây thần kinh bị bất ngờ, trong đó có cả những dây thần kinh liên quan đến khí sắc bình thường và làm thay đổi hoạt động của cả natri và kali trong chính những nơron ấy (xem chương 3). Trong trạng thái hưng cảm, hoạt động của thông điệp thứ hai hoặc sự chuyển natri và kali qua màng tế bào có thể lên đến quá mức và dẫn đến hoạt động quá sức của hệ thống tế bào; trong trầm cảm, có lẽ các tế bào thần kinh kém hoạt động (Lenox và cs. 1998).

TRƯỜNG PHÁI PHÂN TÂM HỌC

Các nhà phân tâm nhìn hưng cảm hoàn toàn như một cơ chế phòng vệ để đương đầu với những trạng thái cảm xúc không dễ chịu hay những xung năng không được chấp nhận. Katan (1953) cho rằng vì các đợt hưng cảm thường đến sau các đợt trầm cảm, cho nên những xung đột trong hưng cảm có bản chất tương tự với những xung đột trong trầm cảm. Những người từng trải qua trầm cảm rồi đến hưng cảm duy trì mối bận tâm của họ đối với một mất mát thực sự hay chỉ là tưởng tượng. Trong trạng thái hưng cảm, nỗi lo lắng này được giải phóng ra ngoài. Những suy nghĩ được hướng ra bên ngoài và cá nhân phản ứng lại những vật bên ngoài theo cách giống như sự tiếp nhận (introjection) hướng giận dữ vào trong ở trầm cảm.

MÔ HÌNH NHẬN THỨC

Cũng như phân tâm học, mô hình nhận thức của Winters và Neale (1985) cho rằng hưng cảm là một phản ứng phòng về chống lại trầm cảm, rằng sự kết hợp giữa sự hạ thấp tự đánh giá và những chuẩn mực không thực tế về sự thành công có thể dẫn tới cả những đợt trầm cảm lẫn hưng cảm. Theo Winters và Neale, khi cá nhân thuộc vào loại người có sơ đồ nhận thức trải qua một sự kiện không mong muốn, họ sẽ đồng thời cảm thấy trầm cảm và có những nhận thức liên quan đến sự hạ thấp tự đánh giá, hoặc một phản ứng phòng vệ chống lại những cảm giác này, trong đó họ mang một cái "*mặt nạ hưng cảm"* - giúp họ biểu hiện được rằng mình vẫn giữ được tự đánh giá như bình thường. Tại sao những cá nhân

ấy lại phải lựa chọn các chiến lược khác nhau trong những khoảng thời gian khác nhau, vẫn còn là điều chưa rõ ràng. Tuy nhiên, đó có lẽ là kết quả của việc những người sống xung quanh cá nhân này chấp nhận hay không trước mỗi phản ứng của họ. Ở đâu biểu hiện của những cảm xúc âm tính không được chấp nhận, họ có thể ứng phó theo kiểu hưng cảm, khiến họ được tán thưởng và duy trì hoặc tăng liên hệ xã hội với những người quan trọng. Tuy nhiên, mặc dù có những củng cố xã hội này, cá nhân vẫn không thể tiếp tục hành vi của họ, và khi đó trầm cảm có thể bùng nổ. Họ rơi vào giai đoạn trầm cảm.

Ở một trong số không nhiều các thực nghiệm về giải thuyết phòng vệ hưng cảm, Lyon và cs. (1999) so sánh sự quy kết của những người rối loạn cảm xúc lưỡng cực - một nhóm trầm cảm, một nhóm hưng cảm và một nhóm đối chứng "bình thường", dựa trên phản ứng của họ đối với những tình huống tích cực và tiêu cực giả định. Cả hai nhóm trầm cảm hoặc hưng cảm đều quy trách nhiệm cá nhân cho nhiều sự kiện tiêu cực và ít sự kiện tích cực hơn so với nhóm đối chứng. Trái lại, khi được yêu cầu xác định con số sự việc tiêu cực hay tích cực với tư cách cá nhân, cả nhóm đối chứng và nhóm hưng cảm đều tán thành rộng rãi những sự kiện tích cực. Nhóm trầm cảm hầu như chỉ chọn những sự kiện tiêu cực. Thế nhưng, trong trắc nghiệm trí nhớ tiếp theo về những từ này, cả nhóm trầm cảm và hưng cảm đều nhớ lại được nhiều từ tiêu cực hơn là nhóm bình thường. Lyon và các đồng nghiệp của mình đã dùng hai kết quả này để chỉ ra rằng khi người ta hưng cảm rõ rệt, họ sẽ có những quy kết tích cực về bản thân mình, song ở dưới nó là những niềm tin tiêu cực về bản thân: sự phòng vệ có tính hưng cảm.

Những dữ kiện thực nghiệm này tương đồng với kinh nghiệm của Helen, người đã trải qua sự thay đổi khí sắc rõ rệt trong rất nhiều năm. Khi đang ở giai đoạn hưng cảm, đặc trưng của cô là hay mặc quần áo có màu đậm và sặc sỡ, trang điểm sáng và thái quá, tăng vận động, thích tụ tập và khó tập trung vào một thứ trong khoảng thời gian nhất định. Trông cô lúc nào cũng như đang có điều gì rất vui. Nói chuyện với cô về những gì cô đã trải qua lại cho một ấn tượng khác:

"Tôi biết là trông tôi có vẻ rất vui, rất hạnh phúc và tất cả những thứ giống thế. Nhưng tôi không cảm thấy thế. Tôi cảm thấy mình bị mọi chuyện kéo theo, giống như là có điều gì đó trong tôi thúc đẩy tôi, khiến tôi làm những việc điên rồ. Chẳng hạn như việc trang điểm, tôi bôi son trát phấn đầy trên mặt, tôi chẳng thích thế, nhưng tôi lại làm thế. Tôi cảm thấy có những lúc tinh thần mình rất tồi tệ khi mình biểu hiện hưng phấn như vậy. Đó không phải là cái tôi lựa chọn, giống như nó đang diễn ra mà không cần đếm xỉa đến việc tôi cảm thấy thế nào - chẳng hạnh phúc gì. Tôi thực sự không thích thú gì với điều này. Và tôi cũng chẳng mong muốn những người xung quanh nghĩ rằng tôi hạnh phúc... điều đó thực sự khó hiểu."

Trị liệu rối loạn cảm xúc lưỡng cực

LIỆU PHÁP LITHIUM

Các thuốc chống trầm cảm chuẩn thường không được dùng đối với rối loạn lưỡng cực, vì chúng gây ra sự thay đổi nhanh hơn là ổn định cảm xúc. Thay vào đó, lithium

bicarbonate dạng thuốc viên được sử dụng đối với những biến đổi khí sắc vừa phải. Đối với dạng này, lithium bắt đầu có tác dụng sau 5 đến 14 ngày sử dụng ở khoảng 60% các trường hợp, và cần phải được tiếp tục sử dụng để làm giảm nguy cơ khởi phát của trầm cảm và hưng cảm. Sappes và cs. (1991) công bố rằng tỉ lệ tái phát ở những cá nhân ngưng dùng thuốc khi không có triệu chứng cao hơn 28 lần so với những cá nhân tiếp tục dùng loại thuốc này. Người ta không rõ loại thuốc này làm thế nào để đạt được những kết quả như thế. Nó có thể có tác dụng trong cả 3 quá trình ảnh hưởng đến khí sắc: làm tăng hoạt hoá serotonin, điều chỉnh hoạt động của các thông điệp thứ hai, và/hoặc chỉnh lại hoạt động của natri và kali trong các neuron.

Dù có tiềm năng trị liệu như vậy, song hiệu quả của lithium trong thực hành lâm sàng vẫn còn ít hơn những gì người ta kì vọng vào nó, có lẽ bởi vì người sử dụng nó không đảm bảo chế độ điều trị được đặt ra. Từ 18-53% số người được điều trị không chấp hành đúng chế độ được yêu cầu (Guscott và Taylor 1994). Nguyên nhân của việc này là do tác dụng phụ như tăng cân, có những vấn đề về định hướng, khát thái quá và rối loạn trí nhớ. Các yếu tố tâm lí có thể là không thích dùng loại thuốc kiểm soát khí sắc, cảm thấy khỏe mạnh, không cần phải dùng thuốc và sợ mất những lúc vui vẻ của hưng cảm nhẹ. Ngoài ra, rất nhiều người sử dụng phàn nàn về tình trạng tắt dần vào bất cứ lúc nào của tất cả mọi cảm xúc, điều này khiến họ thấy khó chịu. Một điều đáng lưu ý nữa là cánh cửa giữa một liều lithium không hiệu quả và một liều lithium gây ngộ độc là rất hẹp. Dùng một liều quá cao có thể dẫn đến ngộ độc lithium, và hậu quả của nó là buồn nôn, nôn, run, rối loạn chức năng thận và có thể dẫn đến tử vong. Do đó, lượng lithium cần phải được kiểm tra đều đặn bằng thử máu, đây là một nguyên nhân nữa làm người ta không muốn dùng nó lâu dài.

TIẾP CẬN HÀNH VI NHẬN THỨC

Mô hình sinh học về rối loạn cảm xúc lưỡng cực đã chiếm vị trí thống trị trong nhiều năm, và chỉ gần đây thì những thử nghiệm để thay đổi các giai đoạn của rối nhiễu theo phương pháp nhận thức-hành vi mới được tiến hành. Những thử nghiệm này đã đạt được những thành công đáng kể, góp phần vào hiệu quả của lithium trong tất cả các thử nghiệm được báo cáo (xem Scott 2001). Scott và cs. (2001) đã chia ngẫu nhiên các bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực thành hai nhóm: một nhóm điều trị bằng lithium, một nhóm điều trị kết hợp lithium với liệu pháp nhận thức. Liệu pháp nhận thức bao gồm 3 yếu tố sau:

- một giai đoạn giáo dục để chuẩn bị cho tiếp cận nhận thức
- tập trung vào các phương pháp hành vi - nhận thức trong việc điều chỉnh các triệu chứng, bao gồm: thiết lập một lịch hoạt động hàng ngày và quản lí thời gian, cũng như đối phó với các suy nghĩ rối nhiễu
- những kĩ thuật phòng tránh tái phát.

Sau cùng là cần phát triển các chiến lược điều chỉnh thuốc, các chiến lược của cá nhân để giải quyết stress, hoặc tìm kiếm sự trợ giúp trong những lúc mà bệnh có dấu hiệu

khởi phát trở lại. Trị liệu duy trì trong 6 tháng. Sau 6 tháng, những người được trị liệu kết hợp tỏ ra được cải thiện rõ ràng khi đánh giá hoạt động nói chung và trầm cảm, so với những người chỉ điều trị bằng thuốc. Kết quả về sự tái phát cũng gây ấn tượng như vậy: 60% những người trị liệu kết hợp ít có khả năng tái phát hơn là những người trị liệu bằng thuốc.

Tóm tắt chương

1. Trầm cảm chủ yếu bao gồm những dấu hiệu sút kém tâm lí rõ rệt kéo dài trong ít nhất 2 tuần. Khoảng 1/3 người trầm cảm vẫn không khỏi bệnh trong 1 năm sau đó.
2. Các nhà tâm lí học động thái coi trầm cảm như kết quả của sự mất mát có tính tượng trưng đối với tình yêu hoặc sự quý trọng. Cảm xúc âm tính hướng về người có trách nhiệm lại được nội tâm hoá và dẫn đến trầm cảm.
3. Giải thích văn hoá xã hội tập trung vào những khác biệt về stress và cách giải quyết nó trong những nhóm xã hội khác nhau.
4. Các yếu tố di truyền cũng góp phần vào nguy cơ gây trầm cảm.
5. Lượng serotonin thấp gây trầm cảm, đây là kết quả của việc một số hệ thống trên não mất khả năng kiểm soát, bao gồm những hệ thống được điều chỉnh bởi norepinephrine và dopamine.
6. Các lí thuyết hành vi thì cho rằng trầm cảm là do thiếu các củng cố xã hội.
7. Trường phái nhận thức coi những ý nghĩ tiêu cực tự động và sơ đồ chức năng bị rối loạn là nguyên nhân.
8. Cả liệu pháp hoá dược và can thiệp nhận thức đều có hiệu quả ngang nhau trong điều trị trầm cảm ngắn hạn. Đối với điều trị dài hạn thì liệu pháp nhận thức tỏ ra có hiệu quả hơn.
9. Cỏ St John tỏ ra là một liệu pháp tự nhiên có hiệu quả.
10. Liệu pháp sốc điện có hiệu quả đối với một số trường hợp kháng trị liệu, nhưng có sử dụng sốc điện để duy trì những thành công ban đầu hay không thì vẫn còn là điều tranh cãi.
11. Khi cá nhân có những vấn đề về sức khoẻ tâm thần trầm trọng, có thể tăng nguy cơ tự sát, những người không có rối nhiễu tâm thần cũng vậy.
12. Ở người lớn, nguyên nhân đầu tiên dẫn đến hành vi tự sát là những vấn đề trong mối quan hệ liên nhân cách (mối quan hệ người-người).
13. Freud coi tự sát như là một sự trả thù đối với những người mà cá nhân ghét.
14. Các nhà tâm lí học nhận thức cho rằng sự thiếu kĩ năng giải quyết vấn đề, cảm giác vô giá trị và bị từ chối, những yếu tố này kết hợp với các tính huống gây stress, sự lẫn lộn cảm xúc và tình trạng kích động cao về sinh lí, đặt cá nhân vào nguy cơ tìm đến tự sát.

15. Can thiệp tăng cường kỹ năng giải quyết vấn đề làm giảm nguy cơ tự sát.
16. Rối loạn cảm xúc theo mùa là kết quả của sự rối loạn melatonin và nhịp sống hàng ngày.
17. Liệu pháp ánh sáng chứng tỏ mình là phương pháp trị liệu hiệu quả nhất đối với rối loạn cảm xúc theo mùa.
18. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực có nguyên nhân từ cơ chế sinh học, liên quan đến sự truyền thông tin giữa các trục thần kinh.
19. Phương pháp trị liệu hàng đầu đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực là lithium, mặc dù liệu pháp nhận thức - hành vi cũng có tác dụng.

Câu hỏi thảo luận

1. Jacobson và Hollon (1996) đã đưa ra ý kiến rằng những phát hiện trong các nghiên cứu ngắn hạn về trầm cảm của Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc Gia Hoa Kỳ NIMH là sai lầm do quá trình thực hiện liệu pháp nhận thức một cách không chuyên nghiệp. Tiến hành trên diện rộng, công dụng nhanh, không phải là kĩ năng sở trường của các nhà trị liệu, liệu đó có phải là một ý kiến tranh luận, bởi vì liệu pháp hoá dược vẫn được ưu tiên sử dụng hơn các liệu pháp tâm lí?
2. Thử tìm hiểu xem tại sao tỉ lệ tái phát ở người bị trầm cảm điều trị bằng thuốc chống trầm cảm lại cao hơn đáng kể so với trị liệu bằng liệu pháp nhận thức.
3. Rối loạn cảm xúc theo mùa trong mùa đông có phải là hiện tượng phổ biến không? Nếu có thì tại sao?

Chương 9

CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN SANG CHẤN

Chương này tập trung vào ba loại vấn đề có thể xuất hiện như là hậu quả của một sang chấn có ý nghĩa đối với một cá nhân, người trưởng thành cũng như trẻ em. Loại thứ nhất, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) được biết đến rộng rãi như là một phản ứng tự nhiên trước việc phải liên quan hay chứng kiến một sự kiện gây sang chấn. Hai loại rối loạn còn lại sẽ được bàn đến trong bài là những rối loạn gây nhiều tranh cãi hơn. Thực tế, người ta đã luôn hoài nghi sự tồn tại của chúng. Chương này khai thác những bằng chứng liên quan đến phản ứng đối với những sang chấn thời thơ ấu: những kí ức bị che dấu và được khôi phục và rối loạn xác định phân li (DID), trước đây thường được gọi là đa nhân cách. Đến cuối chương, bạn sẽ có thể hiểu được:

- Bản chất và cách trị liệu rối loạn stress sau sang chấn
- Những tranh cãi xung quanh "kí ức khôi phục"
- Những tranh cãi xung quanh rối loạn xác định phân li
- Những cách tiếp cận trong điều trị rối loạn xác định phân li.

Rối loạn stress sau sang chấn

Tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD theo DSM-IV-TR là: cá nhân đã trải qua hoặc chứng kiến một sự kiện gây tử vong, có nguy cơ tử vong hoặc gây tổn thương nghiêm trọng, hoặc đe doạ tới tính toàn vẹn về mặt thể chất của bản thân cá nhân hoặc người khác và phản ứng ngay lập tức của họ bao gồm sợ hãi dữ dội, sự vô vọng hoặc kinh hoàng. Về lâu dài, cá nhân sẽ phải trải qua ba nhóm triệu chứng kéo dài ít nhất một tháng:

- *Kí ức xâm nhập:* sang chấn được tái trải nghiệm qua những ý nghĩ xâm nhập, ác mộng hoặc hồi tưởng. Sự tái diễn như vậy có thể là có chủ tâm vì cá nhân nghiền ngẫm lại các sự kiện gây sang chấn. Những hình ảnh có thể tự động nảy sinh trong tâm trí, dưới dạng những hồi tưởng. Những hình ảnh này thường đem lại cảm giác thật như là chính sự kiện nhưng có thể mang tính chắp vá hoặc bộ phận. Cảm xúc và cảm giác liên quan đến sang chấn có thể được sống lại với một mức độ mãnh liệt như lúc sự kiện diễn ra. Những hình ảnh thường được mô tả như thể chúng là bộ phim về sự kiện đó. Đầu tiên, cá nhân cảm thấy họ thực ra đang ở trong bộ phim đó: khi họ cảm thấy họ đang xem phim như một người quan sát bên ngoài là lúc họ bắt đầu thoát li khỏi sang chấn và dần hồi phục.
- *Né tránh:* là việc thực hiện những hành động, hoạt động tránh gợi nhớ lại sự kiến gây sang chấn. Né tránh có thể liên quan đến cơ chế phòng vệ tâm lí, bao gồm việc trở nên không thể nhớ lại hình ảnh về sang chấn, tê liệt cảm xúc, tách biệt khỏi những người khác cũng như những né tránh va chạm, tiếp xúc những điều có thể gợi nhớ đến sang chấn.

- *Kích thích:* kích thích quá mức, dai dẳng có thể được biểu hiện bởi sự cáu kỉnh, dễ giật mình hoặc quá thận trọng, mất ngủ hoặc khó tập trung.

Những sự kiện gây ra PTSD rất đa dạng. Nó có thể bao gồm những trải nghiệm chiến tranh, bị lạm dụng tình dục hoặc thể chất thời thơ ấu, cưỡng dâm, thiên tai hoặc những thảm họa do công nghệ. Có lẽ nguyên nhân thường xuyên nhất của PTSD là tai nạn giao thông: khoảng 20% những người từng bị tai nạn giao thông có dấu hiệu của PTSD ở một mức độ nào đó (Ehler và cs. 1998). Khoảng 1% dân số mắc phải PTSD ở một thời điểm nào đó (Kessler và cs. 1995). Đối với những nhóm thường xuyên phải chứng kiến các sự kiện sang chấn, tỉ lệ người mắc PTSD là cao hơn nhiều. Ví dụ như Bennett và cs. đã tìm thấy rằng 20% nhân viên cấp cứu gặp phải PTSD trong khi tỉ lệ này ở nhóm cựu binh trong chiến tranh Việt Nam là 30% đối với nam giới và 27% đối với nữ giới (Kulka và cs. 1990). PTSD thường bắt đầu trong vòng vài tuần sau sự kiện. Tuy nhiên, PTSD cũng có thể xuất hiện trở lại sau khi những triệu chứng đã nhạt phai nhưng do một sang chấn khác hoặc những sự kiện khác nhau trong cuộc sống như lễ kỉ niệm liên quan đến ngày có sang chấn, mất mát người thân và thay đổi tình trạng sức khoẻ. Sau đây là câu chuyện của Ron. Qua câu chuyện, ta thấy được cả hoàn cảnh và phản ứng của những người xung quanh ảnh hưởng đến tiến triển PTSD ở Ron.

Vào lúc đó, tôi đang làm việc trong một căn nhà tạm ở một khu công nghiệp ngoại ô. Họ đang xây dựng thêm một số khu nữa và có một xe tải cần trục để di dời mọi thứ ra khỏi vị trí xây dựng. Nó nằm ngay cạnh văn phòng của chúng tôi. Bạn không thể nhìn thấy nó bởi vì phía đó của toà nhà không có cửa sổ nhưng bạn vẫn biết là nó đang ở đó... Tôi không rõ tại sao nhưng vào ngày tai nạn xảy ra họ sử dụng cần trục mà không gắn chặt nó vào nền đất. Hậu quả của việc này là cần trục mất thăng bằng và rơi vào toà nhà mà tôi đang làm việc. Điều đầu tiên chúng tôi nhận thấy là có rất nhiều âm thanh máy móc và tiếng la hét, lúc đó chúng tôi hiểu rằng cần trục đã bị đổ. Sau đó, có một tiếng vỡ lớn và cánh tay của cần trục đập xuyên qua toà nhà. Tôi đang ở trong đó với bạn của tôi. Thật lạ kì là chẳng ai trong chúng tôi bị thương nhưng chúng tôi đều bị kẹt trong những mảnh vụn của toà nhà. Tôi nghĩ tôi bị choáng váng một lúc bởi vì tôi không thể nhớ chi tiết chuyện đã xảy ra, nhưng có thể chỉ là trong một, hai phút thôi. Tôi không bị thương nặng nhưng tôi bị kẹt. Phần tồi tệ nhất chính là chuyện phải ngồi đợi đến lúc được đưa ra ngoài. Tôi rất sợ những ống dẫn ga bị gẫy và hình ảnh phải chết trong một đám cháy xuất hiện trong đầu tôi. Tôi ghét cảm giác không thể di chuyển và mọi hình ảnh về những chuyện có thể xảy ra khi tôi đang không thể nhúc nhích đều xuất hiện trong đầu tôi. Tôi thực sự cảm thấy kinh hoàng cho đến khi tôi nghe thấy tiếng người đến moi chúng tôi ra, và họ bắt đầu chuyển những thứ nặng trĩu đang đè lên tôi và tôi có thể cử động...

Khi tôi đã ra ngoài, tôi đến trạm y tế và được trả về nhà. Tôi bảo với họ rằng tôi ổn chỉ bởi vì tôi muốn được về nhà và thoát khỏi chuyện này. Tôi được đưa về nhà và vật vờ cả ngày trong nhà. Tôi chỉ thu mình lại. Tôi không muốn nói về nó. Tôi đã ngủ được. Tôi không thích bị mất việc nên tôi đi làm vào ngày hôm sau. Những đồng nghiệp của tôi đưa tôi đến xem căn nhà bị sập và họ đều nói rằng chúng tôi may mắn đến như thế nào vì đã sống sót. Tất cả mọi người tôi gặp đều nói như vậy! Tôi biết họ đang tỏ ra thân thiện

nhưng điều đó làm cho chuyện trở nên tồi tệ hơn và tôi bắt đầu nghĩ đến những gì đã qua nhiều và nhiều hơn.. Tôi cảm thấy run lên và buồn nôn.. Cuối cùng, tôi phải đi về nhà.

Những cơn ác mộng bắt đầu vài ngày sau. Tôi mơ thấy tôi đang ở trong căn nhà đó- lần này tôi nhìn thấy cần trục rơi xuống và có cảm giác bị mắc kẹt khi nó đập xuống mặc dù trong thực tế thì tôi đã không nhìn thấy gì hết. Tất cả các giấc mơ đều rất đáng sợ và tôi toát mồ hôi hột, thở nặng nhọc khi thức dậy. Tôi có thể mơ hai, ba lần trong một đêm. Tôi phải dậy sớm và xem TV, uống một tách trà và làm việc gì đó để giúp mình bình tâm lại sau khi mơ... Tôi không tài nào ngủ lại được. Tôi đã phải nghỉ làm đến 8, 9 tuần vì tất cả những chuyện này. Tôi quá đuối sức và mệt mỏi để có thể làm việc.

Tôi cũng đã khá bồn chồn, lo lắng trong suốt thời gian đó. Thông thường thì tôi là người rất thoải mái. Thế mà tôi và vợ tôi đã trục trặc với nhau bởi vì lúc đó thật khó khăn khi sống chung với tôi..

Những giấc mơ trở nên tốt hơn một cách từ từ và tôi cũng tự ép mình phải trở lại với công việc. Tôi có một vài cơn sợ hãi khi tôi bắt đầu làm việc lại vì chỗ làm mới của tôi là một căn nhà tạm thời, không có cửa sổ. Vì vậy, tôi đã hoảng sợ với ý nghĩ rằng có chuyện gì đó đang diễn ra bên ngoài. Sau này, văn phòng của tôi có cửa sổ rộng và điều đó thực sự rất tốt với tôi.

Nguyên nhân rối loạn stress sau sang chấn

YẾU TỐ SINH HỌC

Người ta cho rằng liên quan đến PTSD là những cấu trúc não tham gia vào quá trình xử lí cảm xúc và trí nhớ. Cụ thể hơn, đó là vùng cá ngựa và hạnh nhân. Vùng cá ngựa chịu trách nhiệm xử lí và gợi lại kí ức. Nó được nối với hạnh nhân, vùng chuyên biệt của não liên quan đến việc hình thành những phản ứng sợ hãi có điều kiện. Cả vùng cá ngựa và hạnh nhân đều được hoạt hoá trong quá trình hình thành trí nhớ về các sự kiện, cảm xúc liên quan hoặc khi gợi lại chúng. Hai hóc môn có vẻ đặc biệt liên quan đến quá trình hình thành kí ức sang chấn là: norepinephrine và cortisol. Việc tăng hai loại hóc môn này nhìn chung củng cố trí nhớ, mặc dù mức độ hóc môn trong thời gian sang chấn thực tế có thể là độc hại đối với mô não và gây ra chết tế bào thần kinh (neuronal death), phá huỷ hệ thống trí nhớ. Người ta tìm ra rằng việc giải phóng norepinephrine làm tăng cảm giác sợ hãi và khuấy động kí ức và những hình ảnh hồi tưởng mạnh mẽ trong một số trường hợp (Leskin và cs. 1998). Brewin (2001) cho rằng những hồi tưởng có thể xuất hiện khi thông tin được truyền đi từ hạnh nhân đến vùng cá ngựa. Hệ thần kinh giao cảm (xem chương 3) được kiểm soát bởi hồi cá ngựa và nồng độ norepinephrine, chịu trách nhiệm trong việc tạo ra trạng thái kích thích sinh lí ở mức độ cao liên quan đến hoàn cảnh.

MÔ HÌNH ĐIỀU KIỆN HOÁ

Mô điều kiện của PTSD (Foa và cs. 1989) được dựa trên lí thuyết hai yếu tố của Mowrer (1947). Đó là quan niệm xem PTSD như một đáp ứng cảm xúc có điều kiện cổ điển. Việc đối mặt lại những tình huống hay kích thích tương tự làm gợi lại kí ức sang chấn

và phản ứng sợ hãi đã bị điều kiện hoá. Né tránh những điều gợi nhớ lại sang chấn không chỉ giúp phòng tránh được stress mà còn tránh được việc quen với phản ứng sợ hãi trước kích thích liên quan đến sang chấn. Do vậy, việc gặp gỡ tình cờ những kích thích tương ứng gây ra những hồi tưởng và những kí ức liên quan khác. Hạn chế cơ bản của cách tiếp cận này là nó không thể lí giải tại sao nhiều người vẫn trải nghiệm các hồi tưởng và kí ức mà không hề có những ám chỉ, gợi ý: ví dụ như những người bị chứng PTSD thường gặp kí ức dưới dạng những giấc mơ. Hiện tượng này có lẽ được giải thích tốt hơn bằng mô hình nhận thức của PTSD.

MÔ HÌNH NHẬN THỨC

Có hai mô hình nhận thức về PTSD: mô hình nhận thức xã hội nhấn mạnh vào sự tái thích ứng ồ ạt, thường cần thiết để tích những kinh nghiệm sang chấn vào thế giới quan của cá nhân và mô hình lí thuyết xử lí thông tin tập trung vào cách thức những thông tin liên quan đến sang chấn được đại diện trong hệ thống trí nhớ.

Mô hình nhận thức xã hội đầu tiên về PTSD được phát triển bởi Horowitz (1986). Mô hình này chịu ảnh hưởng mạnh mẽ của lí thuyết phân tâm học. Horowitz cho rằng PTSD xuất hiện khi cá nhân bị cuốn vào những sự kiện quá kinh hoàng, không thể dung hoà với thế giới quan của cá nhân. Ví dụ như tin rằng họ có thể chết trong tai nạn có thể phá vỡ những niềm tin trước đó về tính không thể bị tổn thương. Để tránh sự không nhất quán gây huỷ hoại cái tôi này, cơ chế phòng vệ phủ định hay tê liệt được kích hoạt. Tuy nhiên, những cơ chế này phải cạnh tranh với một xung năng bẩm sinh thứ hai được gọi là xu hướng hoàn thiện. Nó đòi hỏi cá nhân tích hợp kí ức về sang chấn với sơ đồ hay mô hình thế giới đang có : hoặc là nhìn nhận nó theo những niềm tin đang có, hoặc là thay đổi những niềm tin đó.

Xu hướng hoàn thiện giữ những thông tin liên quan đến sang chấn trong phần trí nhớ hoạt hoá để xử lí được chúng. Tuy nhiên cơ chế phòng vệ cố gắng ngăn chặn những kí ức đó xâm nhập vào ý thức. Do vậy những triệu chứng mà cá nhân trải nghiệm là kết quả của quá trình cạnh tranh đó. Khi xu hướng hoàn thiện vượt qua cơ chế phòng vệ, kí ức sẽ xâm nhập vào ý thức dưới dạng hồi tưởng, ác mộng và những ý nghĩ không mong muốn hoặc những kí ức cảm xúc. Khi cơ chế phòng vệ hoạt động có hiệu quả, cá nhân sẽ trải nghiệm quá trình phủ nhận hay tê cứng. Một khi những thông tin liên quan đến sang chấn hoà nhập vào hệ thống niềm tin chung, các triệu chứng ngừng xuất hiện.

Brewin (2001) đã thêm bậc thứ hai của quá trình xử lí thông tin vào mô hình điều kiện hoá của PTSD. Mô hình của ông cho rằng cá nhân có thể lựa chọn một cách có cân nhắc việc đề cập đến những kí ức sang chấn của họ và những kí ức đó cũng có thể thâm nhập vào nhận thức mà không cần chủ ý khơi gợi lại. Quá trình xử lí có chủ ý những kí ức sang chấn là quá trình thâm nhập vào cái mà Brewin gọi là những kí ức có thể thâm nhập bằng lời (Verballi accessible memories - VAMs). Những kí ức này có thể được gợi lại một cách cố ý và điều chỉnh lại dần dần. Ông cũng gọi những kí ức không thể thâm nhập một

cách chủ đích là những kí ức có thể thâm nhập theo hoàn cảnh (situationalli accessible memories - SAMs). Đây là những kí ức có điều kiện, thường xuất hiện dưới dạng hồi tưởng hoặc ác mộng. Nó được khởi phát từ quá trình xử lí VAMs một cách ý thức hoặc những kích hoạt bên ngoài, có điều kiện. Brewin cho rằng vùng cá ngựa là trung tâm thần kinh liên quan đến quá trình xử lí VAMs. Hạnh nhân có thể tham gia vào quá trình xử lí những SAMs mang nhiều cảm xúc hơn. Cũng giống như Horowitz, Brewin cho rằng quá trình xử lí cảm xúc là kết quả từ một xung năng hướng đến giải quyết mâu thuẫn giữa sơ đồ cũ và những thông tin mới. Sự hoạt hoá SAMs cung cấp những thông tin cụ thể, cần thiết để thực hiện quá trình thích ứng nhận thức với sang chấn. Một khi quá trình tích hợp thành công, những triệu chứng của PTSD sẽ tan biến.

MÔ HÌNH TÂM LÍ-XÃ HỘI

Không tập trung nhiều vào quá trình nhận thức liên quan đến PTSD, Joseph và cs.(1995) đã khai thác một tập hợp rộng những yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển và tiến triển của rối loạn. Những yếu tố đó bao gồm:

- *Kích thích sự kiện:* những hình tượng đại diện cho sự kiện được lưu giữ trong vùng trí nhớ trực tiếp
- *Nhận thức sự kiện:* Những kí ức tạo nền tảng cho việc tái trải nghiệm sang chấn hoặc những kí ức xâm nhập- tương tự với SAMs của Brewer
- *Đánh giá và tái đánh giá:* những suy nghĩ của cá nhân về sự kiện- tương tự với VAMs của Brewer. Đó là sự lí giải những thông tin liên quan đến sự kiện có sử dụng những kinh nghiệm trong quá khứ. Chúng có thể có dạng sơ đồ tự động liên kết với những trạng thái cảm xúc mạnh mẽ do những kích thích liên quan sang chấn gây ra hoặc dạng nỗ lực đánh giá lại ý nghĩa của sự kiện.
- *Nỗ lực đối phó:* hồi tưởng và những kí ức cảm xúc về sự kiện có thể tạo ra những nỗ lực đối phó nhằm giảm thiểu những rối loạn stress cảm xúc. Những nỗ lực này thường có dạng là né tránh các điều gợi nhớ, kí ức hoặc những cảm xúc tương tự, những hành động liên quan đến sang chấn. Chiến lược đối phó có thể là cố gắng ức chế các kí ức không mong muốn (mặc dù điều này có thể rất khó khăn).
- *Nhân cách:* Nhân cách ảnh hưởng đến nhận thức và cảm xúc được trải nghiệm trong thời gian có sang chấn, đến sự đánh giá hình thành như phản ứng lại sang chấn và sau đó đến những chiến lược đương đầu. Do đó, nhân cách có tác động mạnh đối với việc cá nhân có phát triển PTSD hay không và tiến triển của rối loạn.
- *Hỗ trợ xã hội:* là một yếu tố hoà giải quan trọng đối với phản ứng với sang chấn. Ví dụ, nói chuyện với người khác giúp cá nhân tiếp nhận những ý nghĩa mới về sự kiện và khuyến khích việc bộc lộ những cảm xúc tiêu cực.

Joseph và cs. (1995) đã cung cấp những bằng chứng kết nối từng yếu tố trong mô hình của họ. Ở đây, chúng ta xem xét mối liên hệ giữa những yếu tố liên quan đến hai cảm

xúc đặc trưng của PTSD: xấu hổ và tội lỗi. Hai cảm xúc này liên quan đến vai trò của quyền lực nội tâm (internal control) và hậu quả tiêu cực (Tôi đã có thể làm gì đó để ngăn chặn mọi chuyện - nhưng tôi không làm). Những cảm xúc này lại có thể bị điều khiển bởi phong cách của cá nhân. Bất kể cá nhân cảm thấy tội lỗi hay xấu hổ đều ảnh hưởng đến chiến lược đương đầu mà họ áp dụng. Cảm giác tội lỗi mạnh mẽ có thể liên quan đến những suy nghĩ và hình ảnh xâm nhập. Cá nhân phản ứng lại những suy nghĩ và hình ảnh xâm nhập này bằng một số dạng hành động lặp lại. Cảm giác xấu hổ có thể dẫn đến cố gắng né tránh và phủ nhận. Cuối cùng, nghiên cứu cho thấy sự hỗ trợ của xã hội có thể làm giảm những sang chấn kéo dài sau sự kiện, ví dụ như thảm hoạ Herald of Free Entreprise làm 193 người chết (Joseph và cs. 1996).

Hai cấu trúc nhân cách có vẻ đặc biệt liên quan đến quá trình phát triển của PTSD. Theo một số nghiên cứu, cảm xúc âm tính hay là tính rối loạn thần kinh chức năng (neuroticism), được cho là yếu tố dự đoán sự phát triển các triệu chứng của PTSD (Bennett và cs. 2001). Có thể dự đoán PTSD qua xu hướng đánh giá sự kiện là tiêu cực và mang tính đe doạ và việc ám ảnh bởi sự kiện. Nhiều nghiên cứu cũng tìm ra mối liên hệ giữa triệu chứng né tránh, tê cứng của PTSD và chứng mất nhận thức cảm xúc (alexithymia) (Fukunishi và cs. 1996), đặc trưng bởi sự nghèo nàn về trải nghiệm và nhận thức cảm xúc, kèm theo sự nghèo nàn về tưởng tượng và xu hướng tập trung vào những gì trần tục và chạm vào được/ hiện hữu (đặc biệt có thể những triệu chứng cơ thể của phản ứng cảm xúc). Điều này có thể ức chế quá trình xử lí kinh nghiệm cảm xúc trong sơ đồ chung và đặt cá nhân vào nguy cơ tái hiện đều đặn kinh nghiệm về sự kiện gây kinh hoàng.

Trị liệu rối loạn stress sau sang chấn

PHÒNG NGỪA PTSD BẰNG PHỎNG VẤN TÂM LÍ (PSYCHOLOGICAL DEBRIEFING)

Phỏng vấn tâm lí là một buổi phỏng vấn diễn ra ngay sau sự kiện sang chấn nhằm giúp những người liên quan đương đầu với những phản ứng cảm xúc của họ trước sang chấn, và ngăn chặn sự phát triển của PTSD. Nó bao gồm việc khuyến khích cá nhân nói về sự kiện và những phản ứng cảm xúc của họ đối với sự kiện một cách chi tiết và những cách xử lí. Người ta nghĩ rằng nó giúp tích hợp những kí ức về sự kiện vào hệ thống trí nhớ chung. Phỏng vấn tâm lí hiện nay thường được áp dụng sau khi có sự kiện sang chấn xảy ra, bất chấp những nghi ngờ ngày càng nhiều về tính hiệu quả của nó. Ví dụ như Rose và cs. (2002) đã kết luận dựa trên siêu phân tích kết quả bốn thử nghiệm về phỏng vấn tâm lí. Bốn thử nghiệm này cho rằng phỏng vấn tâm lí không chỉ không có hiệu lực trong việc phòng chống PTSD mà còn có thể làm tăng nguy cơ đối với rối loạn này. Không một nghiên cứu nào sử dụng phương pháp này lại chứng tỏ giảm nguy cơ mắc PTSD trong 3 hoặc 4 tháng sau khi sự kiện xảy ra. Hai nghiên cứu theo dõi kéo dài cho thấy những người được phỏng

vấn tâm lí gần như có nguy cơ gặp PTSD cao gấp đôi so với những người không được can thiệp theo cách này. Điều đó có nghĩa phỏng vấn tâm lí có vẻ hạn chế sự hồi phục lâu dài đối với những sang chấn tâm lí. Một số lí giải cho những phát hiện này được đưa ra, mặc dù chúng vẫn còn mang tính suy đoán:

- Sự chấn thương lần hai có thể xuất hiện do khơi gợi lại hình ảnh của sự kiện chấn thương trong một thời gian ngắn sau sự kiện
- Phỏng vấn tâm lí có thể xử lí được những rối loạn stress thông thường nhưng làm tăng nguy cơ phát triển các triệu chứng tâm lí ở những người mà có thể đã có thể không có
- Phỏng vấn tâm lí có thể ngăn chặn những phản ứng bảo vệ tiềm tàng như từ chối và giữ khoảng cách. Những phản ứng này có thể xuất hiện ngay sau sự kiện sang chấn.

Mặc dù tiếp cận tâm lí động thái học đem lại một chút hiệu quả đối với những người mắc chứng PTSD (Marmar 1991), tuy nhiên can thiệp được sử dụng nhiều nhất đối với PTSD chính là hành vi - nhận thức.

KĨ THUẬT ĐỐI MẶT

Nguyên tắc nền tảng cho phương pháp đối mặt trong trị liệu PTSD là cá nhân cuối cùng sẽ có lợi ích từ việc tái đối mặt với những kí ức của sự kiện và những cảm xúc liên quan. Mô hình điều kiện hoá cho rằng stress giảm đi khi những phản ứng cảm xúc của cá nhân đối với những kí ức trở nên quen dần theo thời gian. Một cách giải thích mang tính nhận thức nhiều hơn: sự đối mặt dẫn đến việc dung hoà kí ức và ý nghĩa của sự kiện sang chấn vào sơ đồ về thế giới đã có trước đó. Chỉ bằng thâm nhập và xử lí những kí ức đó, các triệu chứng sẽ dần tan biến.

Liệu pháp đối mặt có thể ban đầu làm trầm trọng thêm stress khi hình ảnh gây đau khổ, mà trước đó luôn bị né tránh, được cố ý khơi gợi lại. Để giảm stress này và để tránh việc bỏ dở quá trình điều trị, Leskin và cs. (1998) khuyến cáo sử dụng quá trình đối mặt từng bước. Trong quá trình này cá nhân ban đầu nói về một yếu tố cụ thể nào đó của sự kiện sang chấn ở một mức độ cụ thể mà họ chọn trong một thời gian cho đến khi họ không còn phản ứng trước những phản ứng stress. Bất cứ kí ức mới và có tiềm năng gây stress hơn sẽ được né tránh ở lần này và trở thành tiêu điểm của của những cấp độ điều trị tiếp theo. Việc tái kích hoạt các kí ức bằng quá trình này bao gồm việc mô tả cụ thể những kinh nghiệm, tập trung vào những gì đã xảy ra, những suy nghĩ và cảm xúc đã trải nghiệm trong thời gian đó và bất cứ kí ức nào mà sự kiện để lại. Cách tiếp cận cốt lõi này có thể được tăng lên bằng một loạt những kĩ năng hành vi nhận thức bao gồm huấn luyện thư giãn và tái cấu trúc nhận thức. Thư giãn có thể giúp cá nhân điều khiển sự khơi gợi của họ trong thời gian tái hiện sự kiện hoặc ở những thời gian trong ngày khi họ cảm thấy căng thẳng hoặc cáu giận. Tái cấu trúc nhận thức có thể giúp cá nhân đề cập đến bất cứ một nhận thức méo mó họ có trong phản ứng lại sự kiện và làm cho chúng bớt mang tính đe doạ hơn (‘Tôi sắp

chết đây!... Tôi cảm thấy tôi đang sắp chết, nhưng thực tế đó là cơn sợ hãi nhiều hơn là thực tế...').

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng trị liệu dựa trên kĩ thuật đối mặt tốt hơn hẳn so với không trị liệu và những can thiệp tích cực khác bao gồm tư vấn nâng đỡ và liệu pháp thư giãn không có đối mặt (Keane và cs. 1989). Ví dụ Foa và cs. (1991) đã phân chia những nữ nạn nhân bị cưỡng hiếp vào những nhóm trong danh sách đợi có theo dõi (waiting list control - đây là một dạng nhóm chứng, bao gồm những người có cùng trạng thái như những nhóm được can thiệp, tuy nhiên chỉ được theo dõi mà không có bất kì sự can thiệp nào để so sánh với những nhóm được can thiệp – ND), nhóm huấn luyện tự chỉ dẫn cái tôi, nhóm tham vấn/ tư vấn tâm lí hỗ trợ và chương trình đối mặt. Những người tham gia vào những liệu pháp can thiệp chủ động tỏ ra đạt được nhiều tiến bộ hơn những người trong điều kiện danh sách đợi. Ngay sau khi quá trình can thiệp, những người tham gia vào nhóm chỉ dẫn cái tôi ở trong tình trạng tốt nhất. Tuy nhiên ba tháng sau, những người trong chương trình đối mặt có ít những kí ức xâm nhập và cơn kích thích hơn những người trong các điều kiện khác. Marks và cs. (1996) cũng tìm thấy kết quả tương tự qua so sánh liệu pháp thư giãn, đối mặt, tái cấu trúc nhận thức và đối mặt kèm theo tái cấu trúc nhận thức. Khi quá trình can thiệp kết thúc, tất cả những liệu pháp khác đều có hiệu quả như nhau và đều hơn thư giãn. Ba đến sáu tháng sau khi trị liệu kết thúc thì chương trình đối mặt được cho là ưu việt nhất. Có vẻ như kĩ thuật chỉ dẫn cái tôi và những kĩ thuật nhận thức khác có thể giúp người tham gia đương đầu với lo âu và những cảm xúc khác xuất hiện trong những giai đoạn đầu của chương trình đối mặt, trong khi đối mặt với những kí ức sang chấn được cho là có lợi về mặt lâu dài. Trị liệu tối ưu nhất dường như là kết hợp huấn liệu chỉ dẫn cái tôi và những kĩ thuật nhận thức khác trong các giai đoạn đầu của trị liệu cùng với sự đối mặt dần dần với những kí ức sang chấn.

Trị liệu những người bị PTSD có thể không yêu cầu nhiều huấn luyện chuyên môn. Gillespie và cs. (2002) đã hướng dẫn những nhân viên chăm sóc sức khoẻ với một lượng kiến thức tối thiểu về trị liệu nhận thức hành vi cách can thiệp PTSD dựa trên kĩ thuật đối mặt sau vụ quả bom lớn phát nổ tại thành phố nhỏ Omagh ở phía bắc Ireland vào năm 1998. Những nhân viên trải qua một cuộc hội thảo trong hai ngày và liên lạc bằng điện thoại với những chuyên gia về trị liệu PTSD và những cố vấn trị liệu. Hiệu quả của quá trình can thiệp của họ cũng tương tự như những kết quả trị liệu của các chuyên gia khác mà các nghiên cứu trước đây đã tìm thấy.

GIẢI MẪN CẢM VẬN ĐỘNG MẮT VÀ TÁI XỬ LÍ THÔNG TIN

Trị liệu gần đây nhất và gây nhiều tranh cãi nhất đó chính là giải mẫn cảm vận động mắt và tái xử lí thông tin (EMDR – eye movement desensitization and reprocessing), được phát hiện một cách tình cờ bởi Shapiro (1995). Shapiro nhận thấy rằng khi bước đi trong rừng những suy nghĩ xáo động, nhiễu loạn của bà dần biến mất và khi gợi lại, những suy

nghĩ đó trở nên ít khó chịu hơn trước đó. Sự thay đổi này liên quan đến đôi mắt vận động tự nhiên, nhanh, ra phía sau, phía trước và lên theo một đường chéo. Từ đó, quá trình này đã được phát triển thành một liệu pháp can thiệp được chuẩn hoá và là một chủ đề của nhiều thử nghiệm lâm sàng trong điều trị PTSD.

Điều trị chủ yếu là thân chủ gợi lại những kí ức nào đó như những hình ảnh cùng với nhận thức tiêu cực, được trình bày ra bằng ngôn ngữ ở thời hiện tại ('Tôi đang kinh sợ'). Tiếp theo, thân chủ sẽ đánh giá mức độ mạnh mẽ của cảm xúc được gợi lên trong quá trình này. Thân chủ được yêu cầu theo dõi ngón tay của nhà trị liệu chuyển động tăng nhanh lại gần và ra xa dần theo tầm nhìn của thân chủ. Sau khoảng 24 chuyển động như vậy, thân chủ được chỉ dẫn để "xả nó ra đi" hoặc "giải thoát nó" và được yêu cầu đánh giá mức độ cảm xúc của mình. Quá trình này được lặp lại cho đến khi thân chủ trải nghiệm mức stress thấp nhất khi có mặt những hình ảnh và nhận thức tiêu cực. Nếu không xuất hiện một sự thay đổi nào, hướng chuyển động của mắt sẽ được thay đổi.

EMDR hợp với kĩ thuật đối mặt với một số thành tố của của kích thích gây sang chấn. Một câu hỏi quan trọng được đặt ra là liệu đưa thêm kĩ thuật vận động mắt có thúc đẩy hiệu quả của liệu pháp đối mặt. Có vẻ là không phải như vậy. EMDR có hiệu quả hơn so với không can thiệp gì, song nó không hiệu quả hơn so với các chương trình đối mặt chuẩn. Davidson và Parker (2001) đã sử dụng siêu phân tích để kiểm tra mức độ hiệu quả của EMDR trong trị liệu PTSD so với việc không được trị liệu, trị liệu không chuyên biệt, và phương pháp đối mặt đã trình bày ở trên. Kết quả cho thấy EMDR chỉ có được một lợi thế rất khiêm tốn so với không trị liệu và trị liệu không chuyên biệt, hiệu quả của nó là tương đương hoặc ít hơn cách tiếp cận đối mặt. Trong một nghiên cứu tương tự, Devilly và Spence (1999) phân chia ngẫu nhiên những người có chứng PTSD vào chương trình dựa trên kĩ thuật đối mặt kết hợp với thách thức nhận thức không hợp lí liên quan đến sang chấn và EMDR. Kết quả thu được từ nhiều phép đo PTSD cho thấy một lợi thế rõ ràng của nhóm sử dụng kĩ thuật đối mặt khi so với nhóm EMDR ngay sau khi quá trình can thiệp kết thúc, hai tuần và ba tháng sau đó. Sự khác biệt giữa hai nhóm càng ngày lớn hơn.

CAN THIỆP HOÁ DƯỢC

Rất nhiều loại thuốc khác nhau đã được sử dụng để điều trị PTSD với một số hiệu quả nhất định, bao gồm chống trầm cảm MAOIs, SSRIs và thuốc chống trầm cảm ba vòng (xem chương 3). Ví dụ như Stein và cs. (2002) đã phân tích kết quả nghiên cứu 9 tháng về thuốc chống trầm cảm trong điều trị PTSD. So với placebo, các thuốc đều có chung hiệu quả là làm thuyên giảm mạnh những triệu chứng cơ bản của PTSD về né tránh và xâm nhập. SSRIs có lẽ là can thiệp hoá dược hiệu quả nhất.

TRí nhớ được phục hồi

Từ những năm cuối của thập niên 1980, nhiều nhà lâm sàng đã tranh luận rằng nhiều người trưởng thành bị tổn thương lúc bé đã kiềm nén tất cả những kí ức về những sự kiện đó và những kỉ niệm đó chỉ có thể được khôi phục trong quá trình trị liệu tâm lí. Trong một bài viết có ảnh hưởng lớn đến sau này, Bass và David (1988) lí luận rằng những sự kìm nén như vậy là không bình thường và khuyên những nhà trị liệu chấp nhận những "kinh nghiệm được phục hồi" của việc bị lạm dụng tình dục và bỏ qua những hoài nghi ngay cả nếu như họ tìm thấy một phần câu chuyện nào đó là đáng nghi ngờ. Kí ức sau 40 năm sau sang chấn vẫn có thể được phục hồi với khá nhiều chi tiết. Cá nhân có thể mô tả kí ức toàn bộ hay từng phần bị mất trong nhiều tháng hoặc nhiều năm khi họ lớn lên. Khoảng 20 đến 60 phần trăm phụ nữ hoặc trong quá trình điều trị hoặc sau quá trình điều trị kể lại những giai đoạn bị lãng quên về một số hoặc tất cả những sự lạm dụng mà họ đã phải trải nghiệm (Loftus và Ketcham, 1994).

Bản chất của những lạm dụng được kể lại là khá đa dạng, thường gặp nhất là lạm dụng tình dục xảy ra nhiều lần; 6% những cuộc gọi đến Hội Trí nhớ giả của Anh (British False Memory Society) giữa thập kỉ 1990 là báo những vi phạm đạo đức nghiêm trọng, trong khi 18% những người gọi đến tổ chức tương tự của Mĩ cũng báo về câu chuyện tương tự. Trong số này, ở cả 2 nước, không một trường hợp nào được chứng minh cũng như bị truy tố. Những cá nhân được xác định là thủ phạm lại thường là cha mẹ hoặc những thành viên trong gia đình, thường phủ nhận hoặc cho rằng họ đã bị buộc tội oan: có nghĩa là những kí ức được phục hồi về lạm dụng là trí nhớ giả. Dù đúng hay sai thì tác động tiêu cực của những sự buộc tội này đối với gia đình là rất sâu sắc.

Những lí giải về trí nhớ được phục hồi

Hiện tượng phục hồi kí ức đã làm nảy sinh nhiều cuộc tranh luận. Đã có ba cách giải thích khác nhau về hiện tượng này.

MIÊU TẢ CHÍNH XÁC (ACCURATE ACCOUNTS)

Kí ức được phục hồi là sự miêu tả đúng về những sự kiện bị lãng quên trước đó và cần được chấp nhận ngay cả khi thiếu thực chứng. Cách lí giải tại sao những sự kiện này lại bị lãng quên tập trung vào cả hai cơ chế vô thức ngăn chặn việc thừa nhận những kí ức dễ dàng phục hồi trong thời điểm sang chấn và việc khơi gợi lại. Cơ chế vô thức đầu tiên là quá trình phân li. Nó là một dạng thay đổi ý thức mà trong đó những chức năng nhận thức và tri giác bình thường bị suy yếu: cá nhân cảm thấy sự việc là không thật và xa lạ với mình. Phân li có thể xuất hiện trong trải nghiệm về sang chấn và nó hoạt động như một cơ chế phòng vệ ngăn chặn việc cá nhân trải nghiệm tác động toàn bộ cảm xúc trước những gì đang diễn ra. Sự phục hồi những cảm xúc liên quan là nghèo nàn, do quá trình xử lí nhận

thức rất ít hoặc đã không mã hoá nó. Những kí ức còn lại có thể dở lỡ nhưng lại sống động và mạnh mẽ. Hunter (1997) đã mô tả ba dạng phân li tìm thấy ở những nạn nhân bị lạm dụng khi nhỏ: 1- những kinh nghiệm ngoài thân thể được trải nghiệm và trong kí ức đó, sự kiện như đang diễn ra với ai đó, không giống như bản thân nạn nhận; 2- những nỗ lực ý thức để quên đi sự kiện trong quá trình hoặc sau khi nó xảy ra; và 3- việc sáng tạo một thế giới tưởng tượng, trong đó nạn nhân có thể trốn thoát và cảm thấy an toàn trong và sau khi bị lạm dụng. Thất bại trong việc gợi lại sự kiện là kết quả của sự phân li phủ định và lâu dài nhằm ngăn chặn việc khôi phục những thông tin đã từng được lưu trữ trong bộ nhớ.

ẢO GIÁC

Kí ức được phục hồi chỉ là ảo giác: những kí ức sai lầm này được hình thành từ chính quá trình trị liệu (Zola, 1998). Những kí ức như vậy được "gieo trồng" bởi những nhà trị liệu. Những nhà trị liệu này cho rằng thân chủ của mình là nạn nhân bị lạm dụng. Họ sử dụng phương pháp trị liệu để thuyết phục thân chủ nhớ ra những giai đoạn bị lạm dụng đã bị lãng quên. Khả năng những ảnh hưởng ám thị dẫn đến lỗi về trí nhớ được tăng lên với quyền lực và tính đáng tin cậy của nhà trị liệu, sự lặp đi lặp lại và tính có vẻ thuyết phục/logic của họ.

QUÊN BÌNH THƯỜNG

Khôi phục trí nhớ không có gì "đặc biệt", mà là kết quả của việc quên lãng bình thường (Loftus và Ketcheam, 1994). Lí giải này có thể đặc biệt phù hợp với những giai đoạn sang chấn đơn lẻ, nhưng lại khó áp dụng vào việc quên lãng những giai đoạn sang chấn lặp lại.

Bằng chứng của trí nhớ phục hồi

Trong cuộc tranh luận về tính chân thực của trí nhớ khôi phục, mỗi bên đều đưa ra bằng chứng để khẳng định ý kiến của mình đồng thời để nghi ngờ những ý kiến đối lập. Cuộc tranh luận đề cập đến những nghiên cứu liên quan đến quá trình trí nhớ bình thường và những vấn đề mang tính lâm sàng hơn.

TUỔI KHI SỰ KIỆN XẢY RA

Những kí ức hồi phục đôi khi mô tả lại những chuyện xảy ra trước 2 tuổi, thường với nhiều chi tiết quan trọng (Loftus và Ketcham, 1994). Ví dụ, Morton và cs. (1995) thông báo 26% số trường hợp cáo buộc cho là lạm dụng xảy ra khi nạn nhân từ 0 đến 2 tuổi. Do vậy những kí ức này khó có thể tin cậy được. Hầu hết mọi người không có khả năng nhớ lại những kinh nghiệm trong hai, ba năm đầu cuộc đời vì khi đó vùng vỏ não sau này trở thành khu vực lưu trữ trí nhớ dài hạn đang trong quá trình hoàn thiện và chưa thể xử lí, lưu trữ thông tin dài hạn.

BẰNG CHỨNG VỀ NHỮNG SỰ BÓP MÉO KÍ ỨC CẢM XÚC MÃNH MẼ

Một số nhà lâm sàng (ví dụ Terr 1991) đã cho rằng những kí ức liên quan đến sang chấn không chịu sự chi phối của quá trình của bóp méo hoặc nhạt phai trí nhớ thông thường. Vì vậy kí ức về sang chấn là chính xác hơn những kí ức dài hạn "bình thường" . Khẳng định này có thể bị nghi ngờ, một phần bởi cơ chế né tránh và phân li vừa được mô tả phía trên. Các cơ chế này được cho là can thiệp vào quá trình nhận thức chính xác về sự kiện. Những bằng chứng thực nghiệm cũng chứng minh giả thuyết là không đúng. Ví dụ như Neisser và Harsch (1992) đã yêu cầu những sinh viên một ngày sau thảm hoạ Challenger (vụ nổ tàu con thoi Challenger – ND) miêu tả kí ức cá nhân của họ về sự kiện: họ ở đâu khi xảy ra thảm hoạ và những chuyện tương tự. Hai năm sau, khi được yêu cầu mô tả lại kí ức của họ, một phần ba số sinh viên kể khác nhiều so với lời kể ban đầu của họ. Cần lưu ý rằng có ít liên hệ giữa tính chính xác của "sự thật" được khơi gợi lại và niềm tin của sinh viên vào khả năng gợi lại chúng. Thảm họa Challenger có thể không mang đủ tính sang chấn đối với những người không trực tiếp liên quan và không để lại cho họ những dấu vết kí ức không thể phai mờ. Việc liệu một sự kiện mang tính cảm xúc nổi bật hơn có thể gợi ra một quá xử lí trí nhớ khác là không rõ ràng, mặc dù theo nhiều nghiên cứu ca mà trong đó những kí ức dài hạn và sự kiện thật không nhất quán ở nhiều điểm, không có một quá trình xử lí trí nhớ khác với những sự kiện mang cảm xúc mạnh mẽ hơn bình thường (Zola, 1998). Tất nhiên, luận điểm này có thể còn nghi ngờ tính chân thực của kí ức phục hồi, nhưng không khẳng định rằng liệu những sự kiện đó đã thực sự xảy ra hay không.

BẰNG CHỨNG

Việc có được những chứng cứ về việc lạm dụng tình dục lúc nhỏ rõ ràng là rất khó khăn. Tuy nhiên, Feldman-Summers và Pope (1994) đã tìm thấy một vài mức độ của chứng cứ trong 47% những trường hợp mà họ nghiên cứu, bao gồm việc người lạm dụng thừa nhận một phần hoặc tất cả những lạm dụng được nhớ lại hoặc một người khác kể lại. Trong một điều tra độc lập khác của các nhà tâm lí lâm sàng Anh (xem Brewin và Andrews, 1998), tỉ lệ này là 41%.

NHỮNG ĐIỀU KIỆN CỦA VIỆC TÁI HIỆN

Rõ ràng, nếu những kí ức khôi phục là hiện tượng phát sinh do quá trình trị liệu, phần lớn những kí ức phải xuất hiện trong quá trình trị liệu. Nhưng thực tế lại không như vậy. Feldman-Summers và Pope (1994) tìm thấy rằng hơn một nửa những kí ức như vậy được phục hồi trong khi trị liệu, 44% tái hiện trong những bối cảnh khác. Ngược lại, Goodyear-Smith và cs. (1997) trên cơ sở tổng quan từ một số nghiên cứu cho thấy hơn 80% những ca lạm dụng tình dục, kí ức thường tái hiện khi nạn nhân đang được trị liệu tâm lí.

NHỮNG NỖ LỰC NHẰM LÃNG QUÊN

Yếu tố then chốt trong cuộc tranh luận về những kí ức bị kìm nén là giả định cho rằng những người trưởng thành nhớ lại những sang chấn lúc nhỏ đã từng sử dụng cơ chế đương đầu vô thức làm cho họ quên đi sự kiện mà họ đã trải qua. Nếu điều này là đúng thì phần đông những người đã từng trải qua sang chấn khi nhỏ đều sử dụng những chiến lược đương đầu tương tự và sẽ có những vấn đề gợi nhớ lại tương tự. Những bằng chứng phản bác lại giả thuyết này đã tìm thấy ở nhiều nghiên cứu về các trẻ đã từng trải qua các sự kiện sang chấn và những sự kiện này là một vấn đề của ghi nhớ quá khứ. Các sự kiện có thể là việc bị bắt cóc, diệt chủng hoặc chứng kiến bố mẹ bị giết và trẻ vẫn có thể nhớ về chúng một cách chính xác (Zola, 1998). Trong từng ca, không có chứng cứ nào về việc kìm nén kí ức, thực tế nhiều người lại có thể nhớ một cách sống động và chi tiết sự kiện mà họ rất muốn quên đi này.

Những người ủng hộ giả thuyết về trí nhớ bị kìm nén phản bác lại những luận điểm trên bằng cách cho rằng lạm dụng tình dục khác với những dạng sang chấn khác và rằng và kéo theo cách đương đầu riêng. Họ tranh luận rằng bởi vì lạm dụng thường do cha mẹ hoặc những người quen biết, gần gũi và thường xảy ra khi nạn nhân bị cô lập hơn là khi có người đồng hành nên hậu quả của nó là độc nhất vô nhị. Người ta cũng cho rằng kí ức của những sự kiện sang chấn đơn lẻ xảy ra một lần thường được giữ lại trong khi những sang chấn kéo dài và lặp lại thì thường bị kìm nén (Terr, 1991). Cơ chế ghi nhớ chính xác có thể tạo ra khác biệt này là không rõ ràng.

BẰNG CHỨNG CỦA SỰ TẠO RA KÍ ỨC SANG CHẤN GIẢ

Những người phản bác lại khái niệm trí nhớ phục hồi cho rằng những kí ức như vậy thường là kết quả của những câu hỏi của nhà trị liệu và là kết quả của ám thị về lạm dụng thủa nhỏ được gieo vào đầu những người chưa từng trải qua chuyện đó. Có khá nhiều bằng chứng cho rằng đây là một giả thuyết có thể đúng, ít nhất đối với một vài trường hợp kí ức được phục hồi. Trong một ví dụ cơ bản cho vấn đề này, Piaget (1954) là một người trưởng thành có khả năng gọi lại một số kí ức chi tiết về việc ông ta đã bị bắt cóc lúc 2 tuổi. Mặc dù đây là một chuyện chưa từng xảy ra nhưng một y tá của gia đình đã kể với Piaget như vậy. Năm 1998, Loftus và Coan đã đưa những bằng chứng mang tính thực nghiệm hơn. Trong một nghiên cứu, những người trưởng thành đã được hỏi về những sự kiện thời thơ ấu, một trong những sự kiện đó chưa bao giờ xảy ra, và một thành viên gia đình của họ có mặt trong buổi phỏng vấn đó làm nhiệm vụ "nhắc" họ về sự kiện chưa từng xảy ra đó. Sau đó, có 6 trên 24 người được phỏng vấn đã "nhớ ra" sự kiện chưa từng tồn tại và thêm những chi tiết về câu chuyện đó. Sử dụng một phương pháp tương tự, Hyman và cs. (1995) đã hỏi những sinh viên đại học về nhiều sự kiện thời thơ ấu mà chưa từng xảy ra, bao gồm chuyện từng phải nhập viện vào nửa đêm do nhiễm trùng tai. Cuối buổi phỏng vấn, mặc dù không có người nào đã "nhớ ra" sự kiện giả đó, họ được khuyến kích nhớ ra nhiều thông tin hơn

về họ trước buổi phỏng vấn sau. Và trong buổi phỏng vấn thứ hai, một phần tư những người tham gia đã nhớ ra những thông tin chi tiết về sự kiện giả đó.

RÚT LẠI

Mặc dù tỉ lệ những người làm như vậy là không rõ, nhiều người nhớ ra những kí ức sang chấn cuối cùng đã chối bỏ rằng những kí ức đó chưa bao giờ thực sự xảy ra, rằng đó chỉ là hệ quả trong quá trình trị liệu. Câu chuyện của Claire, một người đã rút lại những tuyên bố về việc bị lạm dụng tình dục bởi một thành viên trong gia đình mình là một ví dụ. Ở đây, câu chuyện của Claire tập trung vào sức mạnh của nhà trị liệu đối với cô, cách thức mà ông ta đã đẽo gọt kí ức của cô và cách mà cô sau này nhận ra những ảnh hưởng tiêu cực của ông ta với mình:

Nhìn lại, thật khó để hiểu làm thế nào mà mọi chuyện lại trở nên tiêu cực và đi quá xa như vậy. Làm thế nào mà một mối quan hệ với nhà trị liệu lại trở thành tiêu điểm duy nhất - hoàn toàn - của cuộc sống tôi trong ba năm liền? Làm thế nào mà tôi đã bán đi linh hồn mình, bản thân mình cho một người khác? Làm thế nào tôi lại bị ngã gục trước bùa mê của một người đàn ông trong khi ông ta, hoá ra, lại có vấn đề với chính cuộc đời mình; một người đàn ông tự bản thân quá thiếu hụt về mặt tâm lí đến nỗi ông ta cần tôi và những người khác bị "bệnh" để cho ông ta có thể trở nên mạnh mẽ và quyền lực. Tôi đã tin người đàn ông đó với cuộc sống của tôi - tâm hồn tôi. Tôi chia sẻ mọi thứ với ông ta - giấc mơ của tôi, những khao khát của cuộc đời tôi. Tôi thú nhận những tội lỗi của tôi với ông ta. Ông ta là người chồng của tôi, là mẹ, là cha, là chị em, là bạn thân và là thầy giáo. Hình mẫu của tôi. Ông ta là tất cả với tôi. Tất cả những gì ông ta nói, tôi đều đồng ý. Làm sao ông ta có thể sai? Cuộc sống của tôi gắn với cuộc sống của ông ta, khả năng tự suy nghĩ của tôi biến mất. Tôi đã nghĩ rằng ông ta muốn tôi suy nghĩ. Tôi đã tin tưởng những gì ông ta muốn tôi tin tưởng. Tôi đã trở thành cái mà ông ta muốn tôi trở thành.

TỔNG QUAN VỀ NHỮNG BẰNG CHỨNG

Brewin và Andrews (1998) xem xét những bằng chứng tương ứng với từng lí giải. Theo các tác giả, đặc điểm chung bằng chứng là:

- độ tuổi khi hầu hết những sự kiện sang chấn được cho là xảy ra ngoài giới hạn giai đoạn chưa nhớ của trẻ nhỏ
- có một mức độ (thường xuyên) đáng kể của các bằng chứng về sự kiện căn cứ trên bản chất của những sự kiện đó
- nội dung của hầu hết những kí ức phục hồi bao gồm nhiều sự kiện đa dạng. Những sự kiện này xảy ra khá thường xuyên và không chỉ giới hạn là lạm dụng tình dục trẻ em
- những nhà tâm lí được đào tạo bài bản, sử dụng những kĩ thuật bài bản cũng đã thông báo về những trường hợp bệnh nhân phục hồi kí ức
- hoàn cảnh khôi phục trí nhớ không chỉ giới hạn trong văn phòng nhà tham vấn.

Dựa trên nền tảng này, Brewin và Andrews cho rằng những chứng cứ là không đủ để loại trừ khả năng thực sự phục hồi kí ức, ít nhất là trong một số trường hợp, và mỗi trường hợp cần được xem xét dựa trên tính chất riêng của nó. Dù sao, bởi vì có những nghi ngờ nghiêm trong về tính xác thực của ít nhất là một số kí ức phục hồi, nhiều tổ chức chuyên nghiệp đã đưa ra những hướng dẫn về cách thức nhà lâm sàng nên phản ứng với những báo cáo về "kí ức được phục hồi". Trong đó điển hình là hướng dẫn của Hội Tâm lí học Úc (www.psychosociety.com.au):

- phục hồi "kí ức" được báo cáo một cách tự nhiên hay theo một quá trình đặc biệt nào đó trong trị liệu có thể là chính xác, không chính xác hoặc là xen lẫn thực và giả
- mức độ niềm tin vào kí ức, những cảm xúc liên quan đến kí ức không nhất thiết liên quan đến tính chính xác của kí ức
- những bằng chứng khoa học và lâm sàng đang tồn tại không quyết định những kí ức chính xác, không chính xác hay được sáng tạo là đáng tin cậy nếu không có những bằng chứng liên quan.

Nhà tâm lí/trị liệu nên:

- chú ý đến những cách mà họ có thể tạo nên kí ức mà thân chủ thông báo lại thông qua những mong đợi họ truyền đạt, những bình luận, câu hỏi và những phản hồi của họ với thân chủ
- hãy lưu ý rằng dù cố ý hay vô tình, thân chủ nhạy cảm với những ám thị tinh vi và củng cố
- hãy tỏ ra thấu cảm và ủng hộ đối với những báo cáo của thân chủ, trong khi bảo đảm rằng họ sẽ không kết luận về tính thực hay giả của việc nhớ lại quá khứ của họ
- thông báo với bất cứ thân chủ nào đã nhớ lại một kí ức về lạm dụng rằng nó có thể là một kí ức thật về một sự kiện đã từng xảy ra, có thể là một kí ức bị thay đổi hay bóp méo về một sự kiện thực hoặc là một kí ức giả về một sự kiện chưa từng xảy ra.

Rối loạn xác định phân li

Một đặc tính của những cá nhân được chẩn đoán là mắc chứng rối loạn xác định phân li (DID - dissociative identity disorder) là rằng họ cư xử như họ có hai hay nhiều hơn những bản thể hoặc nhân cách khác biệt, được gọi là những người *thay thế (alter)*. Khác với trước đây, khi những người có DID (trước kia còn được gọi là đa nhân cách) thông báo về vài nhân cách thay thế, số người thay thế hiện nay trung bình là 15 và có một số cá nhân bộc lộ hơn 100 nhân cách. Theo DSM- IV-TR, những tiêu chuẩn chẩn đoán cho DID là:

- sự hiện diện của hai hoặc nhiều bản thể hoặc trạng thái nhân cách riêng biệt, mỗi bản thế/nhân cách với những cách thức suy nghĩ, liên hệ và nhận thức riêng về môi trường cũng như bản thân tương đối kéo dài
- ít nhất hai trong số những bản thể hoặc trạng thái nhân cách thường xuyên và thay đổi nhau kiểm soát hành vi của cá nhân

- không có khả năng nhớ lại những thông tin cá nhân quan trọng. Việc mất khả năng nhớ này là quá rộng lớn để có thể giải thích như sự lãng quên thông thường
- sự nhiễu loạn không do những hiệu quả sinh lí trực tiếp, lạm dụng chất kích thích hay một bệnh lí nào đó.

Nguyên nhân rối loạn xác định phân li

Thực tế, bản chất và sự tồn tại của DID "thực" cũng được tranh cãi quyết liệt như sự tồn tại của kí ức phục hồi, và các chứng cứ cũng tương tự như vậy. Một số cho rằng bản thân sự tồn tại của nó là một minh chứng và rằng không có nhiều người từng trải qua các triệu chứng này phủ nhận tính thực tế của vấn đề. Những người khác phủ nhận khái niệm và tranh cãi rằng những triệu chứng được tạo ra bởi những cá nhân báo cáo về chúng, hoặc thậm chí được gieo vào ý thức của họ bởi những nhà trị liệu quá hăng hái. Hai lí thuyết chính về DID cho rằng nó vừa là kết quả của một sang chấn thời thơ ấu hoặc là một hệ thống cấu trúc mang tính xã hội, được tạo bởi cá nhân bị tổn thương và được các nhà trị liệu đẽo gọt.

SANG CHẤN THỜI THƠ ẤU

Những người đưa ra mô hình sang chấn thời thơ ấu (Gleaves, 1996) cho rằng kinh nghiệm về một sang chấn nghiêm trọng trong thời kì thơ ấu tạo ra sự phân tách tâm thần hoặc sự phân li như một phần của cơ chế phòng vệ. Những đứa trẻ bị lạm dụng học cách phân li, để nhập vào một trạng thái tự thôi miên, thay thế những kí ức về việc bị lạm dụng trong tiềm thức như một phương tiện để đương đầu với sang chấn. Những phần bị phân li của cá nhân "phân chia" vào những nhân cách thay thế. Những nhân cách này, khi trưởng thành, bộc lộ bản thân họ nhằm giúp cá nhân đương đầu với những tình huống gây stress và thể hiện sự oán giận hoặc những cảm xúc khác mà đối với nhân cách ban đầu là không thể chấp nhận được.

Số người thay thế phụ thuộc vào một số yếu tố như: tính nghiêm trọng và thời kì xảy ra lạm dụng. Mỗi người thay thế có một công việc trong hệ thống. Hầu hết những người thay thế bảo vệ nhân cách chủ khỏi kí ức về sang chấn. Thường mỗi người thay thế bảo vệ một phần kí ức riêng biệt. Một số người thay thế biết về những thay thế khác còn một số thì không.

Hầu hết cả người thay thế không nhìn bản thân họ trong thân xác sinh học mà họ đang có: trẻ em nhìn thấy mình cao 4 feet (khoảng 1,2 m), cô gái thấy mình là phụ nữ v.v... Họ có thể có quốc tịch và chủng tộc khác nhau. Một số có thể nói ngôn ngữ khác nhau. Những người thay thế có những biểu hiện gương mặt và phong thái khác nhau. Có rất nhiều dạng người thay thế khác nhau và các hệ thống khác nhau. Tuy nhiên có một số dạng người thay thế phổ biến. Sau đây là lời mô tả của một cá nhân về những người thay thế sống ở trong bạn đời của cá nhân đó, một người có DID. (www.mpdfriends.homestead.com):

- *Chủ*: người này có thể là nhân cách nguyên bản, hoặc có thể là nhân cách thay thế bộc lộ chủ yếu ra với thế giới bên ngoài.
- *Nguyên bản*: người này có thể hoạt động bình thường và tỉnh hoặc được báo là đang ngủ. Người này đôi khi được xem như là nhân cách cốt lõi.
- *Trẻ em*: đứa trẻ thay thế (hoặc "nhỏ bé" như họ vẫn trìu mến được gọi) có thể từ độ tuổi rất bé (tuổi còn được ẵm) trở lên. Đây là người chịu đựng nhiều từ chuyện lạm dụng và thường nhớ nhiều về sự kiện đó. Họ thể hiện những hành động phù hợp với lứa tuổi. Họ thường mang những nỗi đau, cả về mặt tình cảm cũng như thể chất.
- *Thiếu niên*: Hầu hết các hệ thống đều có người thay thế thiếu niên. Những người thay thế này thường đã từng đến trường và khi này không đi học nữa.
- *Người gác cổng*: Một số hệ thống có người gác cổng, đây là người người chỉ huy và kiểm soát cơ thể. Họ có thể điều khiển khoảng thời gian một người thay thế chiếm giữ cơ thể. Họ thường không tự thể hiện bản thân ra ngoài, nhưng dường như họ có vẻ hạnh phúc khi quan sát và chỉ dẫn cho những người khác.
- *Người trợ giúp bản thân bên trong*: Những người giúp đỡ bản thân bên trong bảo vệ những người thay thế. Họ thường biết tất cả những người thay thế và chi tiết về sự lạm dụng mà những người thay thế đã trải qua. Họ rất có ích trong trị liệu, và giúp nhà trị liệu hiểu tại sao một người thay thế cá biệt nào đó cảm nhận như vậy, hoặc quyết định những hành động của một người thay thế cá biệt. Họ cũng quyết định thông tin nào cần được chuyển đến những người thay thế nào hoặc đến với chủ nhà.
- *Người bảo vệ*: những người bảo vệ bảo vệ hệ thống khỏi những đe doạ bên ngoài. Họ có thể ăn nói khó chịu, chiến đấu hoặc làm tất cả những gì cần thiết để giữ an toàn cho hệ thống. Họ thường sử dụng sự tức giận như một cơ chế phòng vệ. Họ đặc biệt bảo vệ người thay thế trẻ em.

Sự thay đổi giữa những người thay thế này là do một dạng stress hoặc cảm giác khó chịu. Những cảm giác này khiến cho một người thay thế, thường là người bảo vệ nổi lên. Stress đó có thể là những bình luận của người khác, việc nhìn thấy người lạm dụng, một cái động chạm bất ngờ, cuộc tranh cãi và giận dữ - thậm chí quan hệ tình dục. Sel (1997) cho rằng những cá nhân có hệ thống sinh thái của những người thay thế thường xuyên tranh đấu với nhau nhằm đoạt quyền kiểm soát những kênh ra bên ngoài. Người thay thế thành công nhất trong việc duy trì cân bằng cảm xúc là người có vẻ thích nghi nhất. Khi cá nhân chuyển tới một môi trường khác, sơ đồ nhận thức khác có thể thích nghi hơn và sẽ thay đổi người thay thế chủ đạo.

MÔ HÌNH NHẬN THỨC - XÃ HỘI

Ngược lại, những nhà nhận thức - xã hội (Merskey, 1992; Spanos, 1994) cho rằng DID là một tập hợp những niềm tin và hành vi xây dựng bởi bản thân cá nhân đáp lại một stress, áp lực của nhà trị liệu và việc hợp pháp hoá của xã hội về cấu trúc "đa nhân cách" .

Họ cho rằng DID đã trở thành một cách hợp pháp để nhiều người có thể hiểu và thể hiện sự thất bại cũng như hẫng hụt của họ, cũng như là một sách lược nhằm lôi kéo người khác. Theo miêu tả này, những cá nhân được chẩn đoán là có DID học cách miêu tả/khắc hoạ chính mình như có nhiều "cái tôi" và học cách tổ chức lại, dựng nên tiểu sử của chính mình để nó phù hợp với những gì họ hiểu là "đa nhân cách" . Điều đó nghĩa là họ chủ động dựng nên nhiều "cái tôi" đã dạng. Họ còn lí luận xa hơn rằng những nhà tâm lí trị liệu đã góp phần vào sự phát triển của rối nhiễu này bằng cách khuyến khích thân chủ xây dựng bản thân học theo cách này và bằng cách cung cấp những lí lẽ chính thống về những bản thể khác biệt mà thân chủ họ đóng vai.

Có lẽ bài viết của Spanos (1994) đã đề cập rất tốt đến hai cực của cuộc tranh luận này. Trong bài viết, ông ta đưa ra những phê bình nhận thức-xã hội về rối loạn, và sự phòng vệ của mô hình tâm thần học được đưa ra bởi Gleaves (1996). Trong phần tiếp theo, chúng ta sẽ xem xét cuộc tranh luận của họ qua một số chi tiết.

Vấn đề về tính phổ biến

Mức độ phổ biến của DID đã thay đổi qua thời gian, tăng lên nhiều từ thập kỉ 1980. Spanos (1994) lí luận rằng nếu DID là một tình trạng xuất hiện tự nhiên, mức độ thay đổi là không thể có và nó thể hiện một sự gia tăng về sự xây dựng xã hội đối với rối loạn DID bởi nhà trị liệu và thân chủ. Spanos còn lưu ý tiếp rằng những nhà nghiên cứu thông cảm với DID đưa ra tỉ lệ chẩn đoán là đặc biệt cao. Theo kết quả khảo sát của Modestin (1992) đối với với các nhà tâm thần học Thuỵ Sĩ thì có khoảng 1% những trường hợp đến khám trong hệ thống tâm thần của họ đã được chẩn đoán là có DID. Ông ta cũng tìm thấy rằng 90% các nhà tâm thần học trong khảo sát của ông chưa từng gặp một ca DID nào trong khi có ba người thông báo rằng họ từng gặp trên 20 ca có rối loạn đó. Như vậy có 66% các ca được báo cáo bởi ít hơn 0,1% những nhà tâm thần học trong khảo sát. Modestin cho rằng những nhà lâm sàng đó hoặc có thể đã định dạng sai các triệu chứng như là bằng chứng của DID hoặc khuyến khích các thân chủ của họ xây dựng những biểu hiện đa dạng của rối loạn đó.

Gleaves đáp lại lí lẽ này bằng ý kiến cho rằng không có gì đáng ngạc nhiên nếu có những sự khác biệt giữa tỉ lệ quan sát ở các nhà lâm sàng khác nhau. Theo như Gleaves, đây có thể là kết quả do sự khác biệt về tỉ lệ chuyển viện; sự không sẵn sàng đưa ra một chẩn đoán về DID ở các nhà lâm sàng và một sự miễn cưỡng không hỏi những câu hỏi có thể dẫn đến chẩn đoán DID ở các nhà lâm sàng đó. Ông ta cũng giả định rằng sự tăng những báo cáo về DID có thể do DID là một phân loại chẩn đoán tương đối mới và vì vậy, trước đây có nhiều chẩn đoán sai về DID. Ngoài ra, việc tăng số ca DID còn do xã hội ngày càng nhận thức nhiều về tính phổ biến của DID, vấn đề lạm dụng trẻ em và càng quan tâm với trạng thái phân li. Cuối cùng, ông ta cho rằng yếu tố then chốt có thể đơn giản là xu hướng bớt hoài nghi về rối loạn DID ở các nhà trị liệu. Ông trích dẫn một số ca nghiên cứu liên quan đến nhiều nhà lâm sàng và bệnh nhân (Ross và cs. 1989), mà trong đó chẩn đoán DID còn

xuất hiện đều hơn ở các nhà tâm thần học so với nghiên cứu của Modestin (1992). Ông cũng lưu ý rằng hiện nay có một vài phương pháp để đánh giá DID với độ tin cậy cao và đồng thuận lớn giữa những người kiểm tra (Steinberg và cs.1993). Độ chắc chắn của việc chẩn đoán sử dụng những công cụ được chuẩn hoá cho thấy chẩn đoán có thể tin cậy, không bị chi phối bởi niềm tin định kiến của nhà trị liệu.

Sự đa dạng được dạy

Phản bác chủ yếu nhất của Spanos đối với những nhà lâm sàng chẩn đoán DID là việc cho rằng họ đã dẫn thân chủ của họ một cách công khai hoặc ngầm ẩn đến chỗ báo cáo về sự hiện diện/tồn tại những người thay thế. Ông lưu ý rằng những người ủng hộ thuyết DID đã mô tả một bộ phận lớn các triệu chứng. Những triệu chứng này chỉ báo khả năng tồn tại của rối loạn và đánh giá thăm dò để khẳng định chẩn đoán. Triệu chứng bao gồm: trầm cảm, giai đoạn nhầm lẫn về thời gian, đau đầu và khả năng tập trung suy giảm. Merskey (1992) đưa ra ý kiến rằng quá trình dẫn dắt và ám thị thường xuyên được sử dụng, đến mức một số nhà trị liệu có tuyên bố mạnh mẽ làm thân chủ ngờ rằng họ đa nhân cách và cung cấp những cái tên cho các người thay thế của họ. Allison và Schawarz (1980) cho rằng thân chủ thường xuyên miễn cưỡng chấp nhận rằng họ là đa nhân cách và, trong một số hoàn cảnh, họ đã bị chủ động thuyết phục bởi nhà trị liệu.

Việc xuất hiện những người thay thế thường xảy ra trong quá trình tư vấn tâm lí sau khi sử dụng kĩ thuật thôi miên. Spanos (1994) cho rằng việc sử dụng những kĩ thuật thuyết phục hoặc ám thị khi đang trong trạng thái thôi miên có thể khiến một số cá nhân báo cáo về những người thay thế và sau đó cư xử như họ "đa nhân cách" . Vai trò của thôi miên trong việc tạo ra những người thay thế bị Gleaves nghi ngờ (1996). Ông lưu ý rằng tỉ lệ những bệnh nhân được chẩn đoán là DID sau khi thôi miên dao động trong khoảng từ 4 đến 27% qua các nghiên cứu. Ví dụ như Ross và Norton (1989) tìm thấy rằng không có sự khác biệt về biểu hiện lâm sàng, triệu chứng học hoặc số những người thay thế, giữa những người được và không được điều trị bằng thôi miên.

Rất khó tìm thấy bằng chứng về ám thị trong quá trình lâm sàng vì nội dung của chúng thường được giữ kín. Tuy nhiên, Spanos đã được đọc biên bản phỏng vấn phỏng vấn một nghi phạm giết người tên là Ken Bianchi, được Schwarz cho là mắc chứng DID (1981). Bianchi đã thú nhận tội giết người sự kiểm soát của nhân cách thay thế tên là Steve. Spanos cho rằng sự chỉ dẫn được chuyển đến cho Bianchi khiến anh ta nói rằng mình có một người thay thế khi họ cứ liên tục nhắc lại với anh ta rằng có một cá nhân khác bên trong và anh ta có thể chỉ ra người đó. Khi Spanos và cộng sự (1985) áp dụng quá trình này với những người tham gia vô tội dưới tác động của thôi miên trong một nghiên cứu thực nghiệm, hầu hết các người tham gia đều thể hiện những triệu chứng của DID bằng cách thừa nhận một tên khác, nhắc đến nhân cách nguyên thuỷ của họ qua ngôi thứ ba và có biểu hiện mất trí nhớ ở những nhân cách thay thế sau khi kết thúc cuộc phỏng vấn thôi miên. Trong buổi làm

việc thứ hai, những người tham gia vẫn tiếp tục biểu hiện sự khác biệt đáng kể và nhất quán giữa nhân cách ban đầu và nhân cách thứ hai trong nhiều trắc nghiệm tâm lí.

Gleaves (1996) đã đáp lại những phát hiện trên bằng cách lập luận rằng trong khi những phát hiện này đem đến những câu hỏi thú vị về khả năng và hoạt động của trí não con người, chúng không chỉ ra rằng DID nhất thiết được tạo ra trong quá trình trị liệu. Theo như Gleaves, những nghiên cứu tương đương này tạo ra hiện tượng bên ngoài có vẻ giống với DID. Những người tham gia không trải nghiệm một đặc điểm đã xác minh nào của DID, ví dụ như giai đoạn thời gian bị đánh mất, tan rã nhân cách hoặc mất tính thực tế hoặc nghe thấy tiếng nói, trong bất cứ nghiên cứu nào trên đây. Theo như Gleaves, việc chỉ một số người có thể tái tạo một số triệu chứng của DID không làm mất giá trị của khái niệm: một người có thể tái tạo triệu chứng trầm cảm, lo âu hoặc nhiều hơn nữa mà không trải qua thực tế của bệnh.

Những nghiên cứu về bệnh lí DID xuất hiện trước khi có những sự tiếp xúc với các nhà trị liệu được xem như là những bằng chứng phản biện sâu sắc về vai trò của nhà trị liệu trong sự phát triển một chẩn đoán DID. Ví dụ như Coons và cs. (1988) thông báo rằng chứng mất trí nhớ (một triệu chứng chính của DID) xuất hiện trong tất cả 50 trường hợp trong mẫu nghiên cứu của họ về DID trong thời điểm họ mới đến khám sức khoẻ tâm thần lần đầu. Gleaves (1996) cũng đưa ra bằng chứng về các triệu chứng khác, bao gồm: nhật kí với những chữ viết khác nhau hoặc những kí ức về kinh nghiệm phân li quay lại thời thơ ấu. Một số bằng chứng có thể được kiểm chứng bởi các thành viên gia đình và bạn bè.

Động cơ, sự hợp pháp hoá và DID

Panos (1994) cho rằng con người có thể tìm kiếm, lợi dụng chẩn đoán DID như một phương tiện để đạt được sự ủng hộ của nhà trị liệu và những người khác. Ông cho rằng ý tưởng là người đa nhân cách có thể đem lại cho một số người cách thức để tồn tại và giữ được thể diện trước một số vấn đề cá nhân cũng như là một phương tiện gây xúc động để thu hút sự quan tâm và chú ý từ những cá nhân có ý nghĩa với họ. Spanos cho rằng những người như vậy thường là những người đau khổ, không an toàn với một nỗ lực nhằm tìm kiếm sự quan tâm và ủng hộ của nhà trị liệu. Ngược lại, nhà trị liệu được đánh giá cao bởi thân chủ và sự ám thị của họ cũng được đánh giá rất nghiêm túc. Sự gặp gỡ giữa việc "tìm kiếm" những dấu hiệu của DID của nhà trị liệu và mong muốn tạo ấn tượng tốt với nhà trị liệu của thân chủ có thể gây ra quá trình hình thành dần dần những phản ứng phù với với DID. Spanos (1994) không cho rằng những người có DID nhất thiết giả tạo sự đa nhân cách của họ. Đúng hơn là họ đã chấp nhận cách nhìn khác về bản thân họ, cách nhìn phù hợp với cách nhìn được nhà trị liệu truyền đến họ, và từ đó họ áp dụng cũng như tin vào biểu hiện đa nhân cách ở chính mình.

Môi trường xã hội rộng lớn hơn có thể ủng hộ chẩn đoán của họ. Spanos (1994) cho rằng sự ủng hộ với DID đã gần như trở thành phong trào xã hội. Những người có DID và

nhà trị liệu của họ thường xuyên tham gia vào các hội thảo, hội nghị và cả hai đều gây ảnh hưởng. Nhà trị liệu thường xuyên tham gia vào phương tiện truyền thông và giúp chính thống hoá việc ban hành đạo luật về đa nhân cách. Tất cả những điều này có thể củng cố sự hiện diện của "cái tôi" như một người với nhiều nhân cách thay thế. Gleaves (1996) cho rằng đấy không hoàn toàn là sự thật, và trị liệu không phải lúc nào cũng dễ dàng với những bệnh nhân DID. Nhiều người với các triệu chứng của DID trải nghiệm những phản ứng thù địch từ môi trường công việc và cộng đồng. Nhiều người được nói rằng họ đang giả tạo hoặc dối trá hoặc nhà trị liệu của họ là điên rồ.

Gleaves (1996) lưu ý rằng một số người ủng hộ cho rằng một số người có DID đang tìm kiếm sự quan tâm. Ngược lại, ông ta chỉ ra rằng rằng rất nhiều người thực ra giữ kín về bệnh của họ và che dấu rối loạn do sợ hãi bị gán mác là điên và thường hay có phong thái né tránh, làm cản trợ sự bộc lộ về việc bị lạm dụng của họ (Kluft, 1994). Suy đoán này được Fink và Golinkoff (1990) ủng hộ. Hai ông đã phát hiện bằng chứng cho thấy những người có DID ít có hành vi diễn kịch và họ ổn định về mặt cảm xúc và thường thông minh, họ cũng có xu hướng ám ảnh và hướng nội hơn một nhóm so sánh gồm những người không có rối loạn DID. Tuy nhiên, trong khi điều này ám chỉ rằng một số người muốn xuất hiện trước cộng đồng chung với góc độ là người có DID, song không có nghĩa là nó không chống lại lí lẽ cho rằng biểu hiện của đa nhân cách phát triển theo thời gian như một kết quả của tương tác nhà trị liệu - thân chủ.

DID và lạm dụng trẻ em

Tỉ lệ cao những người có DID bị lạm dụng tình dục hoặc thể chất trong thời thơ ấu (Ross và cộng sự, 1991) đã khiến một số nhà lí luận đưa ra giả thuyết rằng phân li là hậu quả của việc lạm dụng tình dục lặp lại như là một đặc tính của DID. Trả lời về vấn đề này, Spanos (1994) cho rằng tỉ lệ cao rõ ràng về mối liên quan giữa lạm dụng tình dục trẻ em và hiện tượng DID có thể vừa giả mạo và vừa là kết quả của niềm tin của nhà trị liệu và thân chủ về bản chất của hiện tượng. Ông đưa ra một số ý kiến sau:

- Lạm dụng tình dục trẻ em tương đối phổ biến ở Hoa Kỳ và có tỉ lệ đặc biệt cao trong số những người bị lạm dụng tình dục tìm kiếm sự hỗ trợ về mặt tâm thần. Vì vậy, tỉ lệ cao những người phát triển DID có thể là chỉ dẫn tỉ lệ có quá khứ bị lạm dung cao hơn là chỉ dẫn nguy cơ đối với DID.
- Bởi vì một số nhà lâm sàng coi quá khứ bị lạm dụng tình dục là một dấu hiệu dương tính của DID, họ có thể thường đưa các bệnh nhân từng bị lạm dụng vào phỏng vấn thôi miên và những quá trình khác gây ra sự "đa nhân cách".
- Một số bệnh nhân có DID không nhớ từng bị lạm dụng cho đến khi tính đa nhân cách của họ được khám phá trong quá trình trị liệu. Bất cứ trí nhớ được khôi phục nào cũng cần được xử lí cẩn trọng.

- Những nhà trị liệu có thể không tin những bệnh nhân DID cho rằng chưa từng bị lạm dụng và có thể thường xuyên thăm do với nỗ lực khám phá ra những kí ức tương tự. Khi bệnh nhân tin rằng họ có thể đã mơ màng, tính không chắc chắn của họ có thể thể hiện đối với họ như một bằng chứng là họ không sẵn lòng đối diện với sự thật về chuyện bị lạm dụng (Bliss, 1986).
- Nhiều bệnh nhân có DID từng báo cáo không chỉ chuyện lạm dụng tình dục mà cho việc lạm dụng là nghi thức kéo dài. Những câu chuyện như vậy thường được xác định dựa trên một chuỗi các câu hỏi dẫn dắt trong trạng thái ám thị thôi miên, và không trường hợp nào đã được chứng minh.
- Một số dữ liệu liên quan đến lạm dụng không tương thích với những dữ liệu mà trí nhớ gợi lại và mẫu hình điển hình của lạm dụng. Ross và cs. (1991) đã báo cáo tuổi ở lần lạm dụng sớm nhất ở nhóm bệnh nhân của họ. Một phần tư các báo cáo về việc từng bị lạm dụng là trước 3 tuổi và 10% là trước 1 tuổi. Những độ tuổi này là sớm hơn rất nhiều so với những ca lạm dụng đặc trưng (xem chương 10) và sớm hơn sự hình thành cơ sở thần kinh lưu giữ trí nhớ dài hạn.

Trong lần biện luận gần nhất về khái niệm DID, Gleaves và cs. (2001) coi rằng nó đạt được những tiêu chuẩn phân loại cho một chẩn đoán có giá trị và ý nghĩa, có thể còn hơn nhiều tiêu chẩn loạn thần được nhiều người chấp nhận. Quá trình chẩn đoán, bao gồm phỏng vấn và những bộ câu hỏi trắc nghiệm tâm lí có hiệu lực, có thể phát hiện ra rối loạn và phân biệt nó với các rối loạn khác một cách đáng tin cậy. Hầu hết những người có rối loạn từng trải nghiệm những triệu chứng phân li cơ bản (lẫn lỗn về bản thể, thay đổi bản thể, mất trí nhớ, tan rã nhân cách và phi thực tế), không giống với một số rối loạn khác như tâm thần phân liệt. Cuối cùng, nhãn mác chẩn đoán có lợi ích trông thấy: nó có thể dự đoán những loại vấn đề một cá nhân gặp phải trong tương lai. Những yếu tố mà họ đưa ra kết hợp với những luận điểm của họ nhằm phản bác mô hình nhận thức - xã hội, đã cung cấp những chứng cứ về có giá trị của rối loạn như một đại diện thực của những kinh nghiệm của cá nhân.

Cũng như kí ức được phục hồi, rất khó để phủ nhận sự tồn tại của hiện tượng DID. Cũng có thể nhìn nhận cách thức mà trong ít nhất một số hoàn cảnh, hành vi liên quan đến DID có thể nảy sinh trong quá trình trị liệu. Vì vậy, có thể DID nên được chấp nhận một cách thận trọng như với kí ức phục hồi. Có lẽ lời cuối cùng sẽ thuộc về một nhà trị liệu hoài nghi và cẩn trọng, người đã nói với tôi rằng:

Tôi tin. Một khi bạn đã nhìn thấy ai như vậy, thật khó để thấy làm thế nào họ xây dựng nên nó. Khi họ thay đổi từ nhân cách này sang nhân cách khác, sự khác biệt trong lời nói, phong thái và những điều họ kể với bạn... thật khác biệt và nhanh chóng - và rất nhất quán theo thời gian. Thật khó để nghĩ rằng nó được dựng nên bởi một cá nhân.

Trị liệu rối loạn xác định phân li

Không có gì đáng ngạc nhiên khi cả Spanos (1994) và Gleaves (1996) bất đồng với nhau về cách điều trị DID. Spanos cho rằng mục đích của trị liệu là giúp thân chủ chấp nhận rằng những bản thể thay thế của họ là những nhân cách thật hơn là những ảo tưởng do bản thân tạo ra. Gleaves cho điều ngược lại mới là đúng. Ông lí luận rằng mục đích trung tâm của trị liệu nên là giúp đỡ những cá nhân hiểu rằng những nhân cách thay thế trong thực tế là do tự tạo ra và không thuyết phục người bệnh rằng đó là những người thật. Ông ta cho rằng nhà trị liệu làm việc với những người có DID cần nhấn mạnh bản chất nền tảng của rối loạn là khó khăn trong việc hoà nhập những khía cạnh đa dạng của nhân cách chứ không phải sự dồi dào về nhân cách (Fraser, 1992).

Thậm chí trong số những nhà trị liệu chấp nhận thực tiễn về đa nhân cách, mục đích trị liệu cũng rất khác nhau. Một số (Spiegel, 1993) đưa ra ý kiến rằng mục đích của trị liệu là thúc đẩy cá nhân hoà nhập. Mục đích này có thể đạt được bởi:

- gợi lại những kí ức bị kiềm nén
- hoá giải tổn thương những kí ức đó để việc tái hiện không làm những bản thể khác quay lại
- tích hợp những bản thế thay thế và nhân cách nguyên thuỷ.

Kĩ thuật như điều trị tâm lí động thái và thôi miên đã được sử dụng để giúp khôi phục kí ức về quá khứ (Kluft, 1999). Những cách tiếp cận này đã được sử dụng thận trọng bởi vì cá nhân có thể trở lại với một nhân cách thay thế khác khi đối mặt với kí ức sang chấn. Thêm vào đó, một số nhân cách thay thế có thể đóng vai trò "bảo vệ" và cố gắng để bảo vệ nhân cách nguyên thuỷ khỏi việc chịu đựng những nỗi đau khi gợi lại kinh nghiệm gây sang chấn bằng cách như trở nên hung dữ và tự huỷ hoại (xem Kelli 1993).

Một khi kí ức đã được gợi lại hay được phục hồi nó có thể được hoá giải tổn thương bằng cách sử dụng những kĩ thuật đối mặt tương tự với những kĩ thuật sử dụng trong trị liệu PTSD. Do phản ứng của một người với DID là né tránh tái hiện kí ức, nên kĩ thuật đối mặt là khá khó khăn và bản chất tổn thương của kí ức có thể được hạn chế vào bất cứ lúc nào. Những người biện hộ cho EMDR cho rằng nó có thể tạo ra một dạng can thiệp hữu dụng khi được sử dụng kết hợp với kĩ thuật thư giãn vì kĩ thuật này được cho là giúp con người gợi lại kí ức của họ mà không kèm những hiệu ứng cảm xúc mạnh mẽ (nhưng hãy xem kết quả báo trước trong mối quan hệ với PTSD).

Đối với hầu hết các nhà trị liệu, mục tiêu hàng đầu của trị liệu là hoà hợp những nhân cách thay thế khác nhau vào một nhân cách cố kết, một quá trình được gọi là hợp nhất. Trong giai đoạn này, một người nhận thức về tất cả hành vi và suy nghĩ của họ và chấp nhận chúng là thuộc về chính họ. Oke và Kanigsberg (1991) sử dụng kết hợp trò chơi và hình tượng có dẫn dắt, huấn luyện kĩ năng sống, kĩ thuật phóng chiếu và trị liệu nhóm để đem đến nhận thức và thông hiểu về những cái tôi khác và qua quá trình này dần dần, sự kết dính giữa các bản thể thay thế đã được hình thành. Rất tiếc là hiệu quả của quá trình này và

những dạng can thiệp tương tự chỉ giới hạn ở mô tả can thiệp mà không có số liệu hoặc thông báo ca (một số nhà trị liệu thích thông báo những thất bại của họ một cách rộng rãi còn hầu hết các tạp chí lại không thích đăng những "thất bại"). Do vậy hiệu quả của nó vẫn chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ.

Một điểm cần đặc biệt lưu ý, xuất phát từ chính những người có DID. Nhiều tiểu nhân cách chống lại sự hợp nhất theo mục đích điều trị vì họ nhìn nhận việc hợp nhất như là một kiểu chết (Spiegel, 1999). Ủng hộ cho lập trường này, Rossel (1998) cho rằng trong một thế giới hậu hiện đại không thống nhất, có rất ít lợi ích trong nỗ lực đạt được hợp nhất. Thực tế, cá nhân nên cởi mở với những kinh nghiệm thay đổi các nhân cách và nên nhìn nhận những kinh nghiệm này như là tích cực và thoải mái chứ không phải huỷ hoại và tiêu cực.

Tóm tắt chương

1. PTSD có ba triệu chứng trung tâm: kí ức xâm nhập, nỗ lực né tránh những kinh nghiệm đó và mức độ kích thích cao.
2. Cơ sở thần kinh của PTSD là vùng cá ngựa và hạnh nhân. Hai vùng này cùng can thiệp vào sợ hãi và kí ức, nối chúng lại với nhau. Cơn kích thích được can thiệp bởi hệ thống thần kinh giao cảm.
3. Mô hình điều kiện của PTSD lí giải một phần về hiện tượng nhưng những mô hình nhận thức như mô hình của Brewin đem đến một cách hiểu thấu đáo hơn.
4. Khi xảy ra sự kiện gây sang chấn, người ta thường tiến hành phỏng vấn tâm lí lâm sàng. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy nó có thể thực sự hạn chế sự phục hồi lâu dài khỏi những sang chấn tâm lí.
5. Phương pháp đối mặt có lẽ được chứng minh là cách can thiệp hiệu quả nhất đối với PTSD, đặc biệt khi kết hợp với chiến lược giúp thân chủ đương đầu với những stress cảm xúc gây ra bởi quá trình điều trị.
6. EMDR có vẻ không ưu việt như phương pháp đối mặt.
7. Từ thập kỉ 1980, càng ngày càng có nhiều người bắt đầu báo cáo việc phục hồi kí ức về sang chấn, đặc biệt là lạm dụng tình dục từ thời thơ ấu.
8. Ba cách lí giải về hiện tượng này: những kí ức là thật và được che dấu do một số những cơ chế tự bảo vệ vô thức; những kí ức là kết quả của việc nhà tham vấn đẽo gọt kí ức của thân chủ về những sự kiện thực tế đã không tồn tại; những kí ức là những sự kiện đã bị lãng quên do quá trình quên bình thường.
9. Những tranh luận về cách lí giải nào là chính xác tập trung vào một số vấn đề: tuổi tại thời điểm xảy ra sự kiện, sự bóp méo kí ức qua thời gian, mức độ không rạch ròi bằng chứng về sự kiện, và sự gợi lên thực nghiệm về các kí ức không thật.

10. Brewin và những người khác đã đưa ra ý kiến rằng khi một số kí ức có thể không thật, những kí ức khác có thể thực sự bị kìm nén và được phục hồi. Mỗi trường hợp cần được xem xét theo tính chất riêng của nó.
11. Những mô hình lâm sàng cho rằng DID là một phản ứng đối với sang chấn lạm dụng tình dục trẻ em, bao gồm sự phân li nghiêm trọng trong thời gian xảy ra sự kiện, gây ra sự phát triển của các "người thay thế" hay những nhân cách thay thế.
12. Mô hình nhận thức - xã hội cho rằng đó là phản ứng với nhà trị liệu và áp lực xã hội để cư xử theo cách gợi ra những nhân cách đa dạng.
13. Cuộc tranh cãi về các mô hình đã tập trung vào những lí giải khác nhau về: mức độ phổ biến của rối loạn, việc liệu nhà trị liệu có thể "dạy" tính đa nhân cách, áp lực xã hội và của nhà tâm lí để thể hiện DID, và mối quan hệ giữa lạm dụng tình dục khi bé và DID.
14. Trong khi một số ca DID có thể được tạo ra bởi quá trình trị liệu, những trường hợp khác có thể đại diện cho một bệnh lâm sàng thực. Mỗi ca cần được xem xét theo tính chất riêng của nó.

Câu hỏi thảo luận

1. Chúng ta nên điều trị như thế nào cho bệnh nhân ngay sau một sang chấn chính?
2. Những yếu tố có thể đóng góp vào sự phát triển của PTSD?
3. Liệu có tồn tại " kí ức được phục hồi"?
4. Đâu là những nguyên nhân của DID?

Chương 10

RỐI LOẠN TÌNH DỤC

Có 2 phạm trù rối loạn tình dục: rối loạn chức năng tình dục trong đó bao gồm vấn đề đáp ứng tình dục và phạm trù loạn dục đa dạng: đòi hỏi tình dục gần như liên tục và mạnh, hành vi hoặc huyễn tưởng đáp lại đối tượng hoặc tình huống mà xã hội cho rằng không phù hợp. Chương này khảo sát cả 2 vấn đề. Đó là những vấn đề một số người gặp phải trong hoạt động tình dục, tập trung vào những vấn đề rối loạn cương cứng ở nam giới và hiện tượng "tương tự" ở nữ được biết với cái tên co thắt âm đạo và có thể trị liệu bằng cách nào. Sau đó mô tả nguyên nhân và trị liệu đối với loạn dục với trẻ em và loạn dục cải trang. Cuối cùng sẽ tập trung vào những vấn đề trong rối loạn xác định giới. Sau khi đọc hết chương, bạn sẽ hiểu được:

- Bản chất và nguyên nhân rối loạn chức năng cương cứng, co thắt âm đạo, loạn dục với trẻ em, loạn dục cải trang và rối loạn xác định giới.
- Các dạng can thiệp được sử dụng để trị liệu từng rối loạn và hiệu quả của nó.

Rối loạn chức năng tình dục

Rối loạn chức năng tình dục bao gồm những vấn đề đáp ứng tình dục. Đó là những rối loạn ham muốn, dạng như chán ghét tình dục hoặc ít ham muốn, những vấn đề về cực khoái bao gồm phóng tinh sớm ở nam và mất khả năng đạt cực khoái ở cả nữ và nam. Ở đây chúng ta lưu ý đến 2 trạng thái: rối loạn chức năng cương cứng ở nam và co thắt âm đạo ở nữ. Cả hai vấn đề đều có thể gây trở ngại hoặc ngăn cản hành vi tình dục. Cả hai vấn đề đều có thể được trị liệu bởi những can thiệp hành vi đơn giản hoặc bằng thuốc.

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-IV-TR về mất cương cứng là thường xuyên hoặc liên tục mất khả năng đạt hoặc duy trì cương cứng cho đến khi thực hiện xong hành động tình dục và điều này gây stress mạnh hoặc những khó khăn trong quan hệ. Đây cũng là rối loạn thường gặp, nhất là ở những người đàn ông cao tuổi, mặc dù Laumann và cs. (1999) thông báo rối loạn này chiếm tỷ lệ 7% nam giới độ tuổi từ 18-29; 9% độ tuổi 30-39; 11% ở độ tuổi 40-49 và 10% ở độ tuổi 50-59. Một số nguyên nhân gây rối loạn chức năng cương cứng gồm: cơ thể, trong đó có cả huyết áp cao; tác dụng lâu dài của các chất như rượu, heroin, cần sa và thuốc lá. Tuy nhiên Masters và Johnson (1970) chỉ phát hiện thấy 7 trong tổng số 213 người được nghiên cứu là có nguyên nhân cơ thể. Nguyên nhân chủ yếu nhất vẫn là tâm lí. Những nguyên nhân này có thể là trực tiếp hoặc do ảnh hưởng xa:

- trực tiếp: lo âu, thiếu kích thích phù hợp, xung đột quan hệ, thiếu sự gần gũi của bạn tình, giao tiếp bạn tình nghèo nàn
- ảnh hưởng xa: chấn thương tình dục thời thơ ấu, quan hệ cũ chưa dứt khoát hoặc quá phụ thuộc vào cha mẹ, những vấn đề về định hướng hoặc xác định giới.

Nguyên nhân rối loạn chức năng cương cứng

GIẢI THÍCH THEO TÂM LÍ ĐỘNG THÁI

Theo Janssen (1985) rối loạn cương cứng có nguồn gốc từ những xung đột phức cảm Oedipe trong đó bao gồm sợ bị thiến hoặc loạn luân, kém tự tin trong xác định tình dục, lựa chọn đối tượng loạn luân, xu hướng tiềm ẩn tình dục đồng giới và sợ những xung động cương dương vật. Những điều này có thể là do những yếu tố xuất hiện trong giai đoạn Oedipe của sự phát triển tâm – tính dục (xem chương 2). Trong một ví dụ minh hoạ, Janssen đã mô tả trường hợp người đàn ông kể rằng khi còn là đứa trẻ, mẹ ông ta đã lôi ông ta vào cuộc tranh luận về mối quan hệ với bố. Khi bố ông biết chuyện này ông ta trở nên tức giận và hành hạ vợ. Thân chủ sợ rằng ông ta đã quá chú ý đến sự tức giận của cha nhưng ông ta cũng bị dằn vặt, xung đột bởi ý muốn bảo vệ mẹ để tránh đối đầu với cha ông. Chính điều đó đã cản trở sự giải quyết hợp lí xung đột Oedipe. Ở tuổi trưởng thành, nỗi sợ hãi người cha hung bạo đã cản trở sự phát triển những mối quan hệ tình cảm và tình dục với phụ nữ. Trị liệu đã tập trung vào mối quan hệ của thân chủ với cha mà không đề cập đến một chức năng tình dục nào.

GIẢI THÍCH THEO QUAN ĐIỂM NHẬN THỨC

Theo quan điểm nhận thức, Bancroft (1999) cho rằng lo âu ảnh hưởng xấu đến tình dục là do các yếu tố nhận thức. Theo ông kích thích tình dục ở nam giới phụ thuộc vào sự cân bằng khéo léo giữa các cơ chế kích thích và ức chế. Hai quá trình ức chế cơ bản là lo âu và sợ các kết cục âm tính. Cả hai đều có thể dẫn đến quá trình mà Masters và Johnson gọi là *cảnh tượng đáng chú ý* (spectating), trong đó cá nhân bị chú ý bởi việc thực hiện không thành công hoặc hậu quả của thất bại tiềm tàng, khi họ bị bối rối từ những gợi ý tình dục và mất khả năng cương cứng. Có thể tìm thấy nhiều bằng chứng ủng hộ cho mô hình của Bancroft. Người ta làm thí nghiệm cho xem những cảnh làm tình và thấy ở hầu hết số đàn ông đều có hiện tượng tăng kích thích tình dục. Tuy nhiên nó lại gây tác dụng ngược ở những người rối loạn chức năng cương cứng.

Nhiều người đàn ông ép mình hoạt động ở mức độ cao một cách không phù hợp, mức độ mà chính họ khát khao, mong muốn. Ví dụ Zilbergeld (1992) chỉ ra rằng người đàn ông thường có ảo tưởng rằng hoạt động của họ là "hòn đá tảng" của mọi trải nghiệm tình dục và cương cứng lâu dài là thành phần then chốt của mỗi lần sinh hoạt tình dục: cách nhìn không cần đến sự tán thành của người phụ nữ. Cũng theo Zilbergeld, sự thất bại chính là do rối loạn chức năng, mất nam tính và bạn tình mất hứng thú.

GIẢI LO ÂU VÀ GIẢI MẪN CẢM

Chương trình trị liệu cổ điển đối với mất chức năng cũng do Masters và Johnson (1970) đề xuất được biết đến với cái tên tập trung vào cảm giác (sensate focusing). Đây là một tiếp cận cấu trúc, được thiết kế nhằm loại bỏ stress ra khỏi quá trình giao hợp. Nó được bắt đầu bằng việc 2 người học cách mơn trớn cơ thể nhưng không động chạm đến bộ phận sinh dục. Mục đích chính của họ là tạo sự thích thú khi động chạm cơ thể nhưng không tạo hoặc nhận được khoái cảm tình dục. Một khi hai bên đã cảm thấy dễ chịu, họ thực hiện hành vi mơn trớn bộ phận sinh dục để tạo ra và nhận được khoái cảm. Ở thời điểm này, họ vẫn chưa nên có hành vi giao hợp và người đàn ông cũng không nên cố và duy trì cương cứng (mặc dù điều này thường xuất hiện). Cuối cùng khi đôi bên đã hoàn toàn cảm thấy dễ chịu với sự gần gũi như vậy thì họ có thể thực hiện hành vi giao hợp. Đây là sự can thiệp thường được ứng dụng; mặc dù mới chỉ có một số nghiên cứu về hiệu quả của nó, song nhìn chung đều ghi nhận rằng nó có kết quả cao (Howton và cs. 1986).

KĨ THUẬT NHẬN THỨC

Chưa có nhiều những đánh giá về can thiệp nhận thức trong trị liệu rối loạn cương cứng, mặc dù Goldman và Carroll (1990) cũng đã thông báo kết quả của một số xemina. Tại các xemina này, những người tham gia được cung cấp những thông tin tình dục phù hợp và cần thay đổi những thái độ nhận thức không hợp lí. Những người tham gia đã cho thấy họ có sự thay đổi đáng kể về nhận thức và thái độ đối với tình dục và tăng tần số hoạt động cũng như sự thoả mãn trong khoảng thời gian ngắn. Chưa có các cứ liệu về kết quả lâu dài.

CAN THIỆP LIÊN NHÂN CÁCH

Howton và cs. (1992) thông báo rằng chỉ số dự báo quan trọng nhất kết quả chương trình tập trung vào cảm giác và các kĩ thuật kích thích từ từ chính là sự đánh giá giao tiếp hôn nhân của 2 người trước trị liệu. Có nội dung chính của can thiệp liên nhân cách (Rosen 2001):

- những vấn đề về vị thế và ưu thế
- sự gần gũi và tin tưởng
- mất hấp dẫn tình dục.

Ở một thời gian nào đó, một trong số những vấn đề trên chiếm vị trí nổi trội trong quan hệ tình dục. Những vấn đề về vị thế và ưu thế có thể nổi lên khi một người bị mất việc hoặc được đề bạt, cất nhắc; những vấn đề về sự gần gũi và tin tưởng có thể nổi lên khi có sự tăng cân hoặc những thay đổi về tâm- sinh lí. Theo Howton và cs., 70% số cặp vợ chồng cho rằng can thiệp hướng vào những yếu tố đó đã cho kết quả tốt.

Có lẽ thuốc thường dùng nhất để điều trị rối loạn cương cứng chính là Sildenafil được nhiều người biết đến với cái tên Viagra. Thuốc có tác dụng lên cơ trơn của dương vật. Đây là một chất ức chế enzyme phosphodiesterase type 5 (PDE5) làm gián đoạn cyclic guanosine monophosphate (CGMP), chất hoá học làm giãn cơ trơn và duy trì đáp ứng cương cứng. Nhìn chung thuốc có tác dụng điều trị với các loại rối loạn cương cứng. Ví dụ, Goldstein và cs. (1998) thông báo có khoảng 70% số người được điều trị bằng thuốc Viagra nói rằng có sự cải thiện về chất lượng và tần số cương cứng; 70% giao hợp thành công khi có ý định. Trong khi đó ở nhóm dùng placebo chỉ có 22% là thành công. PDE5 tập trung chủ yếu ở dương vật. Tuy nhiên nó cũng có thể có ở những vùng khác của cơ thể. Do vậy có khoảng 16% số người sử dụng có hiện tượng đau đầu; 10% thấy mặt đỏ; một số tác dụng phụ khác ít gặp hơn như rối loạn tiêu hoá, thay đổi thị giác mầu. Một trong những tác dụng phụ mà người ta lo ngại nhất là có thể xuất hiện đau tim. Tuy nhiên hiện nay người ta cho rằng đó là do kết quả của tập luyện chứ không phải do thuốc (Holmes, 2002). Một trong những ưu điểm của Vilagra là tăng cường (chứ không phải là khởi động) đáp ứng tình dục. Do vậy cương cứng xuất hiện sau khi có kích thích tình dục chứ không phải sau khi dùng thuốc. Cũng có thể đạt được cương cứng bằng bơm chân không, tiêm thuốc trực tiếp vào dương vật và sử dụng dương vật giả. Từng phương pháp đều có những kết quả nhất định và có nhiều phương pháp vẫn tiếp tục được dùng. Tuy vậy mức độ cũng giảm đi do có Viagra và các thuốc tương tự (Ralph & McNicholas, 2000).

Co thắt âm đạo

Co thắt âm đạo là cơn co dai dẳng hay xuất hiện, không tự ý các cơ lớp ngoài thứ 3 của âm đạo nhằm ngăn chặn giao hợp. Điều này có thể gây ra những rối loạn stress đáng kể hoặc những khó khăn trong quan hệ liên nhân cách. Người ta cho rằng nó là một trong những rối loạn chức năng tâm – tính dục chủ yếu ở phụ nữ, mặc dù chưa có tỉ lệ chính xác trong dân cư. Khoảng 20% phụ nữ cảm thấy có những lần bị đau khi giao hợp, tuy nhiên chưa đến 1% bị co thắt âm đạo (Heiman & Lopiccolo, 1998).

Nguyên nhân co thắt âm đạo

GIẢI THÍCH THEO QUAN ĐIỂM PHÂN TÂM

Phân tâm cổ điển cho rằng co thắt âm đạo là do những xung đột tâm – tính dục không được giải quyết từ thời ấu thơ. Phụ nữ bị rối loạn này là người đã bị cắm chốt hoặc thoái triển ở giai đoạn (hoặc trước) Oedipe. Theo Abraham (1956), trong một số trường hợp nặng, người phụ nữ không đủ khả năng chuyển di năng lượng libido từ cha sang chồng hoặc bạn tình. Trong nhiều trường hợp khác, người phụ nữ vẫn bị cắm chốt ở mẹ của họ. Những trường hợp như vậy có tiên lượng xấu.

GIẢI THÍCH THEO QUAN ĐIỂM HÀNH VI

Theo lí thuyết hành vi, co thắt âm đạo là một phản ứng ám ảnh đối với các trải nghiệm âm tính thực hoặc tưởng tượng có liên quan đến giao hợp. Sợ hãi hoặc lo âu ở mức độ cao gây ra hoạt hoá hệ thần kinh giao cảm và một trong những hệ quả của nó là làm co cơ âm đạo không chủ ý. Sự sợ hãi, ở một khía cạnh khác, cũng có thể xuất phát từ kém hiểu biết về những vấn đề tình dục. Ngoài ra còn có 3 yếu tố khác có thể làm tăng phản ứng sợ hãi (Ward & Ogden, 1994). Thứ nhất người mẹ sợ giao hợp thì sự sợ hãi đó có thể truyền sang con gái. Thứ hai, kinh nghiệm tình dục có thể gắn liền sự đau đớn đối với người phụ nữ và nhớ lại nỗi đau chính là sự kích hoạt các triệu chứng: gần 3/4 số phụ nữ bị co thắt âm đạo trong nghiên cứu của Ward & Ogden bị sợ hãi dạng này. Yếu tố thứ 3 là sợ bị trừng phạt do quan hệ tình dục. Ward & Ogden (1994) cho thấy nhiều phụ nữ có chứng co thắt âm đạo thường có mặc cảm tự buộc tội về tình dục. Mặc cảm này xuất phát từ quan niệm cho rằng "tình dục là không tốt", nên họ sợ bị trừng phạt vì đã quan hệ tình dục. Chấn thương tình dục thời thơ ấu và những niềm tin tôn giáo cũng có thể góp phần tăng thêm nỗi sợ hãi hoặc tự buộc tội vì đã quan hệ tình dục.

Trị liệu co thắt âm đạo

TIẾP CẬN TÂM LÍ

Một trong những cách giải lo âu liên quan đến hành vi tình dục là bằng kĩ thuật tập trung vào cảm giác, với mức độ tiến dần từ từ đến động chạm vào bộ phận sinh dục. Tuy nhiên cách thường dùng nhất để trị liệu co thắt âm đạo chính là giải mẫn cảm hệ thống kết hợp với sử dụng các dụng cụ làm giãn. Có thể thực hiện bằng cách kết hợp với giáo dục, công việc trong gia đình và trị liệu nhận thức và thư giãn. Trong qui trình này, người phụ nữ, trong một số trường hợp có thể là bác sĩ, đưa dụng cụ làm giãn vào âm đạo và tăng kích thước dần cho đến khi người phụ nữ cảm thấy thoải mái và không còn các cơn co thắt âm đạo, không chú ý khi có vật thể lạ đi vào. Khi người phụ nữ có khả năng tự điều chỉnh được dụng cụ làm giãn, họ nên duy trì qui trình trong vài giờ mỗi tối. Dạng trị liệu này đã chứng tỏ rất hiệu quả. Masters và Johnson (1970), những người khởi đầu của cách tiếp cận này cho biết họ đã thành công hoàn toàn trong 29 trường hợp và không có trường hợp nào tái phát.

Loạn dục đa dạng

Không dễ dàng gì phân biệt đâu là hoạt động tình dục "bình thường" và đâu là "không bình thường". Tuy vậy cũng có những hành vi tình dục dễ dàng xếp vào "không bình thường". Ở đây muốn đề cập đến loạn dục đa dạng (paraphilias). Loạn dục đa dạng bao gồm cả những hành vi hợp pháp như loạn dục cải trang và cải trang và những hành vi bất hợp pháp như loạn dục với trẻ em (bảng 10.1)

Bảng 10.1: Một số dạng loạn dục đa dạng thường gặp

Loạn dục cải trang	Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bức xúc tình dục, tưởng tượng kích dục hoặc những hành vi bao gồm sử dụng các vật thể, thường là những đồ dùng của phụ nữ như quần lót, giầy, ủng.
Loạn dục phô bày	Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bộc lộ bộ phận sinh dục cho người khác giới, thường là khi có những tưởng tượng kích dục
Loạn dục nhìn trộm	Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bức xúc tình dục nhìn trộm người khác thay đồ hoặc giao hợp
Loạn dục bị đau	Kích thích tình dục thông qua việc bị người khác hành hạ
Loạn dục cọ sát	Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bức xúc tình dục bằng cách động chạm hoặc cọ sát vào người khác mà không có sự đồng ý

Rất nhiều người có hành vi loạn dục đa dạng nhưng không hề có rối loạn stress hoặc họ cũng thấy không cần phải tìm kiếm sự trợ giúp để thay đổi bản chất hứng thú tình dục của họ. Do vậy những người có các hành vi tình dục khác thường này có thể được xem là nằm ở đầu mút của sự phân bố theo nhu cầu tình dục hơn là rối loạn. Với cách nghĩ như vậy, DSM-III nhấn mạnh rằng bất kỳ một hành vi loạn dục đa dạng nào xuất hiện do stress trong quá khứ của cá nhân thì cần phải xác định rõ trước khi chẩn đoán "rối loạn". Tuy nhiên do có sự phê phán mạnh mẽ của cách tiếp cận quá tự do như vậy nên DSM-IV đã khẳng định rằng loạn dục với trẻ em phải được coi là rối loạn mà không cần tính đến phản ứng cảm xúc của chủ thể đối với hành vi của họ. Trong phiên bản mới nhất, DSM-IV-TR hiện nay đã nhấn mạnh rằng loạn dục phô bày, loạn dục gây đau và loạn dục nhìn trộm cũng được coi là "rối loạn " nếu cá nhân hành động vì ham muốn của mình mặc dù hành vi đó không gây ra bất kỳ một rối loạn stress hoặc " rối loạn chức năng" nào. Các hành vi tình dục đang ngày càng được thuốc hoá nhiều hơn. Do vậy ngày càng ít người được chẩn đoán là loạn dục đa dạng. Tuy nhiên nhiều nhà chuyên môn cho rằng những hành vi như vậy ngày càng nhiều hơn so với những gì được công bố.

Những giải thích nguyên nhân cố gắng đi xác định các cách thức chung của tất cả các dạng loạn dục đa dạng. Do vậy các mục tiếp theo sẽ đề cập tương đối chi tiết đến nguyên nhân và trị liệu loạn dục với trẻ em và loạn dục cải trang. Sự phát triển của 2 rối loạn này là khá điển hình và có thể áp dụng để xem xét đối với toàn bộ các dạng loạn dục đa dạng.

Loạn dục với trẻ em

DSM-IV-TR định nghĩa loạn dục với trẻ em là: "thường xuyên xuất hiện những ham muốn bức xúc tình dục và những tưởng tượng kích dục về những hoạt động tình dục với trẻ nhỏ hoặc vị thành niên" và những người hành động theo những ham muốn đó, hoặc những

ham muốn hoặc những tưởng tượng tình dục gây ra rối loạn stress hoặc những trở ngại trong quan hệ liên nhân cách. Cũng cần phải nói thêm rằng cá nhân phải từ 16 tuổi trở lên và ít nhất phải lớn hơn trẻ bị lạm dụng 5 tuổi. Cần chú ý đến sự trưởng thành về tình dục chứ không phải về tuổi của nạn nhân. Về mặt luật pháp, phải có ranh giới rõ ở tuổi nào cá nhân mới được phép quan hệ tình dục. Việc vi phạm các giới hạn đó chưa chắc đã là loạn dục với trẻ em mà đã có thể là kẻ phạm pháp tình dục, trừ khi trẻ khác cũng là vị thành niên.

Những hành vi loạn dục với trẻ em cũng rất khác nhau. Một số người chỉ nhìn mà không đụng chạm vào trẻ. Một số khác lại thích động chạm hoặc cởi quần áo của chúng. Khi xuất hiện hoạt động tình dục, thường là tình dục đường miệng hoặc sờ mó bộ phận sinh dục của trẻ. Chỉ trừ những trường hợp loạn luân còn tuyệt đại đa số các trường hợp không có sự giao hợp. Khi có sự giao hợp thì thường là đối với trẻ lớn và có thể có yếu tố đe doạ, cưỡng bức. Tuy nhiên điển hình vẫn là các cá nhân này hay tìm cách thuyết phục, dụ dỗ và "thân mật" (Murray, 2000). Những cá nhân loạn dục nếu thích trẻ gái thì thường là độ tuổi 8-10 tuổi, còn nếu thích trẻ trai thì thích trẻ lớn hơn chút nữa (APA, 1994). Hầu hết những cá nhân này là người họ hàng, bạn bè hoặc hàng xóm của trẻ.

Greenberg và cs. (1993) thông báo có 33% số người có hành vi loạn dục với trẻ em là chỉ với trẻ nam, 44% là chỉ với trẻ nữ còn 23% là với trẻ cả 2 giới.

Rất khó xác định tỷ lệ loạn dục với trẻ em. Hầu hết các tổng quan đều thông báo tỷ lệ những người có hành vi lạm dụng tình dục hơn là tỷ lệ những người có hành vi loạn dục. Barbaree & Seto (1997) ước tính ít nhất có khoảng 7% số phụ nữ và 3% số nam giới Mĩ đã từng bị lạm dụng tình dục trẻ em. Một số tổng quan khác đưa ra các tỷ lệ cao hơn.

Nguyên nhân loạn dục với trẻ em

Các lí thuyết về nguyên nhân loạn dục với trẻ em là không nhiều và tập trung vào các yếu tố tâm lí xã hội nhiều hơn so với các yếu tố sinh học. Các yếu tố này vừa mang tính chất lâu dài, vừa là kề cận trong việc gây ra những hành vi trên.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LÂU DÀI

Nhiều tội phạm tình dục trẻ em kể rằng hồi nhỏ, mối quan hệ cha mẹ- con cái của họ đã bị tổn thương và/hoặc họ đã bị lạm dụng tình dục. Trong nghiên cứu của Hanson và Slater (1987), tỉ lệ này lên đến 67%. Rất khó nói về độ tin cậy của số liệu này. Nhiều người có hành vi lạm dục trẻ em có quyền được đảm bảo quyền lợi khi khai báo những hành vi như vậy nhằm giảm thiểu mức độ trách nhiệm đối với những hành vi của mình hoặc nhằm gây thiện cảm của người khác. Những nỗ lực nhằm xác định độ tin cậy bằng cách hỏi những người chủ thể của các hành vi đó thì cũng ngang với những khai báo sai. Để nhằm hạn chế những vấn đề như vậy, Dhawan & Marshall (1996) đã sử dụng những phương pháp bảng hỏi và phỏng vấn chi tiết để khẳng định hoặc để nghi ngờ những lời khai gian. Họ đi

đến kết luận rằng 50% số người bị tù về tội hoạt động tình dục với trẻ em đã từng bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ. Tuy nhiên điều đó cũng không thể giải thích rằng những pha như vậy là chỉ số dự báo cho tội phạm tình dục sau này.

Lí thuyết hành vi (ví dụ, Barbanee, 1990) cho rằng cá nhân phạm tội tình dục trẻ em phát triển mạnh ham muốn tình dục với trẻ em sau khi kết hợp giữa kích thích tình dục và những hình tượng về trẻ. Sự liên tưởng như vậy rất thường hay xuất hiện ở thời kỳ đầu của tuổi thanh thiếu niên và đó cũng có thể là sự khởi đầu của tai hoạ. Tuy nhiên những liên tưởng này cũng có thể được đẩy mạnh bằng thủ dâm hoặc ảnh khiêu dâm. Bằng một test được xây dựng theo mô hình này, Barbaree & Marshall (1989) đã đo phản ứng tình dục của những người đàn ông lạm dụng tình dục trẻ em nhưng không trong gia đình họ, có hành vi loạn luân, hoặc tuyên bố họ không có hứng thú tính dục đối với trẻ nhỏ. Chất liệu của test và các ảnh bé gái và những người phụ nữ trưởng thành. Kết quả của họ cũng khá ngạc nhiên. Chưa đến 1/2 số phạm tội ngoài gia đình và chỉ có 28% số người có hành vi loạn luân là bị kích thích tình dục bởi những bức tranh phụ nữ trẻ hơn là những phụ nữ trưởng thành. Cũng cần nói thêm rằng 15% số nam giới nói rằng không có hứng thú tình dục với trẻ em lại bị kích thích tình dục nhiều hơn khi xem tranh trẻ gái so với tranh phụ nữ trưởng thành. Tuy nhiên mô hình điều kiện hoá chỉ có thể phù hợp với một số cá nhân chứ không phải là toàn bộ.

Các cứ liệu này cho thấy hứng thú tình dục không phải là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến lựa chọn của những người đàn ông loạn dục với trẻ em. Một yếu tố khác cũng rất quan trọng đó là sự đổ vỡ các mối quan hệ tâm lí và tình dục với người lớn. Nhiều người có hành vi loạn dục với trẻ em nói rằng họ rất cô đơn. Sự cô đơn này có thể xuất phát từ việc phát triển những cách gắn bó không phù hợp khi còn nhỏ (Ward và cs. 1996). Do vậy một số đi tìm kiếm sự gần gũi với trẻ nhỏ, những người mà họ dễ dàng kích động được cả 2 loại quan hệ về cơ thể và phi cơ thể và đây cũng là đối tượng họ dễ bề kiểm soát. Tuy vậy điều này cũng không phải là đúng đối với toàn bộ những người có hành vi loạn dục với trẻ em. Nói như vậy là cũng để nhấn mạnh rằng lộ trình đi đến loạn dục đa dạng là rất khác nhau giữa các cá nhân.

NHỮNG YẾU TỐ CẬN KỀ

Pithers (1990) bổ xung thêm vào những yếu tố cơ bản trên bằng cách thăm khám sớm nhất những vụ án tình dục. Ông cho rằng ham muốn loạn dục với trẻ em thường được châm ngòi bởi trạng thái khí sắc bị ức chế do stress hoặc xung đột, và kết quả là cá nhân tìm kiếm cách để làm giảm cảm giác âm tính và tự cho phép mình lao vào tình huống có nguy cơ cao. Và điều đó dường như đã đưa họ đến gần hơn với nạn nhân sau này. Một khi trong tình huống đó, những ham muốn có được hành vi loạn dục với trẻ ngày càng nổi lên mạnh mẽ. Khi đó họ chỉ tập trung vào những cảm giác do ham mê dục vọng đem lại chứ không quan tâm đến kết quả tồi tệ sau này của tình huống. Chính vì vậy họ dễ dàng có

những hành vi loạn dục với trẻ em. Sau khi chuyện "sống gấp" đó qua đi, họ có thể lại cảm thấy ân hận song dường như vẫn không kiểm soát nổi hành vi. Do vậy trạng thái cảm xúc âm tính lại có thể thúc đẩy một chu kỳ mới.

Phải đến 2/3 số người phạm tội tình dục hoặc là chối bỏ hoặc giảm thiểu vai trò cá nhân trong hành vi phạm pháp. Barbaree (1991) đưa ra 3 dạng từ chối:

- từ chối hoàn toàn rằng chẳng có chuyện gì xảy ra
- công nhận có quan hệ tình dục nhưng không thừa nhận rằng đó là phạm pháp
- thừa nhận rằng có động chạm vào cơ thể nhưng từ chối các yếu tố tình dục.

Tác giả cũng chỉ ra 3 dạng giảm thiểu bao gồm: từ chối gây đau cho nạn nhân, thu nhỏ qui mô phạm tội và hạ thấp mức độ trách nhiệm về hành vi phạm tội. Bóp méo nhận thức thường thấy là: trẻ nhỏ cũng quan tâm tình dục như người lớn, và chúng cũng tìm kiếm tình dục với người lớn, và chúng cũng thích và có lợi khi có được kinh nghiệm. Có những cá nhân thực sự tin vào một số điều đó. Một số khác thì cũng tính toán khi nói bịa để nhằm hạ bớt những phản ứng âm tính từ phía người khác (xem hộp 10.1).

Trị liệu loạn dục với trẻ em

Hoạt động tình dục với trẻ em là một việc làm trái pháp luật và trị liệu thường được bắt đầu trong nhà tù hoặc các cơ sở pháp y. Thậm chí ngay tại những nơi này, cũng không bắt buộc phải chấp hành các chương trình trị liệu. Chỉ khoảng 25% số phạm nhân dạng này tham gia vào các chương trình trị liệu.

TRỊ LIỆU THỂ CHẤT

Trị liệu thể chất nhằm trấn áp những bức xúc và hành vi tình dục song không làm thay đổi được đối tượng ham muốn. Hai qui trình phẫu thuật là

HỘP 10.1. NHỮNG HÀNH VI LOẠN DỤC TRẺ EM KHÁC NHAU

Không phải tất cả những người loạn dục với trẻ em đều giống nhau về động cơ và cách thức hành động. Ở đây giới thiệu 2 trường hợp đối nghịch nhau và với những kết cục rất khác nhau.

John

John là một người đàn ông tuổi 30, vào viện do có những pha trầm cảm nặng. Trước khi bị trầm cảm, anh ta là giáo viên một trường phía bắc nước Anh. Mặc dù không có bằng chứng nào về những hành vi loạn dục của anh ta với trẻ em song tên của anh ta nằm trong danh sách phân phát các ảnh trẻ con khoả thân của băng nhóm loạn dục trẻ em. Nhà anh ta bị khám bất ngờ và phát hiện thấy nhiều tài liệu về loạn dục với trẻ em. Do vậy anh ta đã bị cảnh sát bắt giữ và bị buộc tội sử dụng sách báo khiêu dâm trẻ em. Nhà trường của anh ta cũng được thông báo về vấn đề này và ngay lập tức anh ta bị sa thải.

Cũng vào thời điểm này anh ta cưới vợ, tuy nhiên ngay sau đó vợ anh ta đã đưa đơn xin li dị. John chuyển đến London, nơi anh ta có thể "chìm vào trong đám đông" và chỉ có một vài liên hệ với gia đình. Ở đây anh ta bắt đầu bị trầm cảm sau đó được đưa vào viện. Sau khi đã tin tưởng vào nhà trị liệu anh ta bắt đầu kể về câu chuyện của mình.

Anh ta thừa nhận là đã sử dụng tranh khiêu dâm trẻ em để thoả mãn ham muốn tình dục và đặc biệt là thích tranh bé trai. Hôn nhân của anh ta chỉ là theo nghĩa vụ và không thoả mãn về tình dục. Trước khi cưới vợ, anh ta đã có những quan hệ tình dục đồng giới với những người không phù hợp về tuổi tác. Tuy nhiên tất cả những cái đó nhìn chung đều kết thúc một cách bất hạnh. Anh ta ý thức được rằng hứng thú tình dục của mình là không phù hợp và cảm thấy xấu hổ về điều đó.

John không có ý định sửa chữa những hành vi của mình song mỗi khi động chạm đến cơ thể các cậu bé hoặc thậm chí xem các tranh khiêu dâm anh ta cũng nghĩ rằng những việc làm đó không chấp nhận được về mặt đạo đức. Trầm cảm là hệ quả của thất nghiệp và hôn nhân và có thể anh ta không còn đủ khả năng để kiếm được việc làm. Sự xấu hổ cũng như hành vi của anh ta đã được nhiều người biết. Anh ta sống một mình và tránh gặp mặt mọi người. Rất ít khi John ra khỏi căn hộ và thường tránh những chỗ bọn trẻ con có thể tụ tập.

Vì cảm thấy những hứng thú tình dục của mình là không phù hợp và xấu hổ nên anh ta quyết định tham gia vào trị liệu. Anh ta nhập cuộc vào những chương trình thay đổi định hướng thủ dâm. Trong chương trình này, John bắt đầu thủ dâm khi tưởng tượng ra các cậu bé để có được kích thích tình dục. Sau đó chuyển tiêu điểm tưởng tượng sang những đứa trẻ nhiều tuổi hơn hoặc những người đàn ông trẻ. Anh ta nhận thấy rằng mình rất thích khi tưởng tượng đến hình ảnh của một nam ngôi sao Hollywood (cho đến khi đó vẫn không rõ tên). Chương trình được thực hiện khá tốt và anh ta thấy có thể có kích thích tình dục khi tưởng tượng đến hình ảnh người đàn ông trưởng thành.

Mặc dù có được kết quả như vậy và theo như anh ta nói rằng chỉ sử dụng tranh khiêu dâm trẻ em song hành vi của anh ta diễn ra ít nhất là một lần theo mô hình mà Pitherss (1990) đề xuất. Vào lúc đó, khi anh ta đang cảm thấy buồn chán và quyết định đi dạo, có một cái gì đó thúc đẩy anh ta "một cách tai hoạ", đến khu vực mua bán, nơi học sinh của một trường địa phương thường tụ tập. Anh ta "ngẫu nhiên" đi ngang qua nhà vệ sinh (công cộng) khi có một cậu bé đi vào. Ngay lúc đó

anh ta bị kích thích bởi cảm giác mong muốn được nhìn bộ phận cơ thể cậu bé và đi theo cậu ta vào nhà vệ sinh. Trong nhà vệ sinh anh ta đã nhìn cậu bé đi tiểu. Cậu bé cũng để ý đến sự có mặt của anh ta và cũng không có sự tiếp xúc nào về cơ thể hay xã hội. Mặc dù vậy sự cố đã cho thấy cần phải nhắc lại chương trình phòng ngừa. Trong chương trình này anh ta được đề xuất một số phương án hành động khi cảm thấy buồn chán hoặc cảm thấy cần kích thích tình dục. Những phương án hành động cũng không nhiều, bao gồm gọi điện đến cho gia đình hoặc đến thăm và tập trung vào những chuyện lặt vặt trong nhà. Một trong những điều mà anh ta không được làm là rời nhà vô duyên cớ, đi cho khuyây khoả bởi điền này có thể dẫn đến "tai nạn": đến những chỗ có nguy cơ cao. Cả 2 dạng can thiệp đều có tiến triển tốt sau thời điểm này và anh ta đã có những thay đổi thực sự.

STEPHEN

Khác với John, Stephen là một con người tương đối lôi cuốn, mặc dù đã ngoài 50. Ông sống chủ yếu ở London khi xảy ra phạm tội. Câu chuyện của ông gắn liền với việc kết bạn cùng những người mẹ đơn thân có các cô con gái vị thành niên. Sau một khoảng thời gian gắn, ông ta chuyển đến ở với họ. Ông ta còn lôi kéo con gái lên phòng cùng họ vào buổi sáng với cái cớ "họ có thể trở thành một gia đình hoàn hảo". Khi đã có được thói quen đó và khi không có mẹ, ông ta đã thực hiện hành vi giao cấu với ít nhất là 2 cô con gái. Ông ta đã đến chỗ trị liệu vài tháng trước khi bị gọi ra toà. Tuy vậy ông ta vẫn khẳng định rằng hành vi của ông ta là bình thường. Ông ta nói với nhà trị liệu rằng chính ông ta đã giúp đỡ những cô gái này có được niềm vui tình dục bởi: "một người đàn ông có kinh nghiệm tình dục dẫn dắt họ (những cô gái này) vào thế giới tình dục tốt hơn là những cậu bé mặt đầy tàn nhang và vụng về không biết làm cái gì". Ông ta tham gia trị liệu chỉ có vài buổi song luôn tuyên bố rằng hành vi của mình là không có gì sai trái. Sau đó ông ta bỏ trị liệu ngay trước khi được gọi ra toà. Ông ta cũng không xuất hiện ở toà án và người ta cũng chẳng còn thấy ông ta ở trong căn hộ của mình.

thiến và phẫu thuật thần kinh đã không còn được chấp nhận. Tuy nhiên tiếp cận hoá dược bằng cách dùng thuốc phong toả sự sản xuất hoặc hoạt năng của androgens, những hormon ảnh hưởng đến đáp ứng tình dục nam giới thì vẫn còn được sử dụng. Tuy vậy kết quả cũng rất khiêm tốn. Ví dụ, Berlin & Meinecke (1981) đã theo dõi 20 người đàn ông dùng thuốc chẹn adrogen; 3 người tái phạm tội trong quá trình trị liệu và tỉ lệ tái phát cao sau khi dừng thuốc. Vấn đề chính của trị liệu chống andogen là có khoảng từ 30 đến 100% số người được kê đơn đã không dùng thuốc (Barbaree & Seto, 1997). Phần lớn những người dừng thuốc là những người muốn tái phạm bởi họ không thay đổi được suy nghĩ và thái độ của mình về những hành vi lệch lạc. Hơn thế nữa, thuốc cũng có nhiều tác dụng phụ như tăng cân và teo tinh hoàn. Đây cũng là những yếu tố thúc đẩy họ bỏ thuốc. Cuối cùng những cách trị liệu này chỉ có hiệu quả đối với những người có nồng độ testosterone cao khác thường. Hầu hết

những người có hành vi loạn dục với trẻ em đều không nằm trong số đó do vậy họ không có lợi từ trị liệu cho dù họ có hoàn toàn hợp tác.

TRỊ LIỆU HÀNH VI

Cả 2 phương pháp: liệu pháp phản cảm (aversion) và phương pháp thay đổi điều kiện thủ dâm đều được dùng đối với loạn dục với trẻ em. Trong liệu pháp phản cảm, kích thích tình dục không phù hợp xuất hiện cặp đôi với sự kiện phản cảm, ví dụ như một cú điện giật nhẹ hoặc một mùi rất khó chịu. Như vậy quá trình này được xem như là điều kiện hoá trạng thái cảm xúc âm tính đối với những kích thích tình dục. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy có sự thuyên giảm ham muốn tình dục khi có kích thích (các cô bé, cậu bé). Tuy nhiên nó lại có thể không làm giảm phạm pháp. Ví dụ Rice và cs. (1991) theo dõi 136 kẻ quấy rối tình dục trẻ vô gia cư, 50 người trong số họ được trị liệu bằng phương pháp phản cảm sau khi được tha khỏi nhà tù. Trong khoảng thời gian trên 6 năm, 31% đã tái phạm tội. Tỉ lệ tái phạm ở những người được trị liệu bằng phản cảm cũng không thấp hơn so với những người không được trị liệu.

Thay đổi điều kiện thủ dâm được thực hiện bằng cách lúc đầu cá nhân tạo ra đáp ứng tình dục thông qua việc sử dụng những hình ảnh khiêu dâm ưa thích. Khi đã đạt được cương cứng, họ sẽ chuyển sang những hình ảnh phù hợp hơn, dạng như phụ nữ hoặc nam giới khoả thân. Họ tiếp tục thủ dâm để đạt đến cực khoái trong khi tập trung cao vào hình ảnh đó. Cách tiếp cận này có thể kết hợp với các loạt hình ảnh tiến dần về "bình thường". Cách tiếp cận này cũng có nhiều ưu điểm hơn so với trị liệu phản cảm. Thứ nhất, nó ít có những vấn đề về sắc tộc và dễ được thân chủ chấp nhận hơn. Thứ hai, nó không cần các dụng cụ phòng thí nghiệm và có thể thực hành sau mỗi buổi trị liệu. Mặc dù chưa có nhiều các thực nghiệm để khẳng định hiệu quả của nó song nhìn chung nó cũng được xem là có kết quả nhất định (Laws &Marshall, 1991).

NGĂN NGỪA TÁI PHÁT

Việc ngăn ngừa tái phát được thực hiện bằng cách hướng dẫn cho cá nhân:

- nhận diện được những tình huống có nguy cơ cao tái phạm những hành vi phạm pháp
- thoát ra khỏi tình huống có nguy cơ
- xem lầm lỗi cũng là một bài học
- nhận diện được các yếu tố dẫn đến tái phát và xác định được cách tránh những yếu tố đó.

Chương trình ngăn ngừa tái phát do Marques và cs. (2000) đưa ra cũng là một điển hình theo dạng này. Chương trình này bao gồm chương trình nội trú tích cực có giám sát trong bệnh viện và chương trình hỗ trợ củng cố kéo dài 1 năm sau khi được tha. Những người tham dự được học về tình dục và các kĩ năng đối phó chung, dạng như thư giãn, quản

trị stress và tức giận và các kĩ năng xã hội. Can thiệp chuyên biệt bao gồm xác định những hành vi thường xuất hiện trước hành vi phạm tội và làm thế nào để có thể cắt bỏ được chúng. Ngoài ra họ còn được thảo luận những vấn đề về mức độ trách nhiệm và cách hạn chế. Theo dõi sau 5 năm cho thấy theo dạng can thiệp này tỉ lệ tái phát là 10,8% so với 13% ở nhóm không có can thiệp – một số khác biệt rất khiêm tốn nhưng đáng kể. Chương trình này khá hiệu quả đối với những người mà nạn nhân của họ là phụ nữ song lại ít hiệu quả đối với những người mà nạn nhân của họ là nam giới. Người ta cũng chưa làm được sáng tỏ tại sao lại như vậy.

HIỆU QUẢ CỦA TRỊ LIỆU

Việc đo được hiệu quả của các chương trình dành cho những người phạm tội là rất khó khăn. Nhưng thay đổi do sự khai báo cũng cần phải lưu ý và các cứ liệu về tái phát cũng thường dựa vào số liệu của các nhà chức trách. Đây cũng chỉ là những số liệu mà mọi người đã biết. Do vậy chưa có được những nghiên cứu thuyết phục về hiệu quả của các chương trình trị liệu. Mặc dù vậy, Hall (1995) cũng đã có một siêu phân tích về hiệu quả của các dạng can thiệp khác nhau. Điều đáng chú ý là có rất nhiều người bỏ dở ở cả 2 dạng can thiệp. Nguyên nhân thường là tiền sử phạm tội phức tạp, chối tội và có những rối loạn hành vi trong nhà tù. Nhìn chung có hiệu quả nhất vẫn là chương trình ngăn ngừa tái phát và liệu pháp hormon. Cả hai hình thức can thiệp này có hiệu quả tương đương nhau. Đối với những người tham gia chương trình ngăn ngừa tái phạm, tỉ lệ tái phạm khoảng 15% trong thời gian 3 năm so với 35,5% ở nhóm người không tham gia. Còn đối với liệu pháp hormon, tỉ lệ tái phạm là 22% trong vòng 10 năm so với 36% ở những người không được can thiệp. Hall (1995) cũng thông báo có khoảng 2/3 số người tham gia vào liệu pháp hormon đã bỏ cuộc, trong số đó có hơn 50% ngay từ đầu đã không duy trì liên tục. Ngược lại, chỉ có 1/3 số người tham gia chương trình chống tái phạm là bỏ cuộc. Trên cơ sở này tác giả cho rằng chương trình phòng ngừa tái phạm có thể là một lựa chọn tốt.

Nhằm lôi kéo được nhiều người tham gia vào trị liệu, Marshall (1994) đã dùng cách tiếp cận nhóm để chuyển những người chối tội hoặc chỉ thừa nhận một phần sang những dạng can thiệp mà họ cảm thấy phù hợp nhưng chấp nhận trách nhiệm về những hành vi của mình, can thiệp được thực hiện bằng một hệ thống các buổi gặp nhóm, ở đó mỗi thành viên tham gia khi thấy cần thiết và họ sẽ rời nhóm khi tình trạng cá nhân được cải thiện. Trong các buổi gặp nhóm, cá nhân sẽ thuật lại những sự kiện dẫn đến việc họ có mặt ở đây, tập trung sâu hơn vào những sự kiện cáo buộc và trách nhiệm. Khi đã có các cứ liệu rõ ràng về hành vi phạm tội, các thành viên khác được mời phân tích sau đó họ kể lại vấn đề của họ và có tính đến những vấn đề của cá nhân đương thảo luận. Marshall (1994) có nhận xét rằng ở những người đã qua qui trình này, tỉ lệ chối tội hoặc chỉ thừa nhận một phần đã giảm đáng kể. Mặc dù đây có thể là qui trình có nhiều hứa hẹn song vẫn chưa thể xác định rằng

liệu những thay đổi đó là thực hay chỉ đơn giản là người tham gia thông báo như vậy để nhằm tách khỏi nhóm.

LIỆU CHÚNG TA CÓ THỂ DỰ BÁO ĐƯỢC NHỮNG NGƯỜI TÁI PHẠM?

Không thể dự báo được chính xác ai là người có nguy cơ tái phạm. Tuy nhiên nhiều nhà lâm sàng cũng đã xác định được những yếu tố có thể giúp dự báo. Ví dụ, Quinsey cs. (1995) đã xác định được đúng 72% số người tái phạm. Đó là những người đã có tiền sử phạm tội, gây rối, sống độc thân, trong phiếu nhân cách bệnh (psychopathy checklist) có điểm tăng cao (xem chương 11) và đã bị bắt giữ về tội phạm tình dục. Các tác giả cho rằng những yếu tố này nếu kết hợp với các cứ liệu của cá nhân về trị liệu có thể giúp đưa ra quyết định về thời hạn phạt giam hoặc được ra tù. Hiện nay những phạm nhân tình dục sau khi ra tù vẫn được cảnh sát hoặc dân cư khu vực theo dõi, giám sát. Tại một số bang nước Mĩ, những cá nhân có hành vi loạn dục với trẻ em nếu sống ở cộng đồng thì bắt buộc phải thông báo điều này cho những người sống trong khu vực. Một số người cũng kêu gọi cần áp dụng cách thức này ở Anh. Tuy vậy điều đó cũng không phải là không có nguy hiểm. Vào thời điểm khi viết phần này, báo chí Anh đã đưa tin một người bị buộc tội loạn dục với trẻ em đã bị dân làng đánh chết tại nhà riêng. Cách làm này cũng có thể gây hậu quả ngược. Ở Mĩ, khoảng 80% số người loạn dục với trẻ em được tha về cộng đồng đã được cảnh sát và các dịch vụ xã hội biết đến. Con số này ở Anh là trên 90%. Nhiều người phạm tội loạn dục với trẻ em sợ sự trả thù của dân chúng và họ muốn lẩn trốn hơn là công khai về những hành vi của mình.

Loạn dục cải trang

Loạn dục cải trang là mặc quần áo của người khác giới. DSM-IV-TR đã định nghĩa loạn dục cải trang là:

- Lặp đi lặp lại những tưởng tượng kích thích hoặc đòi hỏi tình dục với cường độ mạnh hoặc các hành vi như mặc quần áo của người khác giới trong khoảng thời gian ít nhất là trên 6 tháng ở nam giới không phải là tình dục đồng giới.
- Những tưởng tượng, đòi hỏi hoặc hành vi như vậy gây ra các rối loạn stress đáng kể về mặt lâm sàng hoặc những tổn thiệt về xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực chức năng quan trọng khác.

Chưa có nhiều chứng cứ về những rối loạn tương tự ở nữ giới. Khi chưa đến tuổi dậy thì, các cậu bé, mà sau này là những người đàn ông có các hành vi loạn dục cải trang cũng chưa có các hành vi "phụ nữ" hoặc thích mặc quần áo khác giới. Tương tự như vậy, các sở thích hoặc lựa chọn nghề nghiệp ở những người đàn ông loạn dục cải trang không có gì khác so với những người khác.

Các cậu bé loạn dục cải trang thường bắt đầu mặc quần áo khác giới ở tuổi dậy thì, ít gặp ở tuổi thanh niên trưởng thành. Đây là sự kích thích tình dục điển hình, mặc dù nhiều

người cho rằng họ thích mặc như vậy bởi họ có thích có cảm giác thích thú với quần áo và hành vi của họ không vì một động cơ tình dục nào. Với những người này, một số thì ít khi mặc, một số lại cố tình mặc đồ phụ nữ bên trong đồ nam giới. Ở tuổi thanh niên, ít người trong số này muốn để người khác tưởng lầm là phụ nữ. Tuy nhiên mặc đồ phụ nữ thường kèm theo huyễn tưởng mình là phụ nữ và những huyễn tưởng như vậy có thể là hạt nhân cho các huyễn tưởng tình dục.

Trong một nghiên cứu điều tra trên 1000 người đàn ông trưởng thành bị loạn dục cải trang, Docter và Prince (1997) cho thấy 40% luôn luôn có khoái cảm tình dục hoặc cực khoái khi họ mặc đồ phụ nữ, chỉ có 9% trong số này nói rằng họ chưa bao giờ cảm thấy như vậy. Cá nhân càng trưởng thành dần lên thì khoái cảm tình dục khi mặc đồ khác giới cũng giảm dần, thậm chí có thể mất hẳn. Tuy nhiên mong muốn mặc đồ khác giới cũng có thể vẫn tồn tại lâu dài, thậm chí còn mạnh dần lên, thậm chí có thể còn kèm theo cảm giác dễ chịu. Thiếu cơ hội để mặc đồ khác giới có thể gây ra trầm cảm hoặc bực bội. Do vậy điều dễ hiểu là nhiều người loạn dục cải trang vẫn mặc đồ lót phụ nữ bên trong đồ lót nam giới. Trong số những người được Docter và Prince (1997) điều tra, 87% số này cho rằng họ hoàn toàn có đời sống tình dục khác giới; 83% đã có vợ hoặc đã từng lấy vợ tại thời điểm điều tra; 32% số bà vợ của những người này đã biết chồng mình mặc đồ lót phụ nữ trước khi làm đám cưới; 28% hoàn toàn chấp nhận hành vi này khi đã biết; trong khi đó 19% hoàn toàn phản đối. Một điều cũng thường gặp nữa là những người loạn dục cải trang thường bỏ được thói quen mặc đồ phụ nữ ngay trong những tháng hoặc năm đầu tiên khi có bạn gái, mặc dù vẫn có những người thỉnh thoảng lại thích mặc trở lại. Nhiều người thích sự giao hợp với phụ nữ một cách "bình thường" trong khi đó một số lại thích mang đồ lót nữ để đạt được khoái cảm tình dục.

Do xã hội có thể phản ứng rất mạnh nên những hành vi loạn dục cải trang thường xuất hiện ở những nơi có thể được chấp nhận như ở gia đình, ở các câu lạc bộ hoặc tổ chức của những người loạn dục cải trang. Tuy nhiên Docter và Prince (1997) cũng thông báo có đến 71% số người trong mẫu nghiên cứu mặc đồ khác giới công khai: 10% mặc khi đi xe buyt hoặc xe lửa, 28% mặc khi đi ăn ở nhà hàng, 26% sử dụng toa lét phụ nữ và 22% tìm cách lưu trữ quần áo phụ nữ. Khi được hỏi thích là giới nào, 11% vẫn muốn là đàn ông, 28% muốn trở thành phụ nữ và 60% là lựa chọn ngang nhau.

Một số người cảm thấy ân hận và xấu hổ về những ý nghĩ và hành vi của mình. Những cá nhân như vậy có thể nhiều lần nỗ lực để trở thành bình thường nhưng không thành công. Họ có thể phá bỏ tủ đựng quần áo phụ nữ của mình sau đó lại sưu tầm, tích trữ đồ phụ nữ trong nhiều tuần hoặc nhiều tháng. Chu kỳ như vậy có thể lặp đi lặp lại ở những người trẻ tuổi, những người mà sau này dễ dàng chấp nhận hơn những cảm giác của mình. Trong mẫu nghiên cứu của Docter và Prince, 70% đã từng phá tủ quần áo ít nhất 1 lần, 45% đã từng nhờ cậy đến tư vấn.

Vẫn chưa có một nghiên cứu dịch tễ nào về tỉ lệ những người mắc chứng loạn dục cải trang do vậy người ta vẫn chưa rõ tỉ lệ này trong cư dân.

Nguyên nhân loạn dục cải trang

Cũng như loạn dục với trẻ em- người ta đã xác định được có những yếu tố nguy cơ xã hội, tâm lí đối với loạn dục cải trang mặc dù chưa thu được nhiều cứ liệu về các yếu tố này.

MỐI QUAN HỆ VỚI CHA MẸ

Người ta đã đưa ra khá nhiều giả thuyết gia đình khác nhau, nhiều khi trái ngược nhau về loạn dục cải trang. Newcomb (1985) nhận thấy rằng những người đàn ông loạn dục cải trang cũng giống như những người đàn ông khác, thường cho rằng cha mẹ mình kém thích hợp trong vai trò tình dục và thường là sự miễn cưỡng, tẻ nhạt. Cách tiếp cận này đưa ra một số mô hình các quá trình cần thiết. Tuy nhiên ở những người mà sau này bị chứng loạn dục cải trang lại thường chọn những vai trò của người đàn ông khi còn nhỏ và điều này lại trái ngược với giả thuyết.

Giả thuyết thứ 2 thì cho rằng điểm cơ bản nhất là sự thù địch đàn ông của người mẹ đã ảnh hưởng đến con. Zucker và Bradley (1995) đã đưa ra bằng chứng rằng những cậu bé sau này xuất hiện loạn dục cải trang đã có tỉ lệ cách li với mẹ rất cao so với bình thường. Đây có thể là sự phản ánh thái độ thù địch của người mẹ đối với đàn ông.

MÔ HÌNH HÀNH VI

Một giả thuyết cho rằng loạn dục cải trang là do hồi còn nhỏ, cá nhân đã được mặc quần áo khác giới, thường là do mẹ hoặc một người phụ nữ khác và thường được dùng như là một dạng trừng phạt với cái tên gọi "phạt mặc váy". Có rất nhiều ví dụ được đưa ra (Stoller, 1968) song vẫn chưa thể giải thích được tại sao người lớn lại lựa chọn hành vi đã được dùng để trừng phạt họ. Stoller thì lí giải rằng đó có thể là một dạng vượt lên trừng phạt. Tuy nhiên nhiều nhà lâm sàng lại cho rằng những sự cố cưỡng ép mặc đồ khác giới là rất ít mà thường là chính đứa trẻ khởi đầu những hành vi như vậy. Những mô hình củng cố mang tính chất ước lệ nhiều hơn (Crawford và cs. 1993) thì cho rằng nếu trẻ được tiếp xúc với đồ vật phụ nữ và thấy thích thú khi được sờ mó hoặc thủ dâm khi mặc thì điều này có thể là sự củng cố cho quá trình tiếp tục những hành vi như vậy.

MÔ HÌNH PHÂN TÂM

Ovesey và Person (1973) cho rằng quá trình phân tâm dẫn đến loạn dục cải trang xuất hiện sau khi cá nhân đã củng cố được cảm giác đàn ông. Các bà mẹ của họ là những người nhiệt tình và ủng hộ họ, cha thì có sự cách biệt lại hay đe doạ, thậm chí hay mắng mỏ hoặc sỉ nhục hay hành hạ về thể xác. Hậu quả là người mẹ đã quay trở lại chiều chuộng con trai những gì mà bà ta có được từ hôn nhân. Bà ta mặc quần áo đẹp trước mặt con trai đồng

thời cổ vũ cậu bé mặc đồ phụ nữ hoặc vào bên trong hoặc ra bên ngoài. Bằng cách đó, bà ta cho rằng tự mình đạt được những khoái cảm tình dục. Tuy nhiên đây lại cũng là sự đè nén những thích thú thực sự bằng cách khước từ tính đàn ông. Đứa trẻ cảm thấy dễ chịu vì sự gần gũi song cũng cảm thấy tội lỗi. Cậu ta cho rằng mẹ muốn cậu ta mặc đồ con gái là nhằm làm phai mờ hình ảnh người cha. Sự gần gũi với mẹ và nhận thức thấy có sự ganh đua với người cha đã ngăn cản việc giải quyết phức cảm Oedipe một cách suôn sẻ (xem chương 2).

Sau thời kỳ ấu thơ, cá nhân lại kiếm cách trở lại với mẹ với góc độ là một đối tượng phụ thuộc và cách thu hút sự chú ý đối với những phụ nữ giống mẹ, có thể chấp nhận thậm chí ủng hộ việc mặc đồ khác giới. Những người loạn dục cải trang đã trưởng thành thường hay quay trở lại mặc đồ khác giới vào những giai đoạn có nhiều stress hoặc mặc đồ lót phụ nữ như là một phương tiện bảo vệ.

Quần áo phụ nữ được dùng như là phương tiện bảo vệ theo 3 cách:

- nó là biểu tượng của người mẹ và làm sống mãi sự phụ thuộc và tiếp tục nhu cầu được mẹ che chở
- nó là biểu tượng của tự thiến, sự khuất phục chiếu lệ đối với những địch thủ đàn ông nhằm né tránh sự trả thù của họ
- che dấu tính đàn ông để làm tiêu tan sự nghi ngờ của đối thủ.

Quần áo che dấu dương vật, biểu tượng sức mạnh đàn ông và chối bỏ những dự định thù địch, cho phép cá nhân tránh được sự khám phá của đối thủ. Điều này không chỉ làm giảm lo âu mà còn làm tăng cảm giác về sức mạnh đàn ông. Ovesey và Person (1973: 69) còn cho rằng "loạn dục cải trang đó là siêu nhân trong trang phục phụ nữ".

Trị liệu loạn dục cải trang

Loạn dục cải trang không phải là một trạng thái cần phải trị liệu. Tuy nhiên đối với những người mà hành vi của họ ảnh hưởng đến các mối quan hệ hoặc cảm thấy không chấp nhận được những hành vi đó thì có thể cần đến trị liệu. Chính những vấn đề hôn nhân thường dẫn đến nỗ lực làm thay đổi hành vi hoặc bắt đầu trị liệu. Các bà vợ thường chán ghét, ác cảm với những hành vi của chồng, thậm chí cho dù họ đã biết từ trước (Bullough & Weinberg, 1998).

Trị liệu thường tập trung vào những thành tố tình dục của hành vi loạn dục cải trang. Dạng trị liệu thường dùng là liệu pháp phản cảm và thay đổi huyễn tưởng tình dục. Một số chương trình liệu pháp phản cảm cũng thu được kết quả nhất định. Marks cs. (1970) cho biết 2/3 số người tham gia vào liệu pháp phản cảm bằng điện đã có sự cải thiện kéo dài khoảng 2 năm sau. Trong khi đó, chỉ có một số người ở nhóm đối chứng là có sự cải thiện. Cách trị liệu thứ 2 đối với loạn dục cải trang là tái luyện tập thủ dâm. Ở đây cá nhân tiến hành thủ dâm với đối tượng tình dục do anh ta lựa chọn, kể cả việc tự mình hay người khác mặc đồ lót phụ nữ. Khi chuẩn bị đạt đến cực khoái cá nhân ngay lập tức chuyển sang tưởng

tượng với đối tượng tình dục "bình thường". Nhiều mô tả nghiên cứu ca và nghiên cứu phi kiểm soát cho thấy phương pháp này có kết quả tốt (Laws &Marshall, 1991).

Rối loạn xác định giới

Ngược lại với loạn dục cải trang khi người đàn ông mặc đồ như phụ nữ nhưng anh ta vẫn xác định mình là đàn ông, những người bị rối loạn xác định giới (GID-gender identity disorder) tin rằng họ bị sinh nhầm giới tính. DSM-IV-TR đã định nghĩa:

- ý nghĩ dai dẳng mình là người giới khác
- luôn cảm thấy khó chịu với giới của mình hoặc cảm nhận không phù hợp về vai trò giới của mình
- Có các rối loạn stress đáng kể về mặt lâm sàng hoặc có những tổn thiệt về mặt xã hội, nghề nghiệp hoặc những lĩnh vực quan trọng khác.

Ở độ tuổi thanh niên và tuổi trưởng thành, GID được thể hiện với những dấu hiệu ban đầu như tin rằng mình bị sinh "nhầm giới" và mong muốn xoá bỏ những tính cách giới ban đầu. Nhiều người bị rối loạn này đã đề nghị được phẫu thuật để chuyển đổi giới mà họ cho là phù hợp. Họ trở thành loạn dục cải trang. Những người khác không thay đổi cơ bản như vậy song họ cũng cố mặc những quần áo để người khác dễ ngộ nhận họ là người giới khác- giới mà họ mong muốn. Những người có GID thường tìm cách gây sự chú ý tình dục của người cùng giới. Tuy nhiên cũng chưa có tỉ lệ cụ thể về những trường hợp này.

Hầu hết những người có GID, trong tiền sử thời nhỏ thường xuyên có những hành vi khác giới. Các cậu bé có thể là không chơi với bạn con trai mà tích chơi với đám con gái hơn. Chúng thường mặc quần áo nữ và muốn lớn lên thành con gái. Một số còn tuyên bố rằng dương vật và hòn dái chẳng qua là sự nhầm lẫn và chúng hy vọng rằng khi lớn, bằng cách nào đó nó sẽ chuyển thành âm hộ. Các cô bé thì không chịu đái ngồi, chúng không muốn vú to ra và có kinh nguyệt. Chúng cũng có thể từ chối mặc quần áo dành cho con gái. Green và Blanchard (1995) cho rằng có thể phát hiện được những thái độ và hành vi như vậy ở độ tuổi dưới 3 tuổi. Tuy vậy những đặc điểm này không phải là bất biến. Nhiều trẻ lớn lên sẽ có những hành vi phù hợp giới hơn.

Nguyên nhân rối loạn xác định giới

CÁC YẾU TỐ SINH HỌC

Người ta chưa thấy có những yếu tố di truyền của GID. Những nghiên cứu về hormon sinh dục cũng rất khó đưa ra kết luận bởi lẽ có nhiều người có GID đã dùng hormon giới tính đối lập theo một chương trình trị liệu hoặc ngoài chợ đen. Mặc dù có những khó khăn về giải thích song chưa có cứ liệu nào ủng hộ giả thuyết hormon. Khái quát chung các cứ liệu, Gladue (1985) cho thấy có rất ít sự khác biệt về hormon giữa những người đàn ông có GID, đàn ông bình thường và những người tình dục đồng giới. Ở phụ nữ,

kết quả cũng tương tự như vậy. Meyer – Bahlung (1979) chỉ tìm thấy một số phụ nữ có GID là có nồng độ hormon nam cao, hầu hết là bình thường.

Một cách giải thích khác về hormon thời kỳ trước khi sinh có thể ảnh hưởng đến hành vi và có thể cả đến xác định giới. Điều này có thể xảy ra đối với cả 2 giới. Con gái của những phụ nữ trong thời kỳ mang thai dùng hormon nam giới để phòng băng huyết tử cung có xu hướng tăng cao những hành vi nam tính ở độ tuổi nhà trẻ- mẫu giáo (Ehorhardt & Money, 1967). Những cậu bé có mẹ dùng hormon nữ trong thời kỳ mang thai thì những hành vi nam tính ít hơn so với các bạn cùng lứa, ít tham gia vào những trò chơi của con trai (Yalom và cs., 1973). Tuy nhiên chưa có bằng chứng về sự chán ghét giới tính của mình ở cả 2 nhóm.

Mặc dù đã có không ít nghiên cứu thất bại trong việc tìm kiếm sự khác biệt giữa não của những người GID và những người không có song cũng đã có một nghiên cứu cũng đã thu được những bằng chứng cho phép nghĩ đến cơ sở thần kinh của rối loạn này. Zhou cs. (1995) đã tiến hành nghiên cứu sinh thiết não ở 6 người đã chuyển đổi giới từ nam sang nữ. Các tác giả đã phát hiện thấy khu vực nghèo tế bào vân tận cùng (Stria terminalis) và nhỏ hơn đáng kể so với những người đàn ông khác. Quả vậy, kích thước của vân tận cùng được tìm thấy điển hình với phụ nữ, chỉ bằng một nửa so với nam giới. Tuy nhiên ý nghĩa thực tiễn của điều này vẫn chưa rõ ràng, mặc dù vân tận cùng được biết là có tham gia điều hành những hoát động tình dục ở chuột đực. Cũng có thể điều này đóng vai trò nhất định trong rối loạn xác định giới.

NHỮNG GIẢI THÍCH PHÂN TÂM HỌC

Phân tâm học cho rằng những người đàn ông loạn dục chuyển đổi giới có sự xác định giới không rõ ràng. Theo Ovesey và Person (1973), loạn dục chuyển đổi giới ở đàn ông khởi nguồn từ những lo âu bị cách ly thời nhỏ, trước khi có được sự xác định giới. Để nhằm giải toả lo âu, cá nhân đã có huyễn tưởng đồng nhất với mẹ. Bằng cách đó, mẹ và con được hợp nhất và bằng cách này, nguy cơ cách ly đã được loại trừ. Trong ý nghĩ của những người loạn dục chuyển đổi giới anh ta sẽ trở thành người mẹ và giữ chặt lấy những nỗ lực huyễn tưởng thay đổi ý thức về giới từ nam chuyển sang nữ.

Để giải thích mong muốn thay đổi dương vật, Ovesey & Person (1973) nhấn mạnh rằng những người loạn dục chuyển đổi giới không lo lo sợ bị thiến như những cậu bé khác. Dương vật là bằng chứng hiển nhiên rằng cậu ta không thể hợp nhất với mẹ. Cũng với lí do như vậy, cậu ta từ chối những hoạt động tình dục đồng giới bởi điều này có ý khẳng định rằng cậu ta là đàn ông. Do vậy các cậu bé này dường như chối bỏ những trải nghiệm tình dục và nhìn chung hiểu biết hạn hẹp về tình dục, kể cả thủ dâm. Nói tóm lại, động cơ an toàn đã chiếm ưu thế động cơ tình dục và đó cũng là kết quả của sự lo sợ bị mẹ bỏ rơi từ thời thơ ấu.

ĐIỀU KIỆN HOÁ SỚM

Có thể nói lí thuyết về GID được chấp nhận nhiều nhất chính là điều kiện hoá sớm. Cha mẹ của những người mắc GID thường nói rằng họ luôn quan tâm và chú ý đến con cái khi chúng mặc quần áo khác giới. Điều này dường như đúng với các cậu bé, khi chúng được dạy cách trang điểm và một số hành vi phái nữ (Green, 1987). Những yếu tố tinh vi hơn có thể biểu hiện trong trò chơi. Những cô bé nghịch ngợm thường cũng có cha mẹ như vậy và cũng thường gắn kết, tôn sùng bố. Điều này cho phép nhận định rằng những hành vi như vậy đã được học từ cha mẹ và được thưởng khi thể hiện (Zucker và cs. 1994)

Kinh nghiệm điều kiện hoá cũng có thể giải thích tại sao rối loạn xác định giới ở trẻ nhiều hơn so với những người trưởng thành. Những trải nghiệm tuổi thơ được gia đình khuyến khích. Tuy nhiên khi trưởng thành lên, cá nhân chịu ảnh hưởng của nhiều người khác nhau: bạn bè cùng lứa, thầy cô giáo v.v… Và như vậy do những quá trình củng cố khác nhau, những hành vi của trẻ có thể bị "phạt" nên dẫn đến những kết quả khác nhau. Tuy nhiên cách tiếp cận này cũng khó giải thích đối với những trường hợp cá nhân có niềm tin sai lệch vững chắc về giới và sự kháng đối với bất kỳ một dạng trị liệu tâm lí nào.

Trị liệu rối loạn xác định giới

TRỊ LIỆU TÂM LÍ

Hầu hết những người có GID đều kháng trị liệu tâm lí. Do vậy cũng chưa thấy có những thử nghiệm lâm sàng nhằm thay đổi xác định giới được công bố. Tuy nhiên cũng đã có những thông báo về một số trường hợp cho thấy có thể thay đổi được hành vi và thái độ song chủ thể phải thực sự có mong muốn, hoặc thậm chí ngay cả khi họ không tìm kiếm một sự giúp đỡ nào. Barlow cs. (1973) thông báo trường hợp can thiệp với một thanh niên 17 tuổi cũng đã từ chối tái cam kết phẫu thuật chuyển đổi giới. Can thiệp bao gồm hướng dẫn những hành vi, phong thái và kĩ năng xã hội của "đàn ông". Can thiệp này đã có hiệu quả cuối đợt trị liệu, cá nhân đã cảm thấy những sự khác biệt giữa sự xác định giới về mặt sinh học với tâm lí. Trường hợp can thiệp thứ 2 là một cậu bé 5 tuổi, mặc đồ phụ nữ đã 2 năm trước khi bắt đầu trị liệu (Rekers & Lovaas, 1974). Các nhà trị liệu đã đề nghị cha mẹ cậu bé khởi đầu chương trình trị liệu hành vi. Trong chương trình này, họ phải cổ vũ những hành vi mang tính đàn ông, bao gồm cả những đồ chơi với trò chơi giống đực và vật nhau. Họ cũng phải phê phán những hành vi nữ tính, ví dụ như chơi với búp bê. Chương trình đã đạt được kết quả trong việc thay đổi hành vi sau 2 năm. Điều này cho phép nhận định rằng sự phát triển những hành vi liên quan đến GID có tính mềm dẻo nhất định.

PHẪU THUẬT

Nhiều người có GID đã đề nghị được phẫu thuật chuyển đổi giới. Đây là một loại phẫu thuật phức tạp và chia làm nhiều giai đoạn. Đối với nam chuyển sang giới nữ, trị liệu

được khởi đầu ít nhất là 1 năm trước khi phẫu thuật (xem hộp 10.2). Đầu tiên cá nhân bắt đầu dùng hormon nữ oestrogen. Hormon này sẽ dần làm thay đổi về cơ thể như vú to ra, da mềm đi. Có thể chuyển mỡ từ vai xuống hông để tạo dáng nữ.

Sau khi bắt đầu, hormon thường không được dùng đều đặn. Cùng lúc đó cá nhân đi chạy điện phân để làm thay đổi kiểu tóc đàn ông. Họ cũng bắt đầu tập nói giọng nữ. Ngay từ thời kỳ đầu một số người đã đi phẫu thuật thẩm mỹ để làm thay đổi nét mặt cho giống với phụ nữ. Hầu hết những thay đổi này đều hồi phục. Phần lớn những thay đổi không dễ chịu đều quay trở lại ít nhất là sau một năm, khi mà cá nhân cần phải sống như một phụ nữ. Chỉ khi "giai đoạn thử" hoàn toàn thành công thì mới thực hiện phẫu thuật. Qui trình này bao gồm cắt bỏ dương vật và tạo âm hộ. Điều này có thể đảm bảo cho giao hợp bình thường.

Quá trình chuyển đổi từ nữ sang nam cũng tương tự như vậy. Liệu pháp hormon sẽ làm thay đổi hình dạng cơ thể, tái phân bố mỡ và làm trầm giọng nói. Tuy nhiên phẫu thuật sẽ khó khăn hơn và thường tí thành công. người ta có thể phẫu thuật tạo được dương vật song nhìn chung là nhỏ và không có khả năng cương cứng. Và như vậy không thể thực hiện được hành vi giao hợp nếu không có sự trợ giúp của các phụ kiện nhân tạo. Phẫu thuật có thể bao gồm cắt cả 2 dạ con và tử cung.

Hậu quả tâm lí và xã hội của phẫu thuật nhìn chung là tốt. Theo số liệu của Viện Wessex về nghiên cứu và phát triển sức khoẻ (1998), 2 năm sau phẫu thuật giới tính, những người được phẫu thuật đã thăm gia đình và bạn bè thường xuyên hơn, hay ra ngoài ăn và có các hoạt động thể thao và tình dục nhiều hơn. Họ cũng có được những kết quả nhỏ nhoi trong công việc, uống rượu bia, đi nhà hát, xem phim. Y.L.S.Smith và cs. (2001) đã nghiên cứu theo dõi trong vòng 4 năm nhóm thanh thiếu niên, những người không phẫu thuật và những người phẫu thuật. Trong khoảng thời gian này, không ai trong số những người được phẫu thuật tỏ ra ân hận về lựa chọn của mình. Họ đều cho rằng họ cảm thấy tốt hơn cả về mặt tâm lí và xã hội. Còn đối với những người không phẫu thuật, nhìn chung họ cảm thấy không tốt lắm mặc dù họ cũng có thể đạt được một sự tiến bộ nào đó trên các thang đo khác nhau như loạn cảm xúc giới tính, không hài lòng với cơ thể. Tuy nhiên những tiến bộ đạt được cũng rất khác nhau tuỳ theo mức độ can thiệp phẫu thuật. Những kết quả tích cực trong các nghiên cứu không kiểm soát đạt được chủ yếu ở các khía cạnh như kiểu dáng thẩm mĩ, chức năng tình dục, tự đánh giá, biểu tượng về cơ thể, cuộc sống gia đình, các mối quan hệ xã hội, tình trạng và sự thoả mãn tâm lí. Chỉ có một số rất ít có những tai biến sau phẫu thuật bao gồm phải thường xuyên tái nhập viện và tự sát. Cũng có những vấn đề mới nảy sinh về việc tái cam kết phẫu thuật. Một số cá nhân có thể yêu cầu phẫu thuật không đau, các điều kiện liên quan đến công việc, gia đình, vợ chồng, con cái và bạn bè một khi giới tính của họ thay đổi.

Hộp 10.2 Những vấn đề của rối loạn xác định giới

Tiếp cận phẫu thuật chuyển đổi giới ở nước Anh là khá hạn chế. Trước đây do các nguồn phục vụ chăm sóc sức khoẻ chưa tương thích nên dạng phẫu thuật này không được ưu tiên và rất nhiều người có GID rất khó tìm được nơi để phẫu thuật. Nếu không được thì có thể đặt vấn đề với Cơ quan Dịch vụ chăm sóc sức khoẻ Quốc gia. Nhiều người đã lựa chọn dịch vụ phẫu thuật tư của các chuyên gia trong những công ty tư nhân, ví dụ như TRANSFORM. Tại đây cá nhân được đánh giá mức độ phù hợp giới, được tiến hành liệu pháp hormon trong 1 năm để chờ đợi phẫu thuật và cố gắng sống như một người giới khác, sau đó là phẫu thuật và các hỗ trợ sau phẫu thuật.

Simon là một người đàn ông 30 tuổi đã bắt đầu qui trình này. Anh ta đã được thăm khám và đánh giá là ca có thể thực hiện được. Simon đã bắt đầu trị liệu hormon. Vào thời gian phỏng vấn anh ta đã mô tả điều gì dẫn đến quyết định phẫu thuật chuyển đổi giới và những khó chịu mà anh ta gặp phải:

Tôi rất bực. Tôi biết mình có một cơ thể không phù hợp và không ai có thể thuyết phục được rằng tôi đã sai. Đã từ lâu lắm rồi, kể từ khi tôi nhớ được, tôi đã cảm thấy như thế. Tôi muốn có vú, muốn trở thành con gái, có kinh nguyệt, muốn giải thoát dương vật. Tôi rất khó chịu khi cứ buộc phải chịu đựng những cái mà tôi cho rằng không phải là mình. Thực ra thì cũng tương đối ngại phải chấp nhận điều này và phải đi đến cùng. Tuy nhiên đó cũng là điều tôi muốn…

Tôi cưới vợ và cũng cố để thích nghi. Tôi cũng rất yêu cô ấy. Tuy nhiên là không phải theo kiểu thể xác. Chúng tôi không quan hệ tình dục… cô ấy cũng không phải là người của tình dục. Chính vì vậy mà tôi chăm sóc cô ấy. Cô ta không hấp dẫn nhưng là một người tốt, do vậy đối với tôi điều đó thật dễ chịu, khi mà tình dục không phải là một vấn đề lớn. Điều này có lẽ thật không phải, song chúng tôi là những người bạn tốt của nhau, sống hoà thuận với nhau. Tôi cũng đã cố gắng giữ bí mật. Tôi có một góc nhỏ trong tủ quần áo cất giấu đồ phụ nữ. Tôi mặc nó khi vợ đã đi làm. Khi đó cảm thấy rất tự nhiên và thật là tuyệt vời. Chỉ khi đó tôi mới cảm thấy được mình là mình, là người mình muốn. Tôi còn có bộ tóc giả, mĩ phẩm và đồ nữ trang nên tôi cảm thấy tôi như là phụ nữ. Điều bí mật đã bị lộ khi có lần vợ tôi trở về nhà khi tôi đang mặc đồ phụ nữ và tôi đã phải cố gắng lắm để giải thích cho cô ta hiểu rằng tôi cảm thấy như thế nào và muốn gì. Cô ta nhận ra rằng tôi muốn thay đổi giới tính. Chúng tôi sẽ sống với nhau cho đến khi cơ thể tôi thay đổi do dùng hormon. Nhưng rồi cô ta vẫn muốn sống với tôi mặc cho điều đó diễn ra. Tôi cũng không hiểu cái gì sẽ xảy ra. Vậy là… tôi mặc đồ phụ nữ và đội tóc giả cả ngày. Cô ta biết vậy nhưng vẫn chấp nhận… tôi không phải là "kẻ chuyển đổi" (chuyển đổi giới tính), tôi muốn hơn thế – chỉ mặc đồ phụ nữ đối với tôi là chưa đủ. Họ (những người chuyển đổi) là những người đàn ông thích thể hiện là phụ nữ. Còn tôi luôn luôn muốn là người phụ nữ thực sự. Tuy nhiên sự việc lại dần đi theo hướng tồi tệ hơn. Tôi đã đến chỗ phỏng vấn của Bệnh viện Charing Cross và họ đã chấp nhận tôi vào chương trình của họ. Tuy nhiên y tế địa phương lại không quan tâm đến chuyện này mặc dù tôi đã có thư từ bác sĩ riêng và bác sĩ tâm thần rằng tôi cần phải làm. Do vậy tôi buộc phải đến Transform. Họ gửi tôi tới nhà tâm lí để đánh giá sau đó chấp nhận tôi vào chương trình. Thật là tuyệt với song tôi lại không có tiền nên không thể làm theo con đường thẳng. Tôi rất buồn, buồn ghê gớm. Tôi thật sự cần thay đổi nhưng chẳng ai giúp đỡ tôi cả. Đã có lúc tôi thực sự nghĩ đến tự sát… Tôi nghĩ như vậy là chẳng thay đổi được gì… và tôi cũng không nói gì với vợ và tôi lại càng buồn…

Tôi phải dùng thuốc chống trầm cảm cho đến bây giờ... Tôi nghĩ rằng thuốc đã giúp tôi được ít nhiều... tôi cũng chưa biết làm cách nào để có tiền cho phẫu thuật... tôi có thể bán nhà song như thế thì không phải với vợ tôi, vậy là tôi tạm bằng lòng với việc dùng hormon và tìm cách thay đổi, nhưng tôi cũng chưa biết làm cách nào...

Nhiều người buộc phải từ bỏ môi trường cũ mặc dù họ cảm thấy tự tin hơn trong vai trò giới mới. Họ cũng có thể gặp nhiều khó khăn trong việc thích ứng xã hội và được người khác chấp nhận.

Trị liệu hormon không chỉ làm thay đổi cơ thể mà nó còn kéo theo những biến đổi về tâm lí nhận thức. Van Goozen và cs. (1995) đã thông báo về ảnh hưởng của trị liệu hormon giới tính ảnh hưởng đến các quá trình nhận thức và hành vi. Trong số những phụ nữ chuyển đổi sang nam giới bằng androgens thấy có hiện tượng tăng tính xâm kích, tăng kích thích tình dục và năng lựcđịnh hướng không gian, giảm điểm số trên thang đo mức độ lưu loát ngôn ngữ. Đối với nhóm người chuyển đổi từ nam sang nữ , các tác giả thấy những hiện tượng ngược lại: ít cáu giận, giảm hung tính, giảm kích thích tình dục và giảm khả năng định hướng không gian. Trong khi đó mức độ lưu loát ngôn ngữ lại tăng. Những người đàn ông chuyển đổi sang phụ nữ đang dùng oestrogen cũng cho thấy điểm số trong các bài tập liên tưởng đôi cũng tăng đáng kể so với nhóm không dùng oestrogen (Miles và cs. 1998).

Tóm tắt chương

1. Có 2 loại rối loạn tình dục chính: các rối loạn đáp ứng (trong đó có cả rối loạn chức năng cương cứng và co thắt âm đạo) và các rối loạn ham muốn, rối loạn tình dục đa dạng (paraphilias).
2. Rối loạn chức năng cương cứng có thể là do các yếu tố cơ thể song chủ yếu là do các yếu tố tâm lí. Những yếu tố thường gặp là lo âu, thường là do mặc cảm về làm tình và "biểu diễn".
3. Co thắt âm đạo cũng là do lo âu thúc đẩy.
4. Trị liệu bằng các phương pháp tập trung vào cảm giác và đối mặt từ từ đều có tác dụng với cả 2 loại rối loạn.
5. Rối loạn tình dục đa dạng chủ yếu được xem như là do các quá trình điều kiện hoá thời nhỏ, mặc dù các rối loạn tình dục đa dạng chuyên biệt có thể có nhiều yếu tố nguyên nhân.
6. Loạn dục với trẻ em có thể là do những quá trình điều kiện hoá, ít gắn bó trong thời kỳ trưởng thành, nghèo nàn trong các mối quan hệ tình dục, trong sự gắn kết tình cảm với con cái và nghèo nàn trong các quá trình như hiểu biết về pháp luật đối với những hành vi của mình.

7. Rất nhiều người bị ngồi tù cho những hành vi lạm dục với trẻ em không tham gia vào chương trình trị liệu. Đối với những người tham gia, các chương trình có hiệu quả hơn cả là: các chương trình hành vi nhận thức hướng đến việc nhận thức rõ hành vi và xây dựng các chiến lược đối phó đối với những tình huống có nguy cơ cao. Tái điều kiện hoá thủ dâm cũng có thể làm thay đổi đối tượng thoả mãn tình dục. Các liệu pháp hormon cũng có thể có hiệu quả kéo dài khi vẫn tiếp tục dùng thuốc, tuy nhiên thân chủ thường kém kiên trì và nguy cơ tái phát cao khi dừng thuốc.
8. Loạn dục cải trang không phải là "rối loạn" và không cần phải trị liệu, tuy nhiên một số người cũng tìm kiếm trị liệu do áp lực xã hội và hôn nhân.
9. Loạn dục cải trang thường được xem là hậu quả của các quá trình điều kiện hoá, do vậy việc trị liệu bao gồm cả tái điều kiện hoá bằng cách tái sử dụng các kĩ thuật thủ dâm. Tiếp cận gây phản cảm ít được sử dụng vì lí do sắc tộc.
10. Rối loạn xác định giới là trường hợp cá nhân cảm thấy họ không đúng với giới của mình và muốn đổi giới.
11. Chúng ta còn chưa hiểu biết nhiều về GID. Chưa tìm thấy những bằng chứng về sinh học, còn các mô hình tâm lí giải thích cũng chưa có sự thống nhất.
12. Những người có GID thường phản đối trị liệu tâm lí, hầu hết đều tìm đến phẫu thuật và trị liệu bằng hormon và cũng hầu hết những người này đều cảm thấy hài lòng khi chất lượng cuộc sống được cải thiện.

Câu hỏi thảo luận

1. Loạn dục cải trang có đúng là một "rối loạn" tình dục thực sự?
2. Do có những khó khăn trong việc trị liệu đối với những người có hành vi loạn dục trẻ em, vậy họ phải được quản lí trong bệnh viện hay một cơ sở nào đó để tránh nguy cơ cho xã hội? Nếu để họ sống trong cộng đồng thì liệu có phải thông báo cho mọi người về nơi ở của họ?
3. Can thiệp thay đổi hành vi có thể làm cho hành vi của một cá nhân trẻ phù hợp hơn với giới song nó có thể là sự củng cố những định hình văn hoá, không phù hợp về mặt sắc tộc và có thể đi ngược lại với những mong muốn tốt đẹp nhất của trẻ, vậy ai có thể được tự do thể hiện hành vi và tình dục theo cách mình lựa chọn.
4. Tình trạng buộc phải sống độc thân ở người lớn liệu có làm tăng nguy cơ loạn dục với trẻ em? Nếu có thì tại sao?

Chương 11
CÁC RỐI LOẠN NHÂN CÁCH

Các rối loạn nhân cách ảnh hưởng đến phần lớn cuộc đời của những cá nhân đó. Một số lượng đáng kể trong những rối loạn này đã được nhận diện, trong đó, rối loạn khép kín hoặc các rối loạn dạng phân liệt mang một số đặc trưng của các rối loạn khác nhưng không đến mức độ phải đưa ra một chẩn đoán chính thức. Những trạng thái khác, bao gồm nhân cách ranh giới hay nhân cách bệnh, khác biệt đáng kể so với bất cứ chẩn đoán nào khác của DSM. Chương này bắt đầu bằng một phác thảo lí thuyết tổng quát về các rối loạn nhân cách, trước khi tìm hiểu cách nhìn về những rối loạn này như một hạng mục chẩn đoán phân biệt. Không thể có một cái nhìn bao quát đối với tất cả các rối loạn nhân cách chỉ trong khuôn khổ một chương sách. Do đó, toàn bộ chương sẽ tập trung vào hai loại rối loạn nhân cách chủ yếu thường được nghiên cứu: nhân cách ranh giới và nhân cách chống đối xã hội. Đến cuối chương, bạn sẽ nắm được:

- Lí thuyết chung về các rối loạn nhân cách
- Những khó khăn trong hạng mục chẩn đoán rối loạn nhân cách
- Căn nguyên của nhân cách ranh giới và cách điều trị rối loạn này
- Những định nghĩa khác nhau về hành vi chống đối xã hội, nhân cách bệnh, căn nguyên của chúng và các hướng can thiệp có tiềm năng.

Các rối loạn nhân cách

DSM-IV-TR đã định nghĩa rối loạn nhân cách như một mẫu bền vững của những trải nghiệm và hành vi bên trong lệch hướng đáng kể so với sự trông đợi của nền văn hoá vào cá nhân, ở ít nhất hai trong số các khía cạnh sau: nhận thức, cảm xúc, mối quan hệ liên cá nhân hoặc sự kiềm chế xung năng. Mẫu hình hành vi này khó thay đổi, tồn tại lâu dài và thâm nhập vào tất cả các tình huống cá nhân hay xã hội. Người ta tìm thấy dấu hiệu khởi phát của nó từ tuổi vị thành niên hoặc đầu thời ấu thơ. Nó thường đi kèm với một sang chấn tâm lí lớn hay sự tổn thiệt đáng kể.

Mặc dù các rối loạn luôn có sự chồng chéo lên nhau, đến mức rất khó phân biệt loại này với loại khác, làm dấy lên mối lo lắng về độ tin cậy và tính hiệu lực của các chẩn đoán, song DSM-IV-TR xác định 10 rối loạn nhân cách, chia thành 3 nhóm như sau:

- Nhóm 1: "*Kiểu lập dị*" - paranoid, khép kín và dạng phân liệt
- Nhóm 2: "*Kiểu phô trương hay đóng kịch*" - chống đối xã hội, đóng kịch, ái kỉ, ranh giới
- Nhóm 3: "*Kiểu sợ hãi và lo lắng*" –né tránh, phụ thuộc, ám ảnh cưỡng bức.

Tính chất chính của mỗi rối loạn được tóm tắt trong bảng 11.1. Mức độ phân bố trong dân cư của những rối loạn khác nhau như sau: 0,4% dân số đối với rối loạn nhân cách paranoid và ái kỉ, 4,6% đối với rối loạn nhân cách ranh giới (Davidson 2000). Những rối loạn nhân cách thường đi kèm với những rối loạn khác về cảm xúc/khí sắc. Cũng theo nghiên cứu nói trên, từ 24-27 % người rối loạn nhân cách cũng bị trầm cảm chủ yếu, và khoảng từ 4-20% bị trầm cảm lưỡng cực. Tuy không biết chính xác tần số xảy ra đồng thời của rối loạn lo âu, nhưng người ta cho rằng ở những người rối loạn nhân cách, tỉ lệ này lớn hơn so với tỉ lệ chung (Davidson 2000). Nhìn chung, rối loạn chống đối xã hội và ái kỉ phổ biến hơn ở nam, trong khi đó rối loạn kiểu đóng kịch và rối loạn ranh giới lại phổ biến hơn ở nữ (APA 2000).

Theo định nghĩa, rối loạn nhân cách là những nét nhân cách tương đối ổn định theo thời gian. Tuy nhiên, Loranger và cs. (1994) đã chỉ ra rằng nhiều rối loạn có vẻ ít ổn định hơn so với suy nghĩ ban đầu của người ta về nó. Ví dụ, nhân cách khép kín hoặc nhân cách phụ thuộc hoàn toàn không ổn định ngay trong một khoảng thời gian ngắn. Trong khi đó, mức độ phổ biến của chống đối xã hội giảm xuống khi tuổi tăng lên, thể hiện khả năng điều chỉnh hành vi theo thời gian. Trong nghiên cứu tiến cứu dài nhất được báo cáo từ trước đến nay, Paris và Zweig Frank (2001), đưa ra tuổi 27 - độ tuổi kết thúc bệnh ở một nhóm cá nhân có rối loạn nhân cách ranh giới. Đến tuổi này, chỉ có 5/64 người còn có những triệu chứng phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán: trong suốt thời gian theo dõi sau đó, chỉ có 10% tìm đến tự sát.

Cho đến gần đây, chẩn đoán rối loạn nhân cách chỉ là tương đối. Ví dụ, Widiger và cs. (1987) đã thông báo rằng, trong số những người bị chẩn đoán là nhân cách ranh giới (dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM III), 55% cũng có thể được chẩn đoán là bị rối loạn dạng phân liệt. DSM-IV-TR đã điều chỉnh, song chỉ làm giảm chứ không xoá bỏ được bất cập này. Sự phát triển của phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc làm cho các chẩn đoán thống nhất hơn, loại hình phỏng vấn này hiện đã kết hợp với những triệu chứng trong các hạng mục chẩn đoán chính của trầm cảm, lo âu, TTPL, v.v… Loranger và các cs. (1994) cho thấy tỉ lệ thống nhất giữa các chẩn đoán cũng khá khác nhau- thay đổi từ 75% đối với chẩn đoán rối loạn nhân cách thể paranoid đến 89% đối với kiểu nhân cách ranh giới và phụ thuộc.

Bảng 11.1 Những đặc điểm chính của các rối loạn nhân cách khác nhau

Rối loạn	*Những đặc điểm then chốt cho chẩn đoán*	
Paranoid	- Bận tâm và nghi ngờ tính đáng tin cậy của người khác - Biết được ý nghĩa sâu xa hoặc ý nghĩa đáng sợ của những sự kiện thông thường	- Hoài nghi người khác - Miễn cưỡng tin vào người khác hoặc tin vào người khác một cách sợ hãi
Khép kín	- Né tránh những mối quan hệ gần gũi, thân mật - Ít có những hoạt động mang lại hứng thú	- Lựa chọn những hoạt động đơn độc - Cảm xúc "lạnh"
Dạng phân liệt	-Ý tưởng về sự liên quan - Có những niềm tin kỳ quặc và nhiều ý nghĩ bí ẩn - Những biểu tượng tri giác bất thường - Hay nghi ngờ	-Tình cảm hạn chế hoặc không thích hợp -Thường hay lo âu quá mức trong những tình huống xã hội có liên quan đến các nỗi sợ hãi hoang tưởng
Chống đối xã hội	- Thất bại trong việc thích nghi với những chuẩn mực xã hội; thường xuyên có hành vi bất hợp pháp - Xung động, bốc đồng - Hung hăng hoặc dễ kích động	- Bất chấp sự an toàn của bản thân và người khác - Thiếu sự ăn năn, hối hận - Lừa đảo
Đóng kịch	- Có nhu cầu trở thành trung tâm của mọi sự chú ý - Có những hành vi lôi cuốn tình dục không thích hợp -Tạo ra bề ngoài lôi kéo sự chú ý	- Biểu hiện cảm xúc nông cạn - Thân mật đến mức bị đánh giá sai trong các mối quan hệ
Ranh giới	- Sợ bị từ bỏ - Làm phiền tự do người khác - Cảm giác trống rỗng	- Các mối quan hệ cá nhân chóng vánh và không ổn định - Cố ý làm tổn hại bản thân lặp đi lặp lại

Ái kỉ	- Quan trọng hoá bản thân một cách phô trương - Tưởng tượng về thành công, sức mạnh - Nhu cầu được ái mộ thái quá	- Quá phóng túng trong các mối quan hệ cá nhân - Thiếu sự thông cảm - Đố kỵ và ngạo mạn
Phụ thuộc	- Đòi hỏi được bảo đảm quá mức trong các quyết định của cuộc sống hàng ngày - Sợ bất đồng với người khác	- Sợ một mình - Nhu cầu được bao bọc thái quá
Ám ảnh cưỡng bức	- Bận tâm đến những quy tắc và chi tiết - Cầu toàn - Tích trữ các đồ vật	- Không thể giao công việc cho người khác - Keo kiệt, tiết kiệm

Quan điểm chiều hướng thách thức với DSM

Bất chấp những tiến bộ trong cách xác định và phân loại của DSM, một số người (chẳng hạn như Widiger và Costa 1994) vẫn đưa ra lí luận rằng không thể chẩn đoán người có những nét nhân cách như vậy là rối nhiễu hay có bệnh tâm thần (xem chương 1). Tính cách và trải nghiệm ở những người này không khác biệt so với người bình thường. Bởi thế nên coi họ đang ở tình trạng phân tán cao nhất các thuộc tính của nhân cách hơn là khác biệt tuyệt đối so với chuẩn mực chung. Sau đây là giả định mô tả sơ lược về rối loạn nhân cách chống đối xã hội, được đưa ra bởi *mô hình 5 yếu tố về nhân cách* dành cho rối loạn nhân cách chống đối xã hội (Costa và McRae 1995):

- *Trạng thái nhiễu tâm nhẹ*: thiếu quan tâm đúng mức tới những vấn đề của sức khỏe hay sự điều chỉnh xã hội; nhạt nhẽo về mặt cảm xúc.
- *Ít hướng ngoại*: cô lập về mặt xã hội, tách mình ra khỏi các mối quan hệ liên cá nhân và thiếu một hệ thống hỗ trợ xã hội; cảm xúc cùn mòn; thiếu niềm vui và sự say mê cuộc sống; miễn cưỡng khẳng định bản thân hoặc thừa nhận các vai trò xã hội, thậm chí cả khi được đánh giá cao; hạn chế về mặt xã hội và nhút nhát.
- *Thiếu cởi mở:* khó thích nghi với thay đổi về xã hội và con người; kém chịu đựng hoặc ít hiểu được những quan điểm khác hay các kiểu sống khác; lạnh nhạt về cảm xúc và không thể hiểu cũng như diễn đạt thành lời những cảm giác của chính mình; mất nhận thức cảm xúc; thu hẹp phạm vi hứng thú; vô cảm với nghệ thuật và thẩm mĩ; tuân theo quyền lực một cách thái quá.

- *Khó đồng tình:* ý nghĩ hoài nghi và ý tưởng giống hoang tưởng; không có khả năng tin tưởng ngay cả bạn bè hay gia đình; dễ nổi cáu; luôn sẵn sàng đánh nhau; thích liều lĩnh và lôi kéo; nói dối; ứng xử thiếu lịch sự và thiếu quan tâm làm cho bạn bè xa lánh, làm hạn chế sự cảm thông từ phía xã hội; thiếu tôn trọng những quy tắc xã hội dẫn đến rắc rối với pháp luật; cảm giác về bản thân được thổi phồng và phô trương; kiêu căng ngạo mạn.
- *Thiếu lương tâm:* làm việc kém; không đáp ứng những tiềm năng trí tuệ và nghệ thuật; biểu hiện học thuật liên quan đến khả năng nghèo nàn; vô kỉ luật và thiếu trách nhiệm dẫn đến những rắc rối với pháp luật; không có khả năng tự kỉ luật với bản thân (chẳng hạn như tuân theo chế độ ăn uống hay kế hoạch tập luyện) thậm chí cả khi bị yêu cầu vì những lí do y tế; không quan tâm đến bản thân và có những mối bận tâm bâng quơ.

Quan điểm chiều hướng này không chỉ được đưa ra trong lĩnh vực lí thuyết và triết học mà nó còn tỏ ra hữu dụng hơn trong việc tiên lượng, so với hướng tiếp cận của DSM. Chẳng hạn, Ullrich và cs. (2001) tìm ra rằng kết quả test nhân cách còn có thể dùng để tiên lượng những hành vi lệch chuẩn tiếp theo tốt hơn so với các hạng mục chẩn đoán rối loạn nhân cách chống đối xã hội. Qua các nhà lâm sàng, Heumann và Morey (1990) cũng đã nhận thấy điểm chiều hướng đáng tin cậy hơn so với chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM.

Mô hình nhận thức

Beck và cs. (1990) đã đưa ra cái nhìn rất mới trong giải thích rối loạn nhân cách. Họ cho rằng về mặt di truyền học, đáp ứng nhận thức - thần kinh, bao gồm những đáp ứng ảnh hưởng đến nhận thức, cảm xúc và hành vi, đều đã được lập trình trước. Những đáp ứng này có thể thích nghi ở một số giai đoạn phát triển, nhưng ở một số giai đoạn khác lại kém thích nghi hơn. Chẳng hạn, hành vi cạnh tranh có thể có lợi trong việc tìm kiếm, đào thải, song lại bất lợi đối với liên kết xã hội và hợp tác lẫn nhau.

Theo Beck và các đồng nghiệp của ông, cái mà chúng ta gọi là rối loạn nhân cách chính là biểu hiện không thích hợp của những đáp ứng được lập trình sẵn đó. Họ cho rằng những hành vi đó, tự thân nó không có vấn đề, mà vấn đề là do sự thiếu thích nghi và phản ứng sai lệch của cá nhân đối với môi trường. Hầu hết chúng ta, qua kinh nghiệm sống, đặc biệt là những trải nghiệm thời thơ ấu mà học được cách thích nghi hành vi của mình. Tuy nhiên, đối với một số người, kinh nghiệm thơ ấu có thể duy trì và củng cố những đáp ứng đã được lên chương trình trước. Chẳng hạn đứa trẻ có bản chất nhút nhát, không được bố mẹ tán thưởng song lại được che chở thái quá, nó sẽ có cách cư xử tương tự với môi trường xung quanh. Kết quả là, nó thất bại trong việc phát triển chuỗi kĩ năng đương đầu và đi đến chỗ tin rằng con đường duy nhất để sống sót trong thế giới của người lớn là trở nên phụ thuộc và quỵ luỵ. Nhân cách người trưởng thành là kết quả của sự kết hợp giữa những đáp

ứng được lập trình sẵn đó với các trải nghiệm tuổi thơ. Sơ đồ nhận thức máy móc phát triển cùng với thời gian, mỗi sơ đồ đó đều góp phần chi phối hành vi của cá nhân. Ví dụ, niềm tin rằng mình là người tồi tệ sẽ dẫn đến tự trừng phạt bản thân; tin rằng mình không xứng đáng với tình yêu dẫn đến tránh né sự gần gũi, v.v…

Tương tự mô hình của mình về trầm cảm, 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. Như thế, thay vì hoạt hoá thích hợp với từng giai đoạn, sơ đồ tiềm ẩn này hoạt hoá thường xuyên hơn ở những người rối loạn nhân cách. Coi sơ đồ này là yếu tố trung tâm gây ra mọi rối loạn nhân cách, mô hình nhận thức giải thích cho sự đa dạng trong biểu hiện tính cách và hành vi. Do những kinh nghiệm trẻ thơ và trưởng thành khác nhau (và có lẽ cả những đáp ứng nhận thức - thần kinh được lập trình sẵn khác nhau) mà nội dung của sơ đồ này có thể không giống nhau, nhưng cấu trúc tiềm ẩn thì là như nhau. Một số niềm tin dẫn đến các "kiểu" nhân cách khác nhau gồm có:

- *Nhân cách né tránh*:

  + Bản thân: về mặt xã hội lạc lõng và thiếu bản lĩnh

  + Người khác: phê phán ngầm, không thích thú và đòi hỏi

  + Niềm tin: bản thân vô giá trị và không được thương yêu: "Nếu mọi người lại gần tôi, họ sẽ khám phá ra con người thật của tôi và sẽ chối bỏ tôi - điều đó thật không thể chịu đựng được".

- *Nhân cách phụ thuộc*:

  + Bản thân: đòi hỏi, yếu ớt, tuyệt vọng và thiếu bản lĩnh

  + Người khác: cần một người "trông nom" theo cách lí tưởng; có thể biểu hiện tốt nếu có sự xuất hiện của họ, song lại không thể làm như thế nếu không có họ

  + Niềm tin: "Tôi cần những người khác - nhất là một người mạnh mẽ - thì mới tồn tại được".

- *Rối loạn nhân cách khép kín*

  + Bản thân: tự phụ và cô độc

  + Người khác: bắt người khác phải chịu đựng; tính khép kín khiến người khác dè dặt với cá nhân

  + Niềm tin: "Bản chất của tôi là cô đơn", "Tôi có thể làm mọi việc tốt hơn khi người khác không làm tôi vướng víu".

Theo Young và Lindemann (1992), những sơ đồ liên quan nhiều nhất đến rối loạn nhân cách là sơ đồ về nhu cầu được an toàn, nhu cầu về sự tự quản, về những ham muốn, tự thể hiện bản thân, thoả mãn và tự kiểm soát bản thân. Một khi đã được hình thành, chúng sẽ

tự thực hiện công việc của mình và được duy trì thông qua 3 quá trình khác nhau: duy trì sơ đồ, tránh né sơ đồ và bù trừ sơ đồ. Quá trình duy trì sơ đồ xảy ra khi cá nhân, bằng nhận thức méo mó và những mẫu hành vi "tự thất bại" của mình, kháng lại các thông tin hoặc chứng cứ phủ nhận sơ đồ. Sự tránh né sơ đồ liên quan đến những hoàn cảnh có thể kiểm soát hoặc cung cấp thông tin chống lại sơ đồ. Cuối cùng, sự bù trừ sơ đồ chính là bù đắp quá đáng cho một sơ đồ tiêu cực bằng việc hành động theo cách đối lập với nội dung của sơ đồ. Khi những hành động này không đạt được kết quả tốt, nó quay trở lại củng cố sơ đồ ban đầu. Ví dụ về một phụ nữ nhút nhát, luôn tin rằng bản thân mình kém hấp dẫn đối với đàn ông, nhưng lại tỏ ra thích tán tỉnh người khác. Khi người đàn ông mà cô tán tỉnh phát hiện cô là người thu mình và trầm lặng, họ từ chối cô, làm cho cô tổn thương, thì niềm tin của cô rằng mình kém hấp dẫn càng được củng cố.

Rối loạn nhân cách ranh giới

DSM-IV-TR định nghĩa rối loạn nhân cách ranh giới gồm các mối quan hệ liên cá nhân, hình ảnh bản thân, tình cảm không ổn định và có xung động rõ rệt. Nó khởi phát từ đầu thời thơ ấu và bao gồm 5 trong số những triệu chứng sau đây:

- nỗ lực điên cuồng để tránh sự chối bỏ có thật hoặc chỉ là tưởng tượng
- chuỗi các mối quan hệ liên cá nhân chóng vánh và không ổn định, đặc trưng bởi sự luân phiên giữa lí tưởng hoá và mất giá trị
- nhận thức về bản thân bị nhiễu: hình ảnh bản thân không ổn định dai dẳng
- xung động trong ít nhất hai lĩnh vực, xu hướng tiềm ẩn tự làm hại bản thân (như sử dụng chất gây nghiện/chất kích thích, lái xe liều lĩnh)
- hành vi tự sát tái diễn nhiều lần hoặc hành vi tự làm bản thân tổn thương; có thể bao gồm cả những lời đe doạ và cử chỉ, điệu bộ được lặp đi lặp lại
- cảm giác trống rỗng dai dẳng
- giận dữ quá mức một cách không thích hợp hoặc khó kiểm soát cơn tức giận của bản thân
- ý tưởng hoang tưởng liên quan đến stress ngắn hạn hoặc các triệu chứng phân li trầm trọng.

Người ta cho rằng khoảng 2% dân số Mỹ, trong đó nữ chiếm khoảng 75%, mắc phải rối loạn này (APA 2000). Đặc trưng của nó là bắt đầu ở tuổi vị thành niên và tiếp tục kéo dài đến tuổi trưởng thành. Ý tưởng và hành vi tự sát rất phổ biến: tới 9% người có rối loạn này đã chuyển sang tự sát. Tự làm hại bản thân, cụ thể là cắt tay, cắt chân hoặc thân mình, tự thiêu hoặc các hành động cắt xé khác cũng rất thường xảy ra. Những hành vi này xuất phát từ việc cá nhân phải trải nghiệm các cảm xúc âm tính như giận dữ hoặc lo âu, cố ngăn

chặn những ký ức đau buồn hoặc kêu gào được giúp đỡ. Cá nhân có thể thực hiện hành vi này theo kiểu lôi kéo sự quan tâm của người khác, để điều khiển các mối quan hệ hoặc ứng xử của người khác xung quanh mình. Họ thường có các mối quan hệ ngắn ngủi và thân mật quá mức, luôn sợ hãi cùng cực rằng mình sẽ bị từ chối. Điều này khiến họ hoảng loạn khi nghĩ rằng mình cô độc, dẫn đến hành vi tự huỷ hoại bản thân để níu kéo và duy trì các mối quan hệ có nguy cơ tan vỡ ("Nếu anh bỏ em, em sẽ tự làm đau mình…")

Nguyên nhân của rối loạn nhân cách ranh giới

YẾU TỐ SINH HỌC

Các nghiên cứu về gen chỉ ra rằng nguy cơ bị rối loạn nhân cách ranh giới, phần nào đó có thể là hậu quả của yếu tố di truyền, mặc dù những chứng cứ không đủ thuyết phục. Về mặt phương pháp luận, giả định này cũng không hoàn chỉnh. Dahl (1994) lưu ý rằng, chứng cứ được đưa ra lại dựa trên những nghiên cứu đã thất bại khi tiến hành đánh giá độ tin cậy của các chẩn đoán đối với họ hàng của những người rối loạn; những nghiên cứu này đã không ngăn chặn được những chẩn đoán tiềm tàng khác, và/hoặc đã sử dụng điểm giới hạn thấp một cách không hợp lí trong các thang chẩn đoán. Không có một hệ thống não hay một chất dẫn truyền thần kinh nào đơn lẻ liên quan đến chẩn đoán rối loạn nhân cách, mặc dù xung động, một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán, có liên quan đến mức độ thấp của serotonin (Gurvits và cs. 2000). Phương pháp chụp cắt lớp PET (positron emission tomography) cũng chỉ ra khả năng thuỳ trán bị huỷ hoại, đây là nơi điều khiển cảm xúc và lên kế hoạch hành động (Goyer và cs. 1994).

YẾU TỐ VĂN HOÁ - XÃ HỘI

Nguy cơ bị rối loạn nhân cách tăng lên bởi nhiều yếu tố xã hội. So với dân số nói chung, người có nhân cách ranh giới thường bị bố mẹ bỏ mặc. Có nhiều người khác quan tâm đến họ, song họ phải chịu đựng việc bố mẹ li dị, qua đời hoặc phải trải qua những chấn thương tâm lí lớn trong tuổi thơ như bị lạm dụng tình dục hay loạn luân (Brown và Anderson 1991). Phát hiện này cho thấy tỉ lệ người có nhân cách ranh giới có thể thay đổi tuỳ theo sự đa dạng của các yếu tố xã hội thúc đẩy hay làm hạn chế những mối quan hệ gia đình thân mật. Nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này, Paris (1991) cho rằng thời điểm sự đổ vỡ trong gia đình và xã hội tăng lên rất có thể liên quan đến mức độ trầm trọng của rối nhiễu. Khi một nền văn hoá đánh mất tính ổn định của nó, thì những cá nhân trong đó cũng vậy, và tỉ lệ phần trăm dân số có cảm giác bị xa lánh, có hình ảnh bản thân lệch lạc, lo âu thái quá và sợ bị bỏ rơi cũng tăng lên. Cùng với ý kiến này, Paris lưu ý rằng tỉ lệ rối loạn có vẻ đang tăng lên, song những thay đổi trong tiêu chuẩn chẩn đoán phủ nhận phát hiện đó và người ta đòi hỏi nhiều chứng cứ hơn nữa để minh chứng cho cách lí giải này.

Các quá trình tâm lí làm cho những yếu tố xã hội chiếm ưu thế trong kinh nghiệm cá nhân. Những nhà lí thuyết về mối quan hệ của sự vật (ví dụ như Kernberg 1985) cho rằng do những kinh nghiệm tiêu cực trong thời thơ ấu, cá nhân phát triển một cái "tôi" yếu đuối và luôn đòi hỏi sự ổn định. Họ sử dụng một cơ chế phòng vệ gọi là *sự phân nhóm* (splitting), phân chia sự vật thành những thứ "hoàn toàn tốt" hoặc "hoàn toàn xấu"; họ thất bại trong việc nhìn nhận cùng lúc những khía cạnh tiêu cực và tích cực của bản thân cũng như của người khác (Klein 1927: xem chương 2 cuốn sách này). Không thể tìm ra ý nghĩa của mâu thuẫn ở bản thân hay người khác, họ gặp khó khăn trong điều chỉnh cảm xúc, nhất là khi họ luôn luôn nhìn nhận thế giới như một nơi hoặc là "hoàn hảo", hoặc là "bi thảm".

Các nhà lí thuyết thuộc trường phái nhận thức (như Young và Lindemann 1992) lại cho rằng những kinh nghiệm tiêu cực từ thời thơ ấu sẽ phát triển thành sơ đồ kém thích nghi về tự xác định cái tôi và về mối quan hệ với người khác. Các sơ đồ này gồm những niềm tin dẫn cá nhân đến chỗ tự trừng phạt bản thân ("Tôi là người tồi tệ"); đến mức lẩn tránh sự gần gũi ("Không ai có thể yêu tôi"); hay phụ thuộc quá mức vào người khác (" Tôi không thể tự giải quyết được"). Tự làm hại bản thân được duy trì bởi quá trình dễ thấy như thế này: Bằng cách đe doạ tự làm hại bản thân mình, cá nhân kiểm soát thành công hành vi của người khác, và sau đó cá nhân sử dụng phương thức này như một cách giải quyết vấn đề. Khi không tìm được phương pháp giải quyết thay thế, người rối loạn nhân cách ranh giới tiếp tục dùng đến kiểu chiến lược này, thậm chí ngay cả khi nó đem lại thất bại.

Bảng 11.2 Ví dụ về một cơn tự làm hại bản thân và sự phát triển các chiến lược ứng phó

Điều gì xảy ra trước một cơn tự làm hại bản thân?	Hai giờ trước khi ăn cơm với bố mẹ. Họ câm lặng, không nói chuyện với nhau. Tôi cảm thấy bị mắc nghẹt ở giữa, không thể ăn nổi
Những cảm xúc dẫn đến hành vi tự phá huỷ bản thân	Tê liệt, chết lặng
Những ý nghĩ liên tưởng	Tôi không cảm thấy gì cả. Tôi chẳng là cái gì hết
Hành vi tự huỷ hoại bản thân	Cắt vào đùi mình bằng một lưỡi dao cạo
Cảm xúc	Không có một cảm giác gì; đau khi cắt vào đùi mình
Những ý nghĩ liên tưởng	Ít nhất thì tôi cũng thấy đau, tôi có thể cảm nhận một điều gì đó
Hậu quả	Có nhiều vết sẹo ở đùi
	Máu vấy lên quần áo

	Cảm thấy hổ thẹn
	Căm ghét bản thân mình
Cách thức ngừng làm hại bản thân	Đi ngủ hoặc nghe nhạc thật to
	Căng hết các cơ của mình lên
	Cho những viên nước đá chảy trong tay mình

Nguồn: Davidson (2000)

Cảm xúc âm tính mạnh mẽ là hậu quả của những niềm tin lệch lạc, chúng có thể kéo theo hành vi tự làm hại bản thân. Nhiều người rối loạn nhân cách ranh giới cảm thấy tê liệt hoặc bị tan rã ngay trước hoặc trong khi họ tự làm hại bản thân mình. Theo cách này, tự làm hại bản thân được viện đến như một phương thức chạy trốn khỏi những cảm xúc mà cá nhân không chịu đựng được, nó có thể không đi kèm với cảm giác đau đớn thể chất. Trong một số trường hợp khác, khi cá nhân cảm thấy lúng túng và không kiểm soát được, họ tìm đến bất cứ sự đau đớn nào mà họ từng trải nghiệm và coi đó như một hình thức tự làm cho vị thế và tự xác định cái tôi của mình trở nên có giá trị (xem bảng 11.2). Theo mô hình lí thuyết nhận thức này, việc cá nhân sử dụng phương thức tự làm hại bản thân để trốn tránh những đau đớn về mặt cảm xúc hay để thao túng người khác là biểu hiện của nỗi lo sợ liên cá nhân cao độ, tự đánh giá thấp bản thân và thiếu các chiến lược lựa chon để đương đầu với những sang chấn tâm lí cá nhân.

Trị liệu rối loạn nhân cách ranh giới

Trị liệu những người bị rối loạn nhân cách ranh giới không phải là việc dễ dàng, và người ta tiến hành rất ít thực nghiệm để kiểm tra hiệu quả của các liệu pháp. Roth và cs. (1998) đã thử vạch ra những mục tiêu toàn diện của trị liệu và một số nguyên tắc có thể mang lại hiệu quả cho những người cần đến trị liệu. Họ đưa ra những gợi ý như sau:

- Liệu pháp tâm lí tỏ ra có hiệu quả hơn đối với những rối loạn nhân cách nhẹ.
- Đối với những người dưới 30 tuổi, tự sát là nguy cơ lớn nhất. Phòng ngừa nguy cơ này (còn quan trọng hơn là "chữa") có thể là một mục tiêu trị liệu hợp lí.
- Đối với những cá nhân bị trầm cảm mạn tính, sống nội tâm nhưng có sự ủng hộ xã hội lớn và ít xung động, trò chuyện là liệu pháp có hiệu quả nhất.
- Với những người xung động mức độ cao, liệu pháp nhóm sẽ giúp ích được cho họ. Họ cần đến một nhà trị liệu tỏ ra ủng hộ và cảm thông cố gắng chống lại những xung năng không kiểm soát được ở họ.

- Sự tận tâm và nhiệt tình của nhà trị liệu là điều vô cùng quan trọng, và việc thân chủ tìm được đúng nhà trị liệu của mình càng quan trọng hơn.

Vì đây là một rối nhiễu phức tạp, bao gồm chính mối đe doạ tự làm hại bản thân, nên các liệu pháp dành cho người rối loạn nhân cách nhất thiết phải đa dạng; khi sử dụng một hướng tiếp cận nào, cần phải khống chế nó trong khả năng cá nhân có thể đương đầu với những liệu pháp chuyên biệt. Đôi khi, người bị rối loạn nhân cách ranh giới phải nhập viện do các triệu chứng trở nên trầm trọng. Trong thời kỳ đầu áp dụng liệu pháp, bệnh nhân thường cảm thấy những buổi trị liệu rất căng thẳng, thế nên, hoặc là họ bỏ giữa chừng, hoặc là tự làm hại bản thân mình theo cách nào đó. Khi đó, nhập viện một thời gian là rất cần thiết. Bệnh viện là môi trường an toàn, ở đó những hành vi của họ được quan sát và kiểm soát; đảm bảo rằng cả nhà trị liệu lẫn bệnh nhân đều biết là bất cứ hành vi xung động tự làm hại bản thân nào diễn ra cũng sẽ bị quan sát và xử lí.

LIỆU PHÁP NHẬN THỨC

Mục đích của liệu pháp nhận thức là nhận diện và thay đổi nhận thức cũng như những sơ đồ tiềm ẩn điều khiển các hành vi không thích hợp. Tuy nhiên, điểm đặc trưng của liệu pháp này là nó thường được kết hợp với một số chiến lược khác như phát triển ở bệnh nhân kế hoạch tập trung vào vấn đề (problem-focused plans) để đương đầu với ý muốn tự làm hại bản thân, với các rối loạn cảm xúc, cảm giác muốn tự tử, cải thiện mối quan hệ, v.v… Tuỳ thuộc hành vi nào tỏ ra có vấn đề và cấp thiết nhất trong thời điểm đó mà người ta quyết định sử dụng cách giải quyết và chiến lược nào (Davidson 2000).

Một trong những mục đích quan trọng nhất của liệu pháp là giảm thiểu nguy cơ tự làm hại bản thân. Cụ thể là phải xác định những gì diễn ra trước khi tự làm hại bản thân, những suy nghĩ và cảm xúc trong giai đoạn này và hậu quả của hành vi tự làm hại (xem bảng 11.2). Xác định được một giai đoạn như thế là tiền đề để đi đến can thiệp, việc này giúp phòng ngừa ham muốn tự làm hại bản thân, hoặc giúp cá nhân có những hành động thay thế tại thời điểm có nguy cơ tự làm hại bản thân cao. Tự làm hại bản thân thường liên quan đến một hành vi có cường độ lớn, như nghe nhạc rất to hoặc gây đau đớn, nhưng chưa đến mức huỷ hoại bản thân, chẳng hạn siết một quả bóng cho đến khi đau các cơ. Mức độ nghiêm trọng của tự làm hại bản thân có thể là hành vi tự sát. Khi đó, để giảm thiểu nguy cơ, cần sử dụng những chiến lược đặc biệt như giải quyết vấn đề và xác định lí do để tồn tại (xem chương 8).

Bộ chiến lược thứ hai nhằm giúp cho cá nhân chịu được tình trạng rối loạn cảm xúc. Một kĩ thuật hữu dụng được biết đến là sự lưu tâm (mindfulness)(Kabat-Zinn và cs. 1992). Kĩ thuật này hướng dẫn thân chủ tập trung sự chú ý của mình vào một yếu tố đặc biệt của môi trường hoặc bản thân khi gặp stress: hiểu rõ những suy nghĩ và cảm xúc, nhưng quan sát chúng theo cách vô tư, khách quan. Họ học cách "đứng lùi lại" đằng sau những suy

nghĩ và cảm giác đau khổ của chính mình, qua đó trở thành một *"người tham gia quan sát"*. Qua thực hành, liệu pháp này giúp cho cá nhân hiểu rõ về những cảm xúc của mình, chấp nhận chúng nhưng không phản ứng với chúng. Khi gặp phải các trạng thái cảm xúc bất lợi, cá nhân có thể làm như thế này: cố tình "khiêu khích" cảm xúc khó chịu ấy, chẳng hạn bằng cách nghe nhạc vui vẻ hoặc nói chuyện với một người bạn. Ở phương pháp khác, cá nhân dành thời gian rảnh rỗi để chăm sóc bản thân. Điều này vừa liên quan đến những hoạt động bản năng như ăn uống điều độ, nghỉ ngơi vừa đủ, chăm sóc giấc ngủ, vừa liên quan đến những hoạt động phức tạp như học cách trì hoãn và suy nghĩ trước khi hành động theo cách tự huỷ hoại bản thân. Rất cần hướng dẫn những kĩ năng xã hội cho thân chủ, nhằm giúp họ phát triển hiệu quả những mối quan hệ có tính ủng hộ và xây dựng.

Bất cứ sự can thiệp nào sử dụng những chiến lược nói trên đều phải mất ít nhất 9 tháng mới có hiệu quả (Davidson 2000). Còn có rất ít nghiên cứu về can thiệp nhận thức trên số lượng lớn, hầu hết đều là các nghiên cứu trường hợp. Turner (1989) mô tả một loạt 4 trường hợp sử dụng kết hợp thuốc với can thiệp tâm lí. Để được bảo vệ khỏi những cảm xúc mạnh mà liệu pháp tâm lí có thể gây ra, những người tham gia vào nghiên cứu này, trong 6 tháng đầu trị liệu, được chỉ định dùng alprazolam, một loại benzodiazepine. Liệu pháp tâm lí bao gồm:

- *đối mặt tưởng tượng* với những tình huống khác nhau, trong đó người tham gia đã gặp phải những vấn đề về cảm xúc, với mục tiêu hướng dẫn khả năng chịu đựng stress cảm xúc ở mức độ cao.
- *cấu trúc lại nhận thức* bao gồm việc xác định các nhận thức sai lệch, thay thế bằng những nhận thức thích hợp hơn cũng như tập dượt những phản ứng để thích nghi với các vấn đề trong cuộc đời thực.
- *huấn luyện các kĩ năng liên cá nhân,* bao gồm huấn luyện kĩ năng lắng nghe có phản hồi và trò chơi đóng vai.

Can thiệp theo cách này tỏ ra có hiệu quả, làm giảm đáng kể mức độ lo âu, trầm cảm và tần suất tự làm hại bản thân. Kết quả này duy trì trong 2 năm đối với tất cả những người từng được áp dụng và trong 3 năm đối với 3 người tham gia.

Linhan và cs. (1993) tiến hành một đánh giá kiểm tra những cách điều trị tương tự, đã thấy rằng những người từng được trị liệu ít làm hại bản thân hơn so với nhóm được điều trị ngoại trú hàng ngày, mặc dù mức độ tự làm hại bản thân ở 2 nhóm đều cao: tỉ lệ này là 63% so với 96% trong 1 năm tiếp theo sau khi trị liệu. Những người tham gia vào phương pháp can thiệp chủ động này có khả năng điều chỉnh xã hội và biểu hiện trong công việc tốt hơn, số lượng ngày điều trị nội trú cũng ít hơn so với nhóm đối chứng. Thành viên của nhóm đối chứng trung bình nằm viện 33 ngày, còn những người trong nhóm được can thiệp chỉ nằm viện trung bình 7 ngày.

HUẤN LUYỆN NHẬN BIẾT CẢM XÚC

Theo Farrell và Shaw (1994), người có nhân cách ranh giới thiếu khả năng hiểu và mô tả trạng thái cảm xúc của mình. Huấn luyện nhận biết cảm xúc là một chương trình có cấu trúc, nhằm thử thách và hướng dẫn bệnh nhân nhận thức cảm xúc của chính mình. Farrell và Shaw cho rằng, một khi đạt được điều này, cảm xúc của cá nhân sẽ ổn định hơn, cá nhân điều hoà những cơn xúc động của mình tốt hơn, dẫn đến giải quyết vấn đề và điều chỉnh các quan hệ liên cá nhân hiệu quả hơn. Chương trình này vận hành dựa trên hệ thống thứ bậc nhận thức về cảm xúc, bắt đầu bằng việc nhận biết các cảm giác thể chất, thông qua nhận biết sự chuyển động và cảm giác của cơ thể, nhận biết các thái cực khác nhau của cảm xúc và sự khác biệt cũng như sự kết hợp của những cảm xúc đối lập, cho đến khi thấu hiểu được những cảm xúc tràn ngập và cảm xúc ít phân cực hơn. Một bài tập cơ bản có thể diễn ra như thế này: cá nhân đứng ở một góc xa cuối phòng, sau đó đi từng bước thật chậm về phía nhà trị liệu. Khi anh ta đi, nhà trị liệu yêu cầu anh ta mô tả lại từng cảm xúc mà anh ta đang trải nghiệm. Bằng cách lặp lại bài tập này, nhà trị liệu yêu cầu thân chủ rút ra mối liên quan giữa cảm xúc của họ trong suốt quá trình làm bài tập và cảm xúc ở bên ngoài buổi trị liệu. Những buổi trị liệu cấp cao hơn sử dụng đến kĩ thuật kiểm soát suy nghĩ, hành vi, cảm xúc; sử dụng kĩ năng làm giảm muộn phiền. Cho đến nay, đã có nhiều thử nghiệm kiểm tra hiệu quả của phương pháp can thiệp này (xem mục 11.1).

LIỆU PHÁP HOÁ DƯỢC

Từ những năm 1980, đã có các thực nghiệm kiểm tra tính hiệu quả của liệu pháp hoá dược trong điều trị rối loạn nhân cách ranh giới. Những thực nghiệm này đưa ra các kết quả trái ngược. Soloff và cs. (1993) chỉ ra rằng, thuốc an tĩnh (tranquillizer), haloperidol có tác dụng thu hẹp phạm vi của các triệu chứng, bao gồm lo âu, thù nghịch và những ý tưởng hoang tưởng. Song nghiên cứu tiếp theo trên cùng một nhóm khách thể lại không tái tạo lại được kết quả nói trên. Thuốc 3 vòng tỏ ra không có hiệu quả, ngay cả trong điều trị những triệu chứng trầm cảm. Trên thực tế, sau khi dùng thuốc này, ở một số bệnh nhân, đe doạ tự sát, ý tưởng tự sát và hành vi xâm kích lại tăng lên (Soloff và cs. 1986). Theo đó, ngoại trừ thuốc an tĩnh, bao gồm những loại mới hơn như reserpine, có thể giúp cho một số cá nhân (xem chương 3) thì cho đến nay, liệu pháp hoá dược vẫn không phải là một phương pháp trị liệu hiệu quả đối với rối loạn nhân cách ranh giới.

Nhân cách chống đối xã hội và nhân cách bệnh

Thuật ngữ nhân cách chống đối xã hội và nhân cách bệnh thường được sử dụng thay thế nhau. Thực tế, hạng mục DSM-IV-TR dành cho nhân cách chống đối xã hội đã kết hợp chẩn đoán rối loạn này với nhân cách bệnh, đây là điểm khác biệt so với DSM III. Những người chỉ trích DSM-IV-TR cho rằng cố gắng này đã thất bại, và rằng không thể đồng nhất 2 loại bệnh với nhau: chúng có những tính chất khác nhau và có hậu quả lâu dài. Theo Hare

http://www.ebook.edu.vn

và cs. (2000), DSM-IV-TR vẫn mô tả một cá nhân chống đối xã hội như người có những hành vi phạm pháp. Ngược lại, nhân cách bệnh ngầm ẩn về mặt cảm xúc (cả âm tính và dương tính); hành vi của cá nhân bắt nguồn từ nhu cầu tìm kiếm cảm giác mạnh cũng như bất cứ lợi ích nào khác. Hành vi chống đối xã hội có xu hướng giảm dần khi tuổi tăng dần; còn nhân cách bệnh thì không.

Hộp 11.1 Rối loạn nhân cách ranh giới của Sarah

Đây là những gì nhà trị liệu thu hoạch được khi làm việc với một người rối loạn nhân cách ranh giới, sử dụng hướng tiếp cận thú vị là "trị liệu không liệu pháp" (non-therapy therapy).

Sarah 31 tuổi, vừa trở lại sống với bố mẹ mình được một thời gian. Bác sĩ tâm thần đã trị liệu trước đó không chẩn đoán cô bị rối loạn nhân cách ranh giới để tránh những nguy cơ tai hại tiềm ẩn của bệnh này trong tương lai. Tuy thế, giấy chuyển viện vẫn ghi: "cảm xúc không ổn định", "cố tình lôi kéo", "xu hướng bạo lực và xâm kích tiềm ẩn". Cô có thể "tự làm hại bản thân", từ trước đến nay không tự nguyện trị liệu, trường hợp của cô liên quan đến nhiều ngành xã hội khác nhau như tâm thần học, tâm lí học lâm sàng, công tác xã hội, nhà ở và cảnh sát.

Bạn trông đợi gì? ồ, cô Sarah mà tôi gặp trong buổi trị liệu đầu tiên lo âu đến nỗi hầu như không nói được gì. Cô ta không nhìn vào mắt tôi lấy một lần. Trong suốt cả buổi chúng tôi hầu như chỉ nói về những chuyện lặt vặt hàng ngày. Cuối buổi, tôi hỏi xem cô ta có muốn tuần sau chúng tôi gặp lại không.

"Ông nghĩ sao?", cô hỏi.

"Ồ, cái đó phụ thuộc vào chị."

"Ông có nghĩ rằng việc đó giúp được gì không?"

"Thực sự tôi không có ý tưởng gì cả - có thể có mà cũng có thể không".

Thoả thuận giữa chúng tôi đã bắt đầu như thế - điểm chốt của phương pháp trị liệu "không liệu pháp" của chúng tôi. Thỉnh thoảng chúng tôi gặp nhau tại phòng tham vấn, đôi khi cả hai cùng đi mua sắm, có lúc chúng tôi đi tới một quán cafe internet nào đó – tất cả đều do Sarah lựa chọn. Chúng tôi uống cafe, trò chuyện về bất cứ cái gì Sarah muốn, và trong khoảng thời gian đó, tôi cố gắng dù thế nào cũng không khuyên cô phải có trách nhiệm với sức khoẻ cũng như tư cách của mình. Một trong những thứ mà Sarah quyết định phải làm trong những buổi trị liệu của chúng tôi là hiểu rõ về thư điện tử và internet. Song cô là một người cầu toàn, khi mọi thứ trở nên tồi tệ, cô như bị nhấn chìm bởi cảm giác thất bại, lo lắng và đổ lỗi ("Đ… mẹ cái máy tính chết tiệt thối tha này"). Khi đó, phương pháp hiệu

là kìm chế cảm xúc, giảm thiểu xúc động và làm cho cảm xúc trở lại bình thường…

"Ôi, có lẽ đó chỉ là một trục trặc nhỏ thôi – Tôi vẫn còn nhớ tôi đã bắt đầu sử dụng internet như thế nào… [câu chuyện về sự kém cỏi]"

… chậm nhưng chắc chắn, những cảm giác thất bại này sẽ nhỏ dần lại và cô bắt đầu thấy tự tin.

Tôi hiểu được rằng, với Sarah, thế giới có vẻ là một nơi đen trắng rõ ràng - hoặc là tốt hoặc là xấu, hoặc là chiến công hoặc là thảm hoạ. Điều này thể hiện trong những mối quan hệ lộn xộn của cô - một thế giới chỉ có thiên thần và quỷ dữ. Sarah sẽ bị cuốn hoàn toàn vào những người bạn mới quen, nếu họ luôn là hiện thân của sự uyên bác và lòng hào hiệp… điều này được duy trì cho đến khi người bạn bắt đầu rút khỏi vị trí không cân xứng, nặng nề và mệt mỏi "như thần thánh" này. Và, đối diện với nỗi sợ hãi lớn nhất của mình - bị từ chối, Sarah tiến hành trả thù, khiến cho một vài người bạn cũ phải nhập viện.

Mục tiêu của "*không* có liệu pháp" là đây – tránh để cho vẻ hiểu biết và tinh tường, cái vẻ đã lôi cuốn Sarah, với sự tự đánh giá bản thân vốn đã thấp của cô, khiến cô nhìn nhận bản thân mình như "một người khác" – nghĩa là kém cỏi và kém hiểu biết. Thậm chí, trong vai trò một "chuyên gia" cần xác định công việc một cách toàn diện, tôi đã mời Sarah "cộng tác làm việc để tìm ra giải pháp". Mục tiêu của hướng can thiệp này đơn giản chỉ là cố gắng đạt đến mối quan hệ ổn định, không bị những vai trò khác nhau làm nhiễu – nói cách khác là tập trung vào quá trình, chứ không phải nội dung. Khi đạt được điều này thì có lẽ - chỉ là có lẽ thôi - chúng tôi mới có thể xét đến ý tưởng "trị liệu". Tất nhiên sự ổn định, bản thân nó đã là một thành công rồi. Do đó, ít nhất là trong những bước đầu của trị liệu, tôi liên tục cảm thấy mình đã nhận thức được và tách mình ra khỏi những vai trò vốn có (như "chuyên gia", "người lành nghề", "người cứu nguy") - điều này giúp Sarah từ bỏ vai trò còn lại (không hiểu biết, kém cỏi, cần được cứu giúp).

Một trong những phương pháp quý giá mà tôi sử dụng là các kiểu nói "Tôi không biết" khác nhau. Điều này không có nghĩa là tránh đi những phiền toái lặt vặt, mà nó thể hiện rằng bạn là người trung lập, sẵn sàng thích nghi với những gì không chắc chắn cũng như các sắc thái khác nhau của sự lẫn lộn đen trắng:

"Thế ông nghĩ gì về án tử hình?"

"Đó là một vấn đề phức tạp – Tôi thực sự không biết nữa."

"Nhưng với những kẻ giết trẻ em thì sao?"

"Ồ, có người nói rằng bọn chúng đáng bị tử hình, người khác thì bảo là đừng có viện cớ làm gì - Chủ đề này rất tế nhị. Chị nghĩ thế nào?"

Một vấn đề mà ban đầu tôi thấy thực sự khó khăn là làm sao cung cấp đủ thông tin cần thiết mà không rơi vào vai của một "giảng viên". Tôi giải quyết bằng cách đưa ra một loạt lựa chọn:

"Vậy nếu tôi muốn trở thành người chăm sóc công viên, tôi nên tìm đến đâu?"

"Ồ… à, tôi nghĩ là nhiều người có thể tìm kiếm ở các trung tâm việc làm, một số người khác ghi tên một khoá học ở hội cây xanh (Green College) chẳng hạn, có người lại mua máy xén cỏ và dán thông báo ở bưu điện địa phương. Cũng có người hành động hoàn toàn khác… Tôi cũng không biết đâu là lựa chọn tốt nhất nữa."

"Hừm, có lẽ tôi sẽ đăng ký tại hội cây xanh. Ông nghĩ sao?"

"Ai mà biết được, có lẽ họ có điều gí đó hữu ích."

Và sự việc diễn ra như thế, Sarah đủ vững vàng để tự đưa ra những quyết định tốt hơn cho cuộc sống của cô. Và tôi đã khơi dậy được khả năng mới tìm thấy này của cô ta như thế nào? Thật ra, nhìn từ bên ngoài, tôi đã không làm gì cả. Tại sao ư? Vì Sarah có thể đánh mất cả bản thân mình để làm hài lòng người khác, do đó, khi người duy nhất được hài lòng trong trường hợp này chính là cô ta:

"Hôm trước tôi đã đến hội cây xanh để tìm các khoá học – ông nghĩ thế nào về điều đó?"

"Khó quá nhỉ, tôi không rõ – tôi đã đến đấy bao giờ đâu. Có gì hay ho không?"

"Có đấy – Có lẽ tôi sẽ thử và đăng ký một khoá…"

Hãy đọc lại đoạn đối thoại vừa rồi một lần nữa – cái gì khiến tôi phải nói? "Hay đấy chứ"?

"Một ý tưởng được đấy, Sarah"? "Cô hãy làm thế đi"? Nhưng rồi ai sẽ thoả mãn nếu cô ta đăngký? Cô ta – hay là tôi? Đầu tiên, làm việc như thế này có vẻ khó khăn và khác thường bởi vì dường như phần nào đó, nó đi ngược lại những phẩm chất của nghề nghiệp: đó là chu đáo, quan tâm, thấu cảm và trợ giúp. Tuy nhiên, nếu sử dụng những phẩm chất này không khéo léo, có thể là phương pháp có hại nhất cho những người có xu hướng rối loạn nhân cách ranh giới.

Những kinh nghiệm sống của Sarah đã dạy cho cô rằng cô tồi tệ, ốm yếu, vô trách nhiệm và không được yêu thương - rằng bất cứ điều gì cô tự nguyện cố gắng đạt được đều là sai lầm, rằng cô có lỗi và phải bị trừng phạt, rằng việc dành lấy quyền kiểm soát và trách nhiệm là quá mạo hiểm. Riêng bản thân tôi, ban đầu cũng có cảm giác những niềm tin và tâm tư của Sarah thật vô nghĩa. Do đó, thời gian đầu, để tránh bị hút vào trong đó và tránh bị sử dụng như người lấp chỗ trống, tôi phải duy trì tình trạng thường xuyên đề phòng. Sarah cực kỳ khôn khéo trong việc khiến cho người khác làm như thế – nhờ tất cả những gì cô đã học được trong thời thơ ấu để có được sự an toàn và sống sót của bản thân cô.

Sau khoảng 9 tháng trị liệu "không có liệu pháp", Sarah thông báo với tôi rằng cô không cần đến sự giúp đỡ của tôi nữa, vì cô đã bắt đầu công việc ở Vườn Bách thảo và khó có thể đến các buổi trị liệu. Thêm nữa, cô đã bắt đầu cảm thấy rằng công việc của chúng tôi chẳng đi đến đâu cả. Cô nói đúng – cô vừa mới đi tới đích rồi. Tự cô ta đã đưa ra được những quyết định đúng và có trách nhiệm cho cuộc đời mình. Và, điều quan trọng là tôi đã không đòi hỏi hay yêu cầu điều đó (hay trên thực tế tôi không đòi hỏi hay yêu cầu gì cả) ở cô ấy – đơn giản là tôi cố gắng không tạo ra điều đó ở cô ấy.

Ngoài ra, cô ấy có thể kết thúc mối quan hệ của chúng tôi mà không cảm thấy tội lỗi hay bị buộc tội, và theo những gì mà tôi biết, thì đây là lần đầu tiên cô ấy cảm thấy như vậy. Cô ấy đã đến với ý muốn "được quấn trong vải bông, len và được an toàn", nhưng đã ra đi với lời cảm kích "ông đã đem lại cho *tôi* quyền kiểm soát" trong một không khí cảm thông (hơn là thù nghịch – như trong tuổi thơ của cô). Chúng tôi không có cái gì gọi là liệu pháp hết, nhưng mọi chuyện đều ổn cả.

DSM-IV-TR định nghĩa nhân cách chống đối xã hội như một mẫu các hành vi coi thường, phá hoại quyền lợi của người khác, xảy ra từ độ tuổi 15 trở lên. Những biểu hiện chủ yếu của nó gồm có:

- những hành động phô diễn lặp đi lặp lại có thể khiến cá nhân bị bắt giam
- nói dối lặp đi lặp lại, sử dụng biệt danh, lừa đảo người khác vì lợi ích hay sự thoả mãn cá nhân
- xung động hoặc không thể có kế hoạch dài hạn
- coi thường, không để ý đến sự an toàn của bản thân và người khác
- thường xuyên vô trách nhiệm: luôn luôn không thực hiện được những công việc lâu dài hoặc nghĩa vụ tài chính đã cam kết
- thiếu lòng khoan dung đối với người khác.

Cá nhân có nhân cách chống đối xã hội được mô tả là người chưa trưởng thành về mặt tư cách đạo đức và các chức năng nhận thức (Davidson 2000), họ có xu hướng hoạt động tư duy cụ thể hơn là trừu tượng. Hậu quả là, họ thiếu các kĩ năng giải quyết vấn đề và có xu hướng hành động một cách nóng vội mà ít cân nhắc đến những hậu quả lâu dài. Họ thường tin rằng mình có thể làm chính xác cái mình muốn, rằng mọi người ở đó là để cho họ lợi dụng. Tỉ lệ nhân cách chống đối xã hội đạt đến 3,7% (Widiger và Corbitt 1995). Nhân cách chống đối xã hội có vẻ giảm đi khi tuổi tác tăng lên: hầu như không có người trên 45 tuổi bị chẩn đoán là có nhân cách chống đối xã hội (Swanson và cs. 1994).

Khi không có những tiêu chuẩn chẩn đoán chuyên biệt của DSM, những người xem chống đối xã hội và nhân cách bệnh là hai bệnh khác nhau dùng đến tiêu chuẩn chẩn đoán của Hare (1991) để định nghĩa nhân cách bệnh. Tiêu chuẩn chẩn đoán của Hare xác định hai nhóm hành vi đặc trưng cho những người có nhân cách bệnh: thờ ơ về mặt cảm xúc và lối sống chống đối xã hội. Sự thờ ơ cảm xúc liên quan đến việc thiếu hụt khả năng xử lí thông tin cảm xúc. Do đó, cá nhân không thấu hiểu và coi thường cảm xúc của người khác. Đó là cách Hare xác định đặc trưng của nhân cách bệnh. Sử dụng định nghĩa này của bệnh học tâm thần, Hare đã phát hiện ra rằng trong số những người phạm tội ,có tới 80% có nhân cách chống đối xã hội, chỉ có 15-25% là nhân cách bệnh (Hare và cs. 2000). Phát hiện này càng củng cố quan điểm của ông về sự khác biệt lâm sàng giữa hai loại bệnh.

Nguyên nhân của nhân cách chống đối xã hội và nhân cách bệnh

Sự lẫn lộn đáng kể giữa nhân cách chống đối xã hội và nhân cách bệnh cũng có nghĩa là trong các tài liệu, người ta thường nhầm lẫn hai khái niệm này với nhau. Một số nghiên cứu về nhân cách chống đối xã hội đã dùng đến cả quan niệm của Hare và những tác giả khác về nhân cách bệnh. Một vài nghiên cứu khác lại đặc biệt tập trung vào nhân cách

bệnh theo định nghĩa của Hare. Nhân cách bệnh có mối quan hệ với lối sống chống đối xã hội, có lẽ không mấy ngạc nhiên nếu những yếu tố tạo nên hành vi chống đối xã hội cũng liên quan đến nhân cách bệnh. Để phân biệt nhân cách bệnh với nhân cách chống đối xã hội, người ta tính đến những yếu tố khác biệt về mặt thần kinh – so với nhân cách chống đối xã hội, yếu tố trung tâm của nhân cách bệnh là sự thờ ơ và nông cạn về mặt cảm xúc. Theo đó, phần này, trước hết xem xét những yếu tố làm tăng nguy cơ của các hành vi chống đối xã hội hay nhân cách bệnh, sau đó xem xét đến những yếu tố thần kinh góp phần duy nhất vào sự phát triển của nhân cách bệnh.

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Các nghiên cứu về gen cho thấy rất khó phân biệt các gen quy định hành vi chống đối xã hội, phạm tội hay nghiện rượu, tất cả đều có vẻ liên quan mật thiết đến nhau. Tuy nhiên, ít nhất thì hai nghiên cứu trên những người con nuôi cũng đã chỉ ra rằng yếu tố di truyền ảnh hưởng đến nguy cơ chống đối xã hội. Crowe (1974) thông báo rằng con của những phạm nhân nữ bị rối loạn nhân cách chống đối xã hội, mặc dù được đem cho người khác nuôi nhưng cũng có nguy cơ chống đối xã hội cao hơn so với nhóm con nuôi đối chứng không có tiền sử gia đình như trên. Tương tự, Cadoret (1982) nghiên cứu trên trẻ vị thành niên là họ hàng ruột thịt của những người từng có hành vi chống đối xã hội. Kết quả là mức độ chống đối xã hội ở nhóm này cao hơn so với nhóm đối chứng. Nguy cơ chống đối xã hội cao hơn nếu gia đình nhận nuôi những trẻ này cung cấp một môi trường có hại, điều này khẳng định mối tương tác giữa yếu tố xã hội và yếu tố di truyền trong sự phát triển các hành vi chống đối xã hội. Trẻ có bố mẹ chống đối xã hội, tự thân hành vi của chúng đã gây phản ứng từ phía những những người nhận chúng làm con nuôi, càng làm cho mẫu hành vi này ở đứa trẻ trở nên trầm trọng (O'Connor và cs. 1998).

CƠ CHẾ SINH HỌC

Mức độ nghiêm trọng của xung động, tính dễ bị kích động, xâm kích và sự tìm kiếm cảm giác đều liên quan đến lượng serotonin thấp. Đôi khi hoạt động giao cảm ở mức độ thấp trong lúc có stress có thể dẫn đến hành vi chống đối xã hội (Raine và cs. 1998), có lẽ bởi chúng dẫn cá nhân đến chỗ không còn biết sợ hãi và chỉ muốn đi tìm những cảm giác phiêu lưu như một phương thức khuấy động. Lượng testoterone cao có thể dẫn đến hành vi phạm tội (xem Dolan 1994).

Người ta cũng đã tìm ra một số chứng cứ về căn nguyên thần kinh của rối loạn. Raine và cs. (2000) nghiên cứu một nhóm vị thành niên từng có hành vi chống đối xã hội, thu được kết quả là so với nhóm đối chứng, thể tích chất xám ở não trước của họ ít hơn 11%. Phát hiện này bổ sung cho kết quả những nghiên cứu đo lường tâm lí như nghiên cứu của Chretien và Persinger (2000). Các ông cho người chống đối xã hội làm trắc nghiệm tâm

lí để đánh giá kĩ năng của vùng trước trán, bao gồm kĩ năng tư duy, sự linh hoạt về mặt khái niệm và sự liên kết không gian. Kết quả là những người bị rối loạn nhân cách chống đối xã hội có biểu hiện kém hơn so với người bình thường.

YẾU TỐ VĂN HOÁ - XÃ HỘI

Những yếu tố xã hội ảnh hưởng một cách rõ ràng đến nguy cơ có các hành vi chống đối xã hội và bị chẩn đoán là nhân cách chống đối xã hội. Henry và cs. (2001) đưa ra kết quả nghiên cứu như sau: nếu như ở tuổi 12, cá nhân thiếu hụt sự gần gũi về cảm xúc gia đình và trải qua quá trình nuôi dưỡng nghèo nàn, thì ở tuổi 17, họ có thể có những hành vi bạo lực và phạm pháp. Vào thời gian này, việc trẻ chơi với bạn cùng trang lứa có hành vi bạo lực có thể kéo theo phạm pháp theo xu hướng bạo lực hay không bạo lực sau này. Có lẽ nghiên cứu bổ dọc lâu dài nhất là nghiên cứu Cambridge về Sự phát triển tình trạng phạm pháp (Farrington 2000). Nghiên cứu này cho thấy những yếu tố tồn tại từ thời thơ ấu có thể dự báo cho nhân cách chống đối xã hội và tình trạng phạm tội khi trưởng thành (trước tuổi 40). Nguyên nhân chủ yếu cũng tương tự những gì mà Henry và cs. (2001) đã từng công bố: người cha/mẹ phạm tội, gia đình đông con, dân trí thấp và thất học, người mẹ trẻ và một gia đình đổ vỡ. Yếu tố gia đình cũng góp phần vào sự thiếu hụt cảm xúc liên quan đến nhân cách bệnh. Người ta cho rằng một khi cá nhân trải nghiệm kéo dài những sự kiện gây cảm xúc tiêu cực trong suốt thời thơ ấu, thì họ sẽ tự "dập tắt" các cảm xúc của mình, vừa để phản ứng lại những sự kiện tiêu cực, vừa để giải đáp cho hành vi ảnh hưởng đến người khác của họ.

Borduin (1999) tóm tắt những nguyên nhân không liên quan đến gia đình của hành vi chống đối xã hội như sau:

- *quan hệ với bạn đồng trang lứa*: thích chơi với bạn cùng tuổi hư hỏng, kĩ năng xã hội nghèo nàn, không chơi với bạn cùng tuổi được xã hội ủng hộ.
- *các yếu tố học đường*: biểu hiện học tập kém, bỏ học, lười học.
- *hàng xóm và cộng đồng*: văn hoá nhóm có yếu tố phạm tội, ít tham gia vào các hoạt động có tổ chức ở khu dân cư, ít có sự ủng hộ xã hội và hay phải di chuyển chỗ ở.

Eddy và Chamberlain (2000) tiến hành thực nghiệm để xác định vai trò của yếu tố gia đình và yếu tố bạn đồng lứa đối với các hành vi chống đối xã hội. Ở thực nghiệm này, họ theo dõi một nhóm tội phạm trong hơn hai năm. Kết quả là trong suốt khoảng thời gian này, kĩ năng quản lí gia đình và sự liên kết với bạn đồng trang lứa hư hỏng gây ra 32% các thay đổi trong hành vi chống đối xã hội.

Ở nhiều nước, mức độ phổ biến của hành vi chống đối xã hội đang tăng lên cùng với thời gian. Sau 15 năm, tỉ lệ này tăng gần gấp đôi ở Mỹ, với 3,6% dân số. Tỉ lệ này ở các nước khác nhau cũng không giống nhau, từ khoảng 0,14% ở Đài Loan tới hơn 3% ở các

nước như New Zealand. Những kết quả khác nhau này dẫn Paris (1996) đến chỗ đưa ra kết luận rằng văn hoá Châu Á được bảo vệ khỏi những hành vi chống đối xã hội là do cấu trúc gia đình của nó, một cấu trúc cố kết điển hình với những giới hạn chấp nhận rõ ràng đối với hành vi của cá nhân – Đó là những nét đặc trưng không ủng hộ sự phát triển của các hành vi chống đối xã hội.

MÔ HÌNH NHẬN THỨC

Trẻ em sống trong gia đình có nguy cơ chống đối xã hội cao không có giới hạn rõ ràng cho những hành vi của chúng. Hậu quả là, nếu những đứa trẻ khác thành công, thì chúng thường xuyên thất bại khi tập luyện khả năng kiểm soát hành vi. Môi trường này cũng làm nảy sinh những niềm tin về cá nhân và thế giới thúc đẩy hành vi chống đối xã hội. Dodge và Frame (1982) cho rằng ở tất cả trẻ em những phản ứng hàng ngày đều phát triển để dẫn dắt hành vi của chúng: trẻ chống đối xã hội phát triển một cung cách ứng xử hung bạo, chống đối và hầu như không thân thiện với xã hội. Lopez và Emmer (2002) đã phát hiện ra rằng trẻ vị thành niên từng phạm tội tin rằng hung hăng là một cách phản ứng hiệu quả và thích hợp trước những mối đe doạ. Tương tự, Vernberg và cs. (1999) đã nghiên cứu thấy rằng hung tính ở trẻ vị thành niên đi cùng với ba niềm tin cơ bản của chúng:

- gây gổ là chính đáng và được bảo đảm
- gây gổ sẽ làm tăng sức mạnh và được đánh giá cao
- người ta không xen vào những cuộc đánh nhau

Cuối cùng, Liau và cs. (1998) thấy rằng những niềm tin đặc biệt dẫn đến những hành vi đặc biệt. Niềm tin bộc lộ hành vi công khai ("Thỉnh thoảng người ta cũng phải bị chọc tức một chút chứ!") gây ra hành vi chống đối xã hội công khai chứ không phải là những hành vi giấu giếm. Trái lại, niềm tin liên quan tới các hành vi lén lút ("Nếu có ai đó bất cẩn tới nỗi làm mất ví, thì họ đáng bị người ta lấy cắp lắm") dẫn đến những hành vi chống đối xã hội lén lút chứ không hề công khai.

Những biểu hiện tương tự như thế là cơ sở cho hành vi của người có nhân cách bệnh khi họ trưởng thành. Beck và cs. (1990) cho rằng một trong những niềm tin quan trọng là "Người ta sinh ra là để bị lợi dụng", nó xây dựng chiến lược hành động của cá nhân - trở thành một người thích tấn công. Những niềm tin chủ chốt khác bao gồm:

- Vũ lực và dối trá là cách tốt nhất để đạt được mọi việc.
- Chúng ta sống trong rừng và kẻ mạnh là kẻ sống sót.
- Nếu tôi không nắm được người ta thì họ sẽ tấn công tôi trước.
- Tôi đã bị đối xử bất công và tôi có quyền giành lại công bằng theo bất cứ cách nào mà tôi có thể.
- Nếu mọi người không tự chăm sóc bản thân mình, thì đó là vấn đề của họ thôi.

CƠ CHẾ THẦN KINH

Các chứng cứ thu thập được tập trung khẳng định rằng ở nhân cách bệnh, sự thiếu hụt trong xử lí cảm xúc có mối liên hệ với sự tổn hại hệ viền, nơi điều khiển việc xử lí thông tin cảm xúc. Laakso và cs. (2001) sử dụng kĩ thuật hình ảnh não bộ để thu thập những dữ liệu chính xác về giải phẫu não của 18 tội phạm nhân cách bệnh và thường xuyên có hành vi bạo lực. Họ tìm ra mối liên hệ tiêu cực rất mạnh mẽ giữa kích cỡ của hồi cá ngựa và điểm mà những tội phạm này ghi được trên "Bảng liệt kê các hành vi nhân cách bệnh" của Hare. Điều đó chứng tỏ rằng sự tổn hại khu vực này liên quan đến việc tiếp thu những nỗi sợ hãi có điều kiện, có thể lí giải cho hiện tượng cá nhân không biết sợ, một trong những yếu tố của hành vi nhân cách bệnh.

Phát hiện của Kiehl và cs. (2001)bổ sung cho những dữ liệu này. Ông đã sử dụng các hình ảnh của não để nghiên cứu các hoạt động ở bên trong hệ viền khi cần đáp ứng lại một nhiệm vụ ghi nhớ về mặt tình cảm. Trong nghiên cứu này, ba nhóm người tham gia (người có nhân cách bệnh phạm tội, tội phạm không có nhân cách bệnh và nhóm đối chứng bình thường) được yêu cầu nhắc lại và ghi nhớ một danh sách cả những từ trung tính và những từ mô tả cảm xúc âm tính; trong bài tập tiếp theo, người ta yêu cầu họ nhớ lại những từ này. So với hai nhóm còn lại, khi xử lí những từ chỉ các cảm xúc âm tính, hệ viền của người nhân cách bệnh diễn ra hoạt động ít hơn đáng kể và thuỳ trán hoạt hoá nhiều hơn. Điều này nói lên thực tế là người có nhân cách bệnh và người không có nhân cách bệnh sử dụng những hệ thống não hoàn toàn khác nhau để xử lí các thông tin liên quan đến cảm xúc. Những kết quả này tương tự với kết quả của Intrator và cs. (1997). Ông cho rằng so với người khác, cá nhân có nhân cách bệnh gặp khó khăn và cần đến nhiều quá trình nhận thức hơn trong việc xử lí thông tin cảm xúc. Người ta vẫn chưa biết được những yếu tố này xuất hiện từ khi mới ra đời hay phát triển do hậu quả của kinh nghiệm thời thơ ấu.

Trị liệu nhân cách chống đối xã hội

CAN THIỆP TÂM LÍ HỌC

Mặc dù người ta đã tập trung tìm hiểu và có nhiều hình thức can thiệp khả thi đối với những người bị coi là có rối loạn nhân cách chống đối xã hội, việc trị liệu thử nghiệm hầu như chỉ mới tập trung riêng vào những hành vi phạm tội và bạo lực ở trẻ vị thành niên. Như thế, chỉ nên coi chúng là những dự án được thiết kế với mục đích tác động vào hành vi phạm tội hơn là trị liệu bản thân nhân cách chống đối xã hội. Những nghiên cứu này có điểm chung là đều khẳng định hình thức "trại tập trung" cổ điển (tập trung cá nhân vào một cơ sở cải tạo) tỏ ra không có hiệu lực. Người ta tìm ra một hình thức can thiệp hiệu quả hơn, đó là hướng tới gia đình. Bourdin (1999) mô tả một hướng tiếp cận đa nền tảng, dựa vào gia đình, mục tiêu của hướng tiếp cận này là trang bị cho người tham gia kĩ năng đối phó với những vấn đề gia đình và ngoài gia đình. Can thiệp gia đình hướng đến việc cải thiện các kĩ

http://www.ebook.edu.vn

năng làm cha mẹ, khuyến khích các bậc cha mẹ ủng hộ, cảm thông con cái mình. Qua đó, nó góp phần làm giảm mức độ sang chấn tâm lí do cha mẹ gây ra. Người ta hướng dẫn các bậc cha mẹ xây dựng chiến lược giám sát và tán thưởng sự tiến bộ học đường của con, ngoài ra, giao cho con công việc hàng ngày như một dạng bài tập ở nhà. Can thiệp theo hướng bạn đồng trang lứa được thiết kế để làm tăng mối quan hệ với những người bạn có lợi về mặt xã hội. Điều này được hiện thực hoá thông qua việc tham gia vào những cuộc gặp gỡ của các nhóm thanh niên, các hoạt động điền kinh và ngoại khoá. Nếu cá nhân vẫn duy trì liên hệ với những người bạn xấu, cá nhân sẽ bị phạt. Can thiệp nhận thức - hành vi tập trung vào việc hướng dẫn các kĩ năng xã hội và kĩ năng giải quyết vấn đề. Thông thường cách can thiệp này kéo dài 5 tháng, vào thời gian đầu duy trì một buổi một ngày, đến giai đoạn cuối chỉ cần trị liệu hàng tuần.

Cách tiếp cận này đã thu được thành công đáng kể. Henggeler và cs. (1992) so sánh phương pháp này với phương pháp kiểm soát và tư vấn chung cho một nhóm tội phạm nghiêm trọng tuổi vị thành niên, hầu hết trong số họ đã từng có hành vi phạm tội hoặc bạo lực nào đó. Ngay sau khi được can thiệp theo cách này, mối quan hệ gia đình và bạn bè của những người tham gia đã cải thiện hơn so với những người trong nhóm đối chứng. Một năm theo dõi tiếp theo, họ bị bắt giữ ít hơn và thời gian bị giam cũng ít hơn. Kết quả này còn được duy trì trong hai năm tiếp theo. Borduin và cs. (1998) tiến hành thử nghiệm tương tự trên chính nhóm khách thể này, theo dõi trong bốn năm tiếp theo đã thu được kết quả như sau: so với nhóm đối chứng, tỉ lệ tái phạm tội ở nhóm này chỉ bằng một nửa (21% so với 47%).

LIỆU PHÁP HOÁ DƯỢC

Người ta đã dùng đến nhiều cách can thiệp hoá dược khác nhau để điều trị những người có hành vi chống đối xã hội. Một số chứng tỏ có hiệu quả, đặc biệt là trong trị liệu người hung tính. Chẳng hạn tại một trung tâm cải tạo ở Mỹ, lithium có thể làm giảm số lượng cơn xung động xâm kích ở tội phạm, mặc dù vẫn còn tới 1/4 số tội phạm trẻ tuổi được trị liệu hầu như không thay đổi hành vi. Ngược lại, ở những người cùng trung tâm nhưng lớn tuổi hơn, hành vi xâm kích mạn tính lại hoàn toàn bị triệt tiêu khi trị liệu bằng lithium và trở lại mức độ ranh giới khi được trị liệu bằng placebo (Sheard, 1971). Các loại SSRI cũng là thuốc có thể kiểm soát hung tính bất chợt, nhưng vẫn chưa có một thực nghiệm nào kiểm tra tính hiệu quả của nó. Người ta vẫn chưa biết, so với tiếp cận tâm lí học, trong đó mỗi cá nhân được hướng dẫn để tự kiểm soát sự nóng giận của mình, phương pháp điều trị này có tác dụng hơn ở chỗ nào.

Trị liệu nhân cách bệnh

Cá nhân có nhân cách bệnh thường không tự mình tìm đến trị liệu, và hầu như mọi can thiệp đều diễn ra trong nhà giam hoặc một cơ sở giam giữ nào khác. Do thiếu động cơ thay đổi, người có nhân cách bệnh thường bị coi như những bệnh nhân vô phương cứu chữa,

mặc dù đã có một số ý kiến tỏ ra bất đồng với quan điểm có phần hơi tiêu cực này. Đã có 3 tạp chí (2 năm/1 số) viết về cách điều trị nhân cách bệnh và nhắc lại bản chất của vấn đề này. Salekin (2002) tiến hành siêu phân tích tài liệu từ 42 nghiên cứu về phương pháp trị liệu. Ông kết luận rằng trong khi ECT và trị liệu cộng đồng là những cách can thiệp tương đối ít hiệu quả, thì liệu pháp phân tâm và liệu pháp nhận thức lại đưa ra những kết quả hết sức khả quan. Cũng đánh giá trên những tài liệu này, Reid và Gacono (2000) kết luận thiếu lạc quan hơn. Họ không tìm thấy điều gì chứng minh rằng có một hình thức trị liệu nào đạt được hiệu quả ổn định. Tương tự, Wong và Hare (2002) kết luận rằng trong số 74 nghiên cứu đã thực hiện mà họ có thể xác định được, chỉ có 2 nghiên cứu là có kết quả thoả đáng, còn lại các bằng chứng yếu đến nỗi người ta cũng không rõ là liệu có phải bất cứ hình thức can thiệp nào cũng có thể có hiệu quả hay không.

Đo lường tính hiệu quả của các phương pháp điều trị nhân cách bệnh là một vấn đề nan giải. Một đặc trưng để xác định cá nhân có nhân cách bệnh là họ thường nói dối và thích lôi kéo người khác. Vì thế mà cần xử lí một cách rất thận trọng kết quả tự báo cáo. Ngay cả những bản tự đánh giá hành vi cũng không thể tin cậy được. Kết quả một nghiên cứu của Seto và Barbaree (1999) đã chứng minh cho điều này. Nghiên cứu của họ nhằm kiểm tra tác động của chương trình ngăn chặn tái phạm đối với những tội phạm tình dục (tương tự như những người đã được mô tả trong chương 9). Thành phần tham gia bao gồm cả những người bình thường chứ không chỉ những cá nhân có nhân cách bệnh.

Báo cáo của họ tập trung vào mối quan hệ giữa sự tiến bộ rõ rệt do liệu pháp tạo ra (nhờ có hành vi trong-buổi-trị-liệu, chất lượng của bài tập về nhà, sự tăng cường động cơ trị liệu) và tần suất tái phạm tội sau khi trị liệu. Ở cá nhân không có nhân cách bệnh, nếu quá trình trị liệu giúp họ cải thiện được hành vi, thì có thể dự đoán rằng sau khi ra tù khả năng phạm tội sẽ thấp hơn. Trái lại, đối với người có nhân cách bệnh, trị liệu càng tiến triển thì tỉ lệ tái phạm tội sau này càng cao. Dường như họ học được các phản ứng mà nhà trị liệu cho là biểu hiện của tiến triển và có thể giả vờ hành động như thế. Những người xuất sắc nhất trong việc giả vờ cũng là người có khả năng tái phạm cao nhất. Liệu pháp đã không làm được gì để thay đổi động cơ ngầm ẩn trong hành vi của họ.

PHÂN TÂM HỌC

Một số lượng lớn những nghiên cứu từ rất sớm về trị liệu nhân cách bệnh liên quan đến các phương pháp phân tâm học (Salekin 2002). Hầu như tất cả đều là những nghiên cứu trường hợp, và không trường hợp nào so sánh cách can thiệp này với bất cứ hình thức trị liệu nào khác hay những thay đổi trong nhóm đối chứng. Nói chung, tiền sử cá nhân luôn được xem xét cẩn thận. Nhà lâm sàng thường báo cáo về những thành công trong trị liệu chứ không phải là những thất bại, nên họ đã tỏ ra thiếu khách quan khi đưa ra những ca mẫu. Thành công được công bố trong các nghiên cứu này, vì thế, không có nghĩa là sẽ có tỉ

lệ thành công tương tự ở những nhóm cá nhân không được lựa chọn, và cũng không cung cấp chứng cứ đủ mạnh để kết luận về hiệu quả của phân tâm học trên số đông.

CỘNG ĐỒNG TRỊ LIỆU

Cộng đồng trị liệu được phát triển đầu tiên dưới sự dẫn dắt của Maxwell Jones ở Anh vào cuối những năm 1940. Họ tổ chức can thiệp tích cực 24 giờ/ngày để thay đổi hành vi nhân cách bệnh. Chính những cá nhân có nhân cách bệnh tự chịu trách nhiệm quan tâm đến thể chất và cảm xúc của những người khác trong cộng đồng. Bản thân nhóm tự xác định những hành vi được chấp nhận và không chấp nhận. Các thành viên được yêu cầu tuân thủ nội quy của nhóm và phục tùng quy định thưởng phạt nếu họ vi phạm. Cộng đồng ở đây có dựa các nguyên tắc linh hoạt của Rogers (xem chương 2) và cố gắng để đạt được mức độ chân thành, trung thực và đồng cảm cao.

Rice và cs. (1992) đã đưa ra một trong những đánh giá cao nhất về hiệu quả của phương pháp tiếp cận này. Họ tiến hành phương pháp cộng đồng trị liệu trong một cơ sở tập trung nghiêm ngặt tối đa. Chính những người tham gia tự điều khiển chương trình. Họ chia thành các nhóm trị liệu ngắn hạn 80 giờ mỗi tuần. Trị liệu nhằm phát triển ở người tham gia khả năng đồng cảm và tinh thần trách nhiệm đối với những người cùng trang lứa với mình. Người có phản ứng tốt sẽ được làm thủ lĩnh nhóm và tham gia vào việc quản lí chương trình. Tất cả những người tham gia đều có quyền đưa ra quyết định về việc ai sẽ bị loại ra khỏi chương trình.

Những người tham gia liên hệ rất ít với nhân viên chuyên nghiệp. Họ không có nhiều cơ hội để giải trí: truyền hình và thậm chí cả những tiếp cận với tin tức xã hội cũng bị hạn chế nghiêm ngặt. Tham gia vào chương trình có tính bắt buộc: chẳng hạn, nếu không hoàn thành nhiệm vụ, họ được chuyển đến một tiểu ban, ở đó cá nhân thảo luận về những lí do khiến họ không muốn tham gia vào chương trình nữa, nhưng cuối cùng thì họ cũng mong muốn tiếp tục tham gia. Các tác giả lưu ý rằng chương trình này được đánh giá cao vào thời điểm người ta tiến hành nó, những năm 1960, 1970.

Chương trình tiến hành trên cả nhân cách bệnh và người bình thường, những người này được theo dõi trong trung bình 10 năm tiếp theo sau khi khỏi bệnh. Các nhà nghiên cứu so sánh sự khỏi bệnh ở cá nhân có nhân cách bệnh, người tham gia không có nhân cách bệnh và một nhóm đối chứng không gia nhập vào cộng đồng này. Họ thu được kết quả tương tự như của Seto và Barbaree (1999). Những cá nhân không có nhân cách bệnh ít có xu hướng phạm tôi sau khi khỏi bệnh hơn là những người trong nhóm đối chứng. Trái lại, sau khi kết thúc trị liệu, những người có nhân cách bệnh dễ tham gia vào hoạt động phạm tội, bạo lực hơn những người ở nhóm đối chứng, với tỉ lệ tái phạm được biết lần lượt là 78% và 55%. Cộng đồng trị liệu đã hướng dẫn những cá nhân có nhân cách bệnh cách lôi kéo người khác hiệu quả hơn - một kết quả không mong muốn và cũng không chờ đợi.

Can thiệp nhận thức – hành vi có lẽ cũng không nằm ngoài kết quả ngược đời này. Hare và cs. (2000) tiến hành kiểm tra kết quả của các chương trình trị liệu nhận thức – hành vi ngắn hạn trong trại giam, bao gồm việc kiểm soát cơn giận dữ và huấn luyện kĩ năng xã hội. Tài liệu của họ tiết lộ rằng can thiệp tỏ ra có một chút hiệu quả nếu như đánh giá chung về tỉ lệ tái phạm ở hầu hết các cá nhân có nhân cách bệnh. Tuy nhiên, ở tội phạm có mức độ nhân cách bệnh nặng, tỉ lệ tái phạm tăng lên theo quá trình trị liệu. Một lần nữa, có vẻ như là những khoá học này đã hướng dẫn họ cách "trở thành một người có nhân cách bệnh".

Mặc dù có những kết quả không khả quan như vậy, rất nhiều nhóm nghiên cứu đã xem xét thích nghi mục tiêu và chiến lược của liệu pháp nhận thức – hành vi trong điều trị nhân cách bệnh. Beck và cs. (1990) thử xác định mục tiêu thực tế của phương pháp trị liệu này. Họ lưu ý rằng cá nhân thường hành động trước hết vì lợi ích của bản thân. Mục tiêu của trị liệu, vì thế là để giúp đỡ họ hành động theo cách thích hợp và thích ứng với những giới hạn này. Những nhiệm vụ nhận thức, trung tâm của trị liệu, không chỉ nhằm thẳng tới sơ đồ chính như "Tôi luôn luôn đúng", hay "Người khác nên nhìn mọi thứ theo cách của tôi", mà còn là đặt ra vấn đề này: hành vi chống đối xã hội liệu có nằm trong những lợi ích của bản thân cá nhân không. Những người tham gia vào trị liệu được khuyến khích để tự chất vấn mình, liệu cư xử theo giả thuyết "Người ta nên nhìn mọi việc theo cách của tôi" có gây nên những va chạm liên cá nhân, làm hỏng mục đích của chính họ hay không. Qua đó, họ sẽ thay đổi hành vi của mình nếu như câu trả lời là có. Hướng tiếp cận này cho phép thân chủ và nhà trị liệu làm việc cùng nhau hướng đến một mục tiêu thống nhất.

Wong và Hare (2002), phát triển một hướng tiếp cận nhận thức – hành vi đáng kể đối với trị liệu nhân cách bệnh, đó là can thiệp làm thay đổi những khía cạnh liên quan đến "trại giam" và làm thay đổi con người. Can thiệp của họ tập trung vào vấn đề và hướng đến một lối thoát đặc biệt cho những người có nhân cách bệnh. Sau đây là các thành tố mấu chốt của phương pháp:

- *Ủng hộ quan điểm và hành vi được xã hội tán thưởng*: nhiều nhân cách bệnh ở nhà giam tìm kiếm những người có cùng suy nghĩ với mình để củng cố niềm tin. Nhằm giảm thiểu nguy cơ này, Wong và Hare (2002) gợi ý giải pháp tạo ra một "môi trường được xã hội tán thưởng" (pro-social milieu) ngay trong nhà giam/cơ sở cải tạo. Đối với những cá nhân có vị trí cao thì phương pháp này có hiệu quả trong việc hình thành nên ở họ những quan điểm tích cực; đối với người khác, có thể thúc đẩy cách nhìn như vậy, và càng củng cố các hành vi được xã hội tán thưởng trong nhóm. Cần lưu ý rằng kết quả nghiên cứu của Rice và cs. (1992) cho thấy điều này không phải dễ thực hiện.
- *Thay đổi những hành vi bất thường – hung tính, lôi kéo, hăm doạ*: các chiến lược để đạt tới sự thay đổi gồm có: huấn luyện khả năng tự học (Meichenbaum 1985, xem

thêm chương 2) nhằm ngăn chặn phản ứng thái quá trong những tình huống cá nhân cảm thấy sợ hãi hay giận dữ quá mức; huấn luyện kĩ năng xã hội nhằm bổ sung những gì còn thiếu và làm giảm việc cá nhân lạm dung nó để hăm doạ và phát triển những hành vi bất thường khác. Có thể thông qua trò chơi đóng vai hoặc củng cố hành vi tích cực để thực hiện mục đích trị liệu này.

- *Học cách chịu trách nhiệm với hành động của mình*: cần phân tích một cách chi tiết những yếu tố dẫn đến phạm tội, xác định đâu là lựa chọn cơ bản nhất khiến cá nhân hành động như vậy. Có thể bước này giống với mục đích của huấn luyện ngăn chặn tái phạm (xem chương 9 và 12), vì thông tin ở đây cùng lúc khuyến khích cá nhân có trách nhiệm với những gì dẫn đến hành vi phạm tội và xác định những chiến lược để tránh điều này trong tương lai.

Chương trình cũng nghiên cứu việc giảm thiểu sự lạm dụng các chất gây nghiện, giúp đỡ cá nhân có được kĩ năng lao động hoặc tăng cường những hoạt động giải trí, tránh khỏi nhàm chán một khi đã hoàn thành công việc - bởi điều này có thể khiến cá nhân lại tìm đến hành vi chống đối xã hội. Cuối cùng, chương trình hướng đến việc thiết lập một mạng lưới xã hội mà cá nhân có thể tham gia vào đó sau khi ra khỏi trại cải tạo. Người ta khuyến khích việc cá nhân cố gắng duy trì và tái thiết các liên hệ với gia đình hoặc những hình thức ủng hộ khác từ phía xã hội. Mặc dù vậy, cần phải kiểm soát cẩn thận liên hệ gia đình vì mối quan hệ với các thành viên trong gia đình trong trường hợp này thường không có lợi. Bằng chứng cho hiệu quả của các hướng trị liệu này hiện vẫn đang được những nhà chuyên môn kiểm nghiệm.

Tóm tắt chương

1. DSM xác định 10 loại rối loạn nhân cách chia thành 3 nhóm: lập dị; phô trương hay đóng kịch; sợ hãi và lo lắng.
2. Những rối loạn này nên được xem xét như là một loạt các yếu tố nhân cách ở các thái cực, hơn là chẩn đoán khác biệt so với chuẩn mực chung.
3. Mô hình nghiên cứu tiến triển của Beck về rối loạn nhân cách cho thấy đó là những phản ứng lôi kéo không thích hợp đối với các sự kiện từ môi trường. Đây là những phản ứng này được lập trình sẵn, bắt nguồn từ mối tương tác giữa yếu tố di truyền và trải nghiệm tuổi thơ.
4. Thành tố chính của nhân cách ranh giới là nỗi sợ hãi bị bỏ rơi ở cường độ cao, khó khăn khi đương đầu với những cảm xúc mạnh và sử dụng tự làm hại bản thân như một phương thức để đương đầu với những cảm xúc ấy.
5. Nguồn gốc của rối loạn có vẻ như liên quan nhiều tới trải nghiệm từ thời thơ ấu: nếu cá nhân bị chối bỏ hoặc chấn thương tâm lí, những kinh nghiệm này được chuyển

thành các sơ đồ tiêu cực về bản thân và trở thành một phương thức để giải toả sang chấn lớn về tâm lí.

6. Nhân cách ranh giới rất khó trị liệu, mặc dù đã có một số liệu pháp tỏ ra có hiệu qủa rõ rệt như các liệu pháp nhận thức – hành vi. Người ta cũng chưa đánh giá được đầy đủ hiệu quả của huấn luyện nhận biết cảm xúc. Dường như ở đây, liệu pháp hoá dược không đóng vai trò gì.
7. Mặc dù DSM đã cố gắng kết hợp nhân cách bệnh và hành vi chống đối xã hội vào một hạng mục chẩn đoán, nhưng vẫn có những người phản đối như Hare, ông cho rằng chúng là những rối nhiễu khác nhau. Tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM mô tả một người có những hành vi chống đối xã hội theo kiểu phạm tội. Còn cá nhân có nhân cách bệnh nghèo nàn về mặt cảm xúc và cũng tham gia vào những hành vi chống đối xã hội.
8. Hành vi chống đối xã hội, trước hết, có vẻ là kết quả của môi trường xã hội tiêu cực.
9. Cá nhân có nhân cách bệnh cũng có những thiếu hụt về thần kinh, cụ thể là ở hệ viền, nơi xử lí cảm xúc.
10. Can thiệp gia đình hay can thiệp hệ thống tỏ ra hiệu quả trong trị liệu các hành vi chống đối xã hội.
11. Càng khó hơn để có thể tìm được phương pháp điều trị hiệu quả đối với những hành vi nhân cách bệnh. Can thiệp theo tiêu chuẩn thậm chí còn thúc đẩy những hành vi như thế. Beck và Wong hiện đang phát triển mô hình can thiệp nhận thức – hành vi, một phương pháp tỏ ra hiệu quả.

Câu hỏi thảo luận

1. Liệu các rối loạn nhân cách có khác về nguyên tắc so với nhân cách của những người bình thường?
2. Liệu những gia đình có trẻ có nguy cơ xuất hiện rối loạn nhân cách có cần phải trị liệu hỗ trợ?
3. Hành vi của những người nhân cách bệnh cần phải được trị liệu hay cần phải bị trừng phạt?

Chương 12

RỐI LOẠN ĂN

Hầu hết chúng ta trong đời đều có vài lần phải ăn kiêng hoặc mong ước thay đổi hình dáng của mình. Rất nhiều người đã thành công hoặc ít nhất là trong một thời gian ngắn, mặc dù chúng ta thường bị tăng cân khi già đi. Có những trường hợp việc bắt buộc ăn kiêng hoặc thay đổi ngoại hình đã mang tính cực đoan. Hai rối loạn ăn được trình bày trong chương này là chứng chán ăn tâm lí và chứng cuồng ăn tâm lí. Qua chương này bạn sẽ hiểu về:

- Bản chất của chán ăn và cuồng ăn.
- Những thuyết khác nhau về nguyên nhân của cả hai rối loạn, bao gồm nguyên nhân về gen, xã hội, gia đình và cả yếu tố nhận thức.
- Bản chất và hiệu quả của việc can thiệp và điều chỉnh cho những người rối loạn ăn uống.

Mặc dù cả hai rối loạn biểu hiện theo những cách khác nhau, chúng vẫn có một số điểm chung, và rất nhiều người mắc chứng chán ăn có thể chuyển sang chứng cuồng ăn trong một giai đoạn nào đó. Tất cả đều nằm trong việc kiểm soát trọng lượng. Cũng có nhiều dấu hiệu khác nhau giữa hai trường hợp. Khác với những người mắc chứng chán ăn, những người mắc chứng cuồng ăn thường thừa cân và coi trọng sự lôi cuốn về mặt tình dục. Chương này trước hết mô tả về hai loại rối loạn. Sau đó, thảo luận về những yếu tố căn nguyên giống và khác nhau giữa hai rối loạn. Cuối cùng là cách thức trị liệu đối với cả hai rối loạn .

Chán ăn tâm lí

Được đề cập đến lần đầu tiên vào cuối thế kỷ 19, chán ăn tâm lí bao gồm những thái độ, ý định làm cho bản thân càng gầy càng tốt. Thực vậy, nói một cách ngắn gọn lại về chán ăn là sự giảm cân một cách đáng kể. Theo DSM-IV-TR, tiêu chuẩn để chẩn đoán chứng chán ăn là trọng lượng cơ thể nhẹ hơn 15% so với cân nặng tiêu chuẩn của cùng độ tuổi và chiều cao. Nhìn chung có 2 cách giảm cân và kiểm soát nó. Cách thứ nhất, cách cổ điển: tự ép mình ăn đói và kiểu 2 là cứ ăn uống no say rồi sau đó cho nôn ra hoặc dùng thuốc tẩy. Chứng chán ăn được bàn đến trong chương này chủ yếu theo kiểu 1 trong số 2 kiểu trên.

Tiêu chuẩn chẩn đoán chán ăn theo DSM-IV-TR là:

- từ chối việc giữ cho trọng lượng ở trên mức tối thiểu của cân nặng bình thường với cùng độ tuổi và chiều cao
- sợ hãi cực độ đối với việc tăng cân mặc dù đang thiếu cân

- rối loạn nhận thức về cơ thể, bị ảnh hưởng quá mức (phi lí) bởi cân nặng và hình dáng bên ngoài lên tự đánh giá hoặc phủ nhận sự nghiêm trọng của xu hướng giảm cân
- ngừng kinh nguyệt khi thực sự chán ăn

Có 80% – 90% số người chán ăn tâm lí là nữ, với lứa tuổi phổ biến là tuổi dậy thì từ 14-18 tuổi (Pike 1998). Rooney và cs. (1995) đánh giá chung có khoảng 0,02 % dân số và 0,1% số thanh nữ mắc chứng chán ăn tâm lí. Với hầu hết những người mắc chứng chán ăn, việc kiểm soát cân nặng là một vấn đề rất lâu dài. Loewe và cs. (2001) chỉ ra rằng 21 năm sau sự thừa nhận đầu tiên, chỉ hơn một nửa số phụ nữ được coi là chán ăn có thể "bình phục hoàn toàn", 21% số phụ nữ bình phục một phần và 10% vẫn bị chẩn đoán là có đầy đủ các dấu hiệu của chứng chán ăn. Một số cố tìm sự giúp đỡ hoặc bất kỳ hình thức trị liệu nào, và 16% đã chết vì các nguyên nhân liên quan tới chứng chán ăn.

Rất nhiều người mắc chứng chán ăn đã tiếp tục phát triển thành kiểu thói quen ăn uống của chứng cuồng ăn tâm lí. Điều đó có nghĩa là duy trì cân nặng bình thường trong khi vẫn ăn uống bất thường và tìm cách nôn ra. Khác với rất nhiều rối loạn sức khoẻ tâm thần khác, chứng chán ăn phổ biến hơn với những phụ nữ thuộc tầng lớp kinh tế xã hội cao, và có những người còn giành được những học hàm, học vị cao. Những người mắc chứng chán ăn có khuynh hướng hạ thấp tính quyết đoán và tự đánh giá của bản thân, và có thái độ chống đối cao với bản thân (Williams và cs.1993).

Do né tránh với việc ăn uống mà hầu hết những người chán ăn thường bận tâm nhiều đến các suy nghĩ về thức ăn. Họ có thể dùng hầu hết thời gian của họ để nghĩ về thức ăn, chuẩn bị thức ăn cho bản thân hoặc người khác, hoặc xem họ ăn. Họ có thể kể những giấc mơ về thức ăn, kinh nghiệm trải qua khi đói và kiềm chế những cơn thèm ăn. Các bài tập ở cường độ cao hoặc các hành động để làm tiêu hao calo rất thường có trong những chiến lược giảm cân. Hầu hết, nhưng không phải là tất cả, những người mắc chứng chán ăn đều có biểu tượng méo mó về hình thể, đề cao việc đánh giá sự cân đối của cơ thể, có suy nghĩ tiêu cực về vẻ bề ngoài của mình (Gupta và Johnson 2000). Các vấn đề tâm lí bao gồm trầm cảm nhẹ, có xu hướng rối loạn ám ảnh và lo âu thường có trong chứng chán ăn.

Việc kiểm soát và giảm cân kết hợp với chán ăn có thể mang tới một số hậu quả về sức khoẻ. Hậu quả tức thì là mất kinh. Một số vấn đề hiển nhiên là loãng xương, giảm huyết áp, da khô nứt nẻ, tóc khô và dễ gãy. Vấn đề về sức khoẻ có thể trở nên nghiêm trọng về mặt trao đổi chất và chuyển hoá, đe doạ đến tính mạng. Qua nghiên cứu, 0-21% người mắc chứng chán ăn chết cho thấy nguyên nhân chung là do đói và tự sát (Steinhausen và Glanville 1983).

Cuồng ăn tâm lí

Theo DSM-IV-TR, tiêu chuẩn chẩn đoán chứng cuồng ăn gồm:

- thường xuyên có các pha ăn vô độ

- thường xuyên có những hành vi bù trừ không hợp lí như nôn mửa sau khi ăn để ngăn chặn việc tăng cân
- những hành vi bù trừ xuất hiện trung bình ít nhất 2 lần / tuần đều đặn trong 3 tháng
- bị ảnh hưởng quá đáng bởi cân nặng và vẻ bề ngoài lên tự đánh giá bản thân.

Rất nhiều người mắc chứng cuồng ăn cảm thấy không hấp dẫn, sợ béo thêm, và nghĩ mình nặng hơn nhiều so với thực tế (McKenzie và cs. 1993). Những cố gắng của họ nhằm tránh tăng cân diễn ra lộn xộn hơn so với chứng chán ăn. Việc kiểm soát việc ăn uống thường xuyên bị gián đoạn bởi những buổi an uống vô độ. Điều này kéo theo một loạt những hành vi nhằm "sửa sai". Số lượng thức ăn tiêu thụ trong những cuộc ăn uống như vậy có thể rất lớn, khoảng 5000 calo vào bất kỳ lúc nào. Ăn không phải để thưởng thức, thực sự nó thường là một bí mật, nhanh chóng và không kịp cảm nhận mùi vị. Những dấu hiệu báo trước thường là sự căng thẳng về tâm lí và thể chất, và ăn như là để giảm bớt sự căng thẳng này. Trong khi ăn uống vô độ, các cá nhân cảm nhận được sự mất kiểm soát, sau đó thường xuất hiện mặc cảm tội lỗi, tự buộc tội và trầm cảm. Cân nặng của người mắc chứng cuồng ăn thường ở mức độ bình thường mặc dù chúng có thể dao động tuỳ thời điểm.

Khoảng 80-90% người mắc chứng cuồng ăn thường cho nôn ra sau khi ăn để cố gắng kiểm soát cân nặng của mình, 1/3 thì lạm dụng thuốc nhuận tràng trong khi một số khác tập những bài tập quá sức (Anderson và Maloney 2001). Các hành vi bù trừ có thể làm giảm bớt cảm giác lo lắng, bực dọc, ghê tởm bản thân hoặc thiếu kiểm soát việc ăn uống vô độ. Trớ trêu thay, dù vậy họ thường xuyên thất bại trong việc ngăn chặn việc tăng thêm calo vào do ăn quá nhiều thức ăn. Cuồng ăn kéo theo một vài nguy cơ về sức khoẻ. Liên tục nôn mửa và lạm dụng thuốc nhuận tràng có thể dẫn tới vấn đề về như đau bụng, các vấn đề về đường tiêu hoá, mất nước, tổn thương niêm mạc dạ dày và răng miệng, nơi mà các chất axít do nôn mửa thường xuyên có thể làm hỏng men răng. Vấn đề nghiêm trọng nhất xảy ra có thể là sự không cân bằng

Bảng 12.1. ***Sự khác nhau giữa chán ăn tâm lí "cổ điển" và cuồng ăn tâm lí***.

CHÁN ĂN	***CUỒNG ĂN***
Cân nặng dưới mức bình thường một cách đáng kể theo lứa tuổi và chiều cao	Cân nặng khác nhau: thừa cân, thiếu cân hoặc gần với mức bình thường theo lứa tuổi và chiều cao
Ít trải qua những cơn đói dữ dội	Nhiều lần trải qua những cơn đói dữ dội
Ít khi thừa cân trong quá khứ	Thường thừa cân trong quá khứ
Thường chưa trưởng thành về mặt giới tính và không có kinh nghiệm	Mạnh mẽ về mặt giới tính
Có những hành vi được xem như là hợp lí và bình thường	Có những hành vi không bình thường

Ít khi lạm dụng chất kích thích và rượu	Thường lạm dụng chất kích thích và rượu
Ít khi tiến những hành động có chủ ý làm hại bản thân	Thường có ý định huỷ hoại bản thân
Có khuynh hướng phủ nhận các xung đột gia đình	Thừa nhận các xung đột gia đình
Tuổi dậy thì thường vào khoảng từ 14-18	Tuổi dậy thì thường từ 15-21
Tương đối độc lập	Thường tìm kiếm sự tán thành của người khác; muốn lôi cuốn người khác.
Giảm cân không phải bởi ước muốn được trông nữ tính hơn	Quán triệt quan niệm của xã hội về " yểu điệu, mảnh mai" và muốn được trông như thế
Kiểm soát bản thân cao	Xung động và cảm xúc không ổn định

của các chất điện giải dẫn tới hại thận và tiềm tàng các bệnh loạn nhịp tim.

Tỉ lệ cuồng ăn dao động khoảng 0,5-1% dân số tuỳ theo từng mẫu cộng đồng nghiên cứu (Fairburn và Beglin 1994). Tuy nhiên trong số các phụ nữ trẻ, tỉ lệ này cao hơn. Có tới 50% số nữ sinh viên được điều tra bởi Schwitzer và cs. (2001) cho biết có các giai đoạn ăn uống không kiềm chế, 6% cố gắng nôn mửa, 8% sử dụng thuốc nhuận tràng ít nhất là một lần. Tuy nhiên cũng có một số ít có những hành vi được xem là rối loạn mặc dù họ tự cho là phù hợp. Một số phụ nữ lớn tuổi đến các phòng khám kế hoạch hoá gia đình, Cooper và Fairburn (1983) thấy rằng 20% trong số họ cho biết ít nhất một lần có thời kỳ cuồng ăn, 3% đã sử dụng nó như là phương tiện để kiểm soát cân nặng (xem bảng 12.1).

Nguyên nhân của chứng chán ăn và cuồng ăn

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Gen có thể góp phần làm tăng nguy cơ chán ăn và cuồng ăn. Ví dụ, Klump và cs. (2001) ước tính 74% các hành vi chán ăn khác nhau của chứng chán ăn có thể quy cho yếu tố gen, sau khi nghiên cứu sinh đôi trong đó họ tìm thấy 50% cặp sinh đôi cùng trứng và không có cặp sinh đôi khác trứng nào cùng bị chứng chán ăn. Tương tự, Kendler và cs. (1991) tìm thấy tỉ lệ phù hợp với chứng cuồng ăn ở các cặp sinh đôi cùng trứng cao hơn ở các cặp sinh đôi khác trứng, dù vậy tỉ lệ phù hợp ở cả hai khá thấp: tương ứng là 23 và 9%.

CƠ CHẾ HOÁ SINH

Một số nghiên cứu đã cho thấy những người rối loạn ăn có mức độ serotonin thấp. Dù điều này là nguyên nhân hay kết quả của rối loạn cũng không rõ ràng và một số những giải thích cho phát hiện này đã được đưa ra (Kaye và cs. 2001) như sau:

- Mức độ serotonin thấp có thể là kết quả của những trạng thái khác, bao gồm rối loạn ám ảnh cưỡng bức hoặc trầm cảm, với rối loạn ăn thường xuyên cùng xuất hiện mà gián tiếp là hoạt động serotonin thấp.
- Mức serotonin thấp có thể trực tiếp gây ra rối loạn ăn vì nó gây thèm chất bột và do đó ăn uống vô độ.
- Người rối loạn ăn có thể có mức serotonin cao tự nhiên song đã bị họ làm giảm bằng ăn đói và thuốc xổ ruột. Hình mẫu về ăn uống một cách méo mó thường làm giảm serotonin xuống dưới mức bình thường.

Không có giả thuyết nào đưa ra đủ mạnh để có thể giải thích được các hiện tượng.

Một mô hình sinh học thứ hai được biết đến là thuyết ghi điểm (set-point theory" (Keesey và Corbett 1984), lấy trọng tâm là vùng dưới đồi thị. Khi được hoạt hoá, phần bên dưới đồi thị gây ra cảm giác đói, còn phần bụng của nó tạo ra cảm giác thoả mãn, giảm cơn đói. Sự cân bằng giữa 2 tổ chức kiểm soát quá trình ăn và các quá trình trao đổi chất khác nhằm duy trì cơ thể *thắng điểm* về trọng lượng. Ăn quá mức gây ra nhiều khó khăn cho quá trình trao đổi chất vì phải đốt số calo và làm giảm cái đói. Ăn quá ít lại làm giảm tỉ lệ trao đổi chất và tăng cảm giác đói. Theo thuyết ghi điểm, khi cá nhân cố gắng ăn kiêng và cân nặng của họ bắt đầu giảm, hoạt động dưới đồi giảm tỉ lệ trao đổi chất và tăng đòi hỏi ăn. Sự kết hợp các quá trình trên làm cho việc giảm cân trở nên khó khăn hơn. Ăn kiêng thành công bao gồm cả việc tính toán các quá trình trên để sao cho có thể giảm cân dần dần. Cá nhân mắc chứng chán ăn học cách kiểm soát cảm giác đói của mình và tiếp tục kiểm soát việc ăn kiêng của họ bất kể triệu chứng của bản thân. Để làm như vậy họ chống lại sự kiểm soát của dưới đồi và tiếp tục giảm cân. Những người cuồng ăn thì ngược lại, bước vào một trận đấu kiên trì với các quá trình đó: lúc thắng lúc thua. Việc ghi điểm không đứng im và trận đấu hoặc là thắng, hoặc là thua theo thời gian.

YẾU TỐ VĂN HOÁ XÃ HỘI

"Gầy thật quyến rũ". Những người mắc chứng cuồng ăn và chán ăn coi hình dáng và cân nặng là quan trọng hàng đầu có thể bởi vì xã hội phương Tây nói chung coi trọng dáng vẻ bên ngoài. Thử tưởng tượng lại xem nữ tính và sự quyến rũ của phụ nữ đã thay đổi từ những năm 1960 trở lại đây, họ gầy hơn và dáng vẻ bớt giống những "cái đồng hồ cát" hơn. Mẫu người điển hình đã được vẽ trong tạp chí "Playboy", bằng chứng là dáng người gầy trong suốt thập kỷ 90, với số đo hông, eo, ngực nhỏ hơn. (Rubinstein & Caballero 2000). Không có gì là ngạc nhiên khi tỉ lệ những người có trọng lượng thấp và rối loạn ăn tăng cao trong nhóm những người cần hình thể quyến rũ như người mẫu, vũ công và vận động viên thể thao. Trong những nhóm xã hội ủng hộ, cổ vũ đối với sự gầy gò, tỉ lệ rối loạn ăn của họ cũng tăng lên. Ở Mỹ, xu hướng coi gầy là đẹp đã chuyển từ những người phụ nữ da trắng ở tầng lớp cao xuống những nhóm kinh tế xã hội thấp hơn và một số nhóm sắc tộc khác, vì

vậy dẫn đến sự phổ biến của việc ăn kiêng và rối loạn ăn uống (Striegal - Moore & Smolak 2000).

Sự đánh giá về cân nặng không chỉ bị chi phối bởi tính thẩm mĩ mà còn do nhiều thuộc tính cá nhân dựa trên dáng vẻ bề ngoài của cơ thể. Thức ăn, cách ăn và cân nặng còn được nhiều người cho là những vấn đề đạo đức và hình dáng cơ thể có thể là tiêu chuẩn chính của tự đánh giá bản thân và đánh giá người khác (Wardle & Marsland 1990); rất nhiều người giữ những cái nhìn tiêu cực đối với người béo.

Hơn một nửa số gia đình có người rối loạn ăn có vẻ đề cao vai trò của cân nặng và hình dáng (Haworth-Hoeppner 2000). Người mẹ trong những gia đình này hầu như cũng ăn kiêng và theo chủ nghĩa cầu toàn hơn các bà mẹ trong những gia đình không có các rối loạn (Pike & Rodin 1991). Ăn kiêng thành công có thể là một cách để giành lấy sự thừa nhận của cha mẹ có các đòi hỏi cao đặc biệt là gia đình mà những đứa trẻ không thành công lắm trong các lĩnh vực khác. Bỏ ăn có thể làm cho cá nhân trở nên quan trọng hơn trong gia đình, và mang lại cho họ một số ảnh hưởng để kiểm soát các thành viên khác trong gia đình. ("Con sẽ ăn nếu bố mẹ..."). Đó cũng có thể là một sự trừng phạt đối với họ ("Con không ăn vì bố me..."). Hậu quả thứ hai của chán ăn là nó có thể khiến cho cá nhân được đối xử như một đứa trẻ và cho phép họ tránh phải chịu trách nhiệm hoặc không phải đối mặt, một lần nữa nó có thể ảnh hưởng nhất trong gia đình nơi mà các thành tựu được đề cao.

Một số nhà trị liệu gia đình cũng có thể đưa ra được mô hình chán ăn hoàn toàn khác. Trong mô hình này, cá nhân chán ăn được xem như là triệu chứng của sự rối loạn chức năng gia đình. Minuchin và cs. (1978) mô tả các đặc điểm của một " gia đình chán ăn" là: dễ lúng túng, bảo hộ quá mức, cứng nhắc và né tránh xung đột. Như vậy có thể là có xung đột giữa cha mẹ và nó được kiểm soát và giấu diếm. Theo Minuchin và cs. (1978), vị thành niên là một thời kỳ đầy stress trong những gia đình như thế, sự cố gắng của vị thành niên để có được sự độc lập của họ trong gia đình gia tăng nguy cơ bộc lộ xung đột của cha mẹ. Sự phát triển của chứng chán ăn ngăn chặn hoàn toàn mối bất đồng trong gia đình, và có thể giữ các thành viên lại xung quanh "bệnh nhân đáng thương". Sự ốm yếu, cần được chăm sóc của thành viên trẻ trong gia đình đem lại bảo đảm chắc chắn vị trí trung tâm của gia đình và đánh lạc hướng các xung đột của cha mẹ. Bằng chứng cho thuyết này được dựa trên cơ sở vững chắc là các kinh nghiệm lâm sàng trị liệu gia đình của nhóm Minuchin.

Mô hình văn hoá xã hội cuối cùng chỉ ra rằng cả chán ăn và cuồng ăn cũng có thể là hậu quả của lạm dụng tình dục (Oppenheimer và cs. 1985). Theo mô hình này, hậu quả của lạm dụng ở trẻ vị thành niên gái là làm cho họ có quan điểm tiêu cực mạnh mẽ đối với vẻ nữ tính. Kết quả là sự cự tuyệt đối với kiểu người có dáng vẻ nữ tính và cố gắng chống lại nó. Điều này hầu hết thường xuất hiện ở tuổi dậy thì. Bằng chứng cho điều này không mạnh lắm. Mặc dù lạm dụng tình dục chiếm tỉ lệ cao trong số những người rối loạn ăn, song đây

không phải là đặc điểm then chốt bởi nó cũng không cao hơn so với những người rối loạn lo âu hay các rối loạn tâm lí khác.

SỰ GIẢI THÍCH VỀ MẶT TÂM LÍ

Sơ đồ liên quan tới cân nặng

Yếu tố xã hội biểu hiện ra hành vi qua quá trình nhận thức. Mặc dù có nhiều sự khác nhau trong trình bày vấn đề, mô hình nhận thức của Fairburn (1977) cho rằng ở cả hai dạng chán ăn và cuồng ăn đều có chung một sự rối nhiễu tâm lí: một tập hợp những niềm tin và quan điểm méo mó về hình dáng cơ thể và cân nặng. Gầy và giảm cân là sự ưu tiên hàng đầu, có lẽ bởi vì mong muốn cao là trông gầy và hấp dẫn hơn, các cá nhân làm việc để chống tăng cân và bị béo. Sơ đồ đưa ra bao gồm đánh giá giá trị của ai đó dựa trên cơ sở là đạt được một cơ thể nhẹ cân và gầy gọi là "sơ đồ cân nặng cá nhân" (weight-related self-schema).

Một khi các sơ đồ liên quan tới cân nặng được xác định, nó làm méo mó cách mà cá nhân tiếp nhận và lí giải kinh nghiệm của mình. Những người khác đánh giá không phải dựa vào phẩm chất cá nhân mà ở giới hạn của việc gầy hơn hay béo hơn các cá nhân khác. Tất cả các hoạt động đều được xem xét dưới góc độ kiểm soát cân nặng, và bất kỳ một hoàn cảnh nào cũng đều dẫn đến việc tự đánh giá kéo theo đó là tập trung cao độ vào cân nặng và hình dáng. Bất kỳ sự dao động nào của cân nặng cũng có ảnh hưởng sâu sắc tới suy nghĩ và tình cảm.

Với một vài người, sự quan tâm và ưu tiên kiểm soát của họ đối với cân nặng cho thấy một sự thiếu yêu quý bản thân và khát khao kiểm soát việc tăng cân trở thành một khía cạnh trong cuộc sống của họ. Họ hi vọng cảm thấy tốt hơn về bản thân nếu họ gầy hơn- một qúa trình dẫn họ đến việc không bao giờ thoả mãn với dáng vẻ của mình và tiếp tục thực hiện quá trình giảm cân. Trầm cảm có vẻ là kết quả của hành vi chán ăn, tự đánh giá thấp và tăng sự phụ thuộc vào việc kiểm soát cân nặng như là một cách để duy trì giá trị của bản thân.

Lúc đầu cố gắng giảm cân có thể được khơi ra bởi một vài yếu tố bao gồm sự phê phán, bình phẩm về cân nặng hay hình dáng, trêu chọc hay vai trò của thời kỳ khủng hoảng chuyển từ một đứa trẻ thành một phụ nữ. Thay đổi chế độ ăn được duy trì bởi nhiều quá trình củng cố. Củng cố tích cực lúc đầu có thể là trải nghiệm khi được khen là trông mảnh mai. Khi điều đó trở nên được quan tâm, họ có thể tiếp tục tạo ra những củng cố tích cực khi cá nhân đó thu hút được sự chú ý của gia đình. Một dạng phản hồi có thể rất quan trọng: sự củng cố hàng ngày hay hàng tuần của cái cân trong phòng tắm. Những điều này cung cấp sự phản hồi chắc chắn về thành quả. Với những người có tự đánh giá thấp, giảm cân có thể cung cấp một yếu tố của kiểm soát và thành công trong cuộc đời họ. Giảm cân trở nên ngang hàng với giá trị bản thân, tự trọng bản thân và có thể còn hơn hẳn một số yếu tố khác trong cuộc đời. Hành vi chán ăn có thể được dẫn dắt bởi quá trình củng cố tiêu cực.

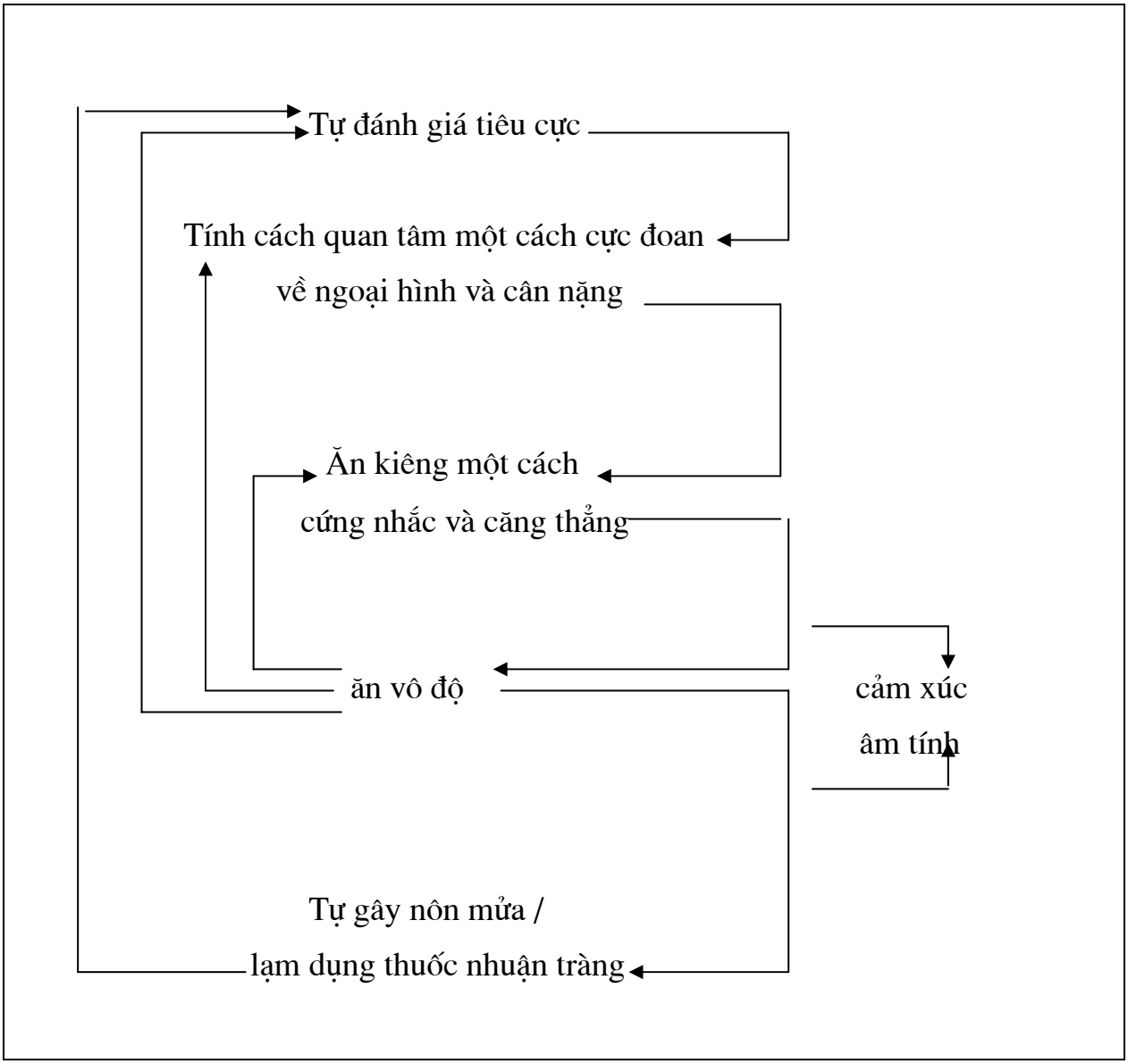
Những người chán ăn trải nghiệm một nỗi sợ hãi dữ dội đối với việc lên cân. Để tránh cảm giác sợ này giới hạn sự ăn uống lại cũng mang đến sự giảm nhẹ cảm giác sợ.

Cả chán ăn và cuồng ăn đều phản ánh những cách khác nhau trong việc giải quyết vấn đề song họ có chung nền tảng nhận thức. Theo Fairburn (1997), những người chán ăn có thể kéo dài một thời gian kiểm soát việc ăn uống của mình tốt hơn những người cuồng ăn vốn hỗn loạn và ít kiên định. Ông nhận định rằng bởi vì thói quen ăn kiêng hạn chế, các cá nhân mắc cả chứng chán ăn và cuồng ăn đều phải chịu áp lực đáng kể cả về mặt tâm lí và sinh lí rằng cần ăn vô độ. Đối phó với những đòi hỏi này, cả hai nhóm đều phải lập ra những luật lệ để để kiểm soát chế độ ăn: khi cần ăn thì cái gì họ có thể và cái gì không được ăn. Những nguyên tắc này là rất hoàn hảo nhưng khó thực hiện. Mặc dù vậy, những người mắc chán ăn thường có đủ khả năng tự kiểm soát để theo đuổi luật lệ mà họ đặt ra. Trong khi đó những người cuồng ăn thường thất bại khi làm như vậy.

Khi một người cuồng ăn bắt đầu ăn, họ thường phân đôi suy nghĩ của mình ("Mình đã ăn, kế hoạch ăn kiêng đã phá sản. Đâu là vấn đề của việc cố gắng ăn kiêng...? ") và bắt đầu ăn vô độ. Ăn vô độ cũng thường có khuynh hướng cải thiện tâm trạng tiêu cực, và vì thế bản thân nó là một sự củng cố. Điều này là do nhiều nguyên nhân, bao gồm tình trạng uể oải do việc ăn một lượng lớn thức ăn và với những người tìm cách nôn mửa ra có được cảm giác bớt căng thẳng. Những cảm giác tích cực ban đầu thường xuất hiện theo sau những cảm giác kinh tởm và xấu hổ với việc ăn quá nhiều, điều này làm tăng thêm nỗ lực thực sự để theo đuổi kế hoạch ăn kiêng, song ăn kiêng lại có thể đem lại nguy cơ ăn vô tội , và vì thế vòng luẩn quẩn lại tiếp tục (hình 12.1).

Hình ảnh méo mó về bản thân

Mô hình nhận thức thứ hai, chỉ dành cho những người chán ăn, đề cập đến một hình ảnh méo mó về bản thân. Đó là việc những người mắc chứng chán ăn cảm thấy "béo" thậm chí ngay cả khi cân nặng của họ không bình thường về mặt lâm sàng (Bruch 1982). Trong tổng quan một số lượng quá nhiều các nghiên cứu, Gupta và Johnson (2000) cho rằng rất nhiều người chán ăn có sự đánh giá cực đoan về sự cân xứng của cơ thể, cụ thể đánh giá thấp về vẻ ngoài của mình và cho rằng nó không hấp dẫn. Ngược lại, Slade và Brodie (1994) cho rằng rất nhiều nhận xét đó thể hiện phản ứng cảm xúc hơn là cảm giác. Họ cho rằng những người có rối loạn ăn thường không tự tin vào số đo và ngoại hình cơ thể họ, và chỉ khi họ bị buộc phải làm, họ thường sai lầm, đánh giá quá mức số đo của cơ thể. Epstein và cs. (2001) cũng đồng ý với nhận định như vậy khi bằng thực nghiệm, các tác gải đã chứng minh những người chán ăn không có cảm giác sai lệch về số đo cơ thể họ trong thời gian dài.



Hình 12.1 Vòng luẩn quẩn của nhận thức và hành vi cuồng ăn

Hạn chế ăn còn kéo theo những hậu quả sinh học khác, không liên quan gì tới số đo và ngoại hình cơ thể và còn dẫn tới nhận thức lệch lạc kéo dài. Sự đói ăn ảnh hưởng tới một số quá trình nhận thức, làm kém tập trung, tư duy chậm chạp, cứng nhắc, thu mình, hành vi ám ảnh cưỡng bức, trầm cảm. Kết quả là sự đói ăn có thể làm cho những phản hồi tích cực bị bưng bít lại, người chán ăn trở nên càng cứng nhắc hơn trong niềm tin và không thể thoát ra để nhìn vấn đề của mình theo cách khác (Whittal và Zaretsky 1996).

Sự giải thích từ góc độ phân tâm học

Thuyết phân tâm học kinh điển đưa ra một số cách giải thích về chứng chán ăn (Zerbe 2001). Một trong cách giải thích là sự lẫn lộn một cách vô thức giữa việc ăn và bản năng tình dục. Một vài phụ nữ có thể tránh ăn với ý nghĩa biểu trưng cho việc tránh sex.

Một số các giải thích khác được nêu ra là những người phụ nữ chán ăn tưởng tượng về sự thụ thai bằng miệng và nhầm lẫn việc mập phì là có thai. Sự đói ăn làm giảm nguy cơ có thai. Một số cách giải thích nữa là chán ăn phản ánh sự thoái lui về các giai đoạn trước đây của quá trình phát triển. Cá nhân thu nhỏ mình lại đúng theo nghĩa đen của nó. Điều này và việc ngừng kinh nguyệt là một sự vô thức muốn từ chối thời kỳ trưởng thành và mong ước được trở về tình trạng giống thời thơ bé. Cuối cùng, chán ăn được coi là kết quả của việc trì hoãn sự phát triển tâm tính dục. Nếu đứa trẻ quyến luyến với thời kỳ môi miệng, sự lo âu và ám ảnh giới tính hầu hết đều thể hiện ở việc rối loạn ăn.

Kết hợp giữa phân tâm và quá trình nhận thức, Bruch (1982) đi đến kết luận rằng chán ăn là kết quả của sự rối nhiễu quá trình tương tác mẹ – con, điều đó dẫn đến sự thiếu hụt cái tôi bao gồm kém tự chủ và kiểm soát, biểu hiện dưới các dạng rối loạn ăn. Theo Bruch (1982), một vài người mẹ sai lầm trong cách chăm sóc và đáp ứng những nhu cầu của đứa con nhỏ của mình, có thể đó là kết quả của sự ưu tiên nhu cầu bản thân hơn nhu cầu của đứa trẻ hoặc hiểu nhầm hành vi của chúng. Họ có thể cung cấp thức ăn hoặc ôm hôn đứa trẻ vào lúc mà họ thích nhưng chưa chắc đứa trẻ đã thích hoặc hiểu sai cảm xúc hoặc nhu cầu của đứa trẻ. Kết quả là, đứa trẻ có thể nhầm lẫn hoặc không ý thức được những nhu cầu thực sự bên trong nó, không biết khi nào chúng đói hay no, và không biết cách thể hiện cảm xúc của mình. Hậu quả của sự nhầm lẫn đó là chúng trở về với người hướng dẫn bên ngoài như cha mẹ và bắt đầu là một "đứa trẻ mẫu". Tuy nhiên chúng không phát triển được sự tự tin thực sự cũng như cách kiểm soát hành vi, nhu cầu và xung động của bản thân. Chúng cảm thấy như là chúng không làm chủ được chính cơ thể của mình. Trẻ vị thành niên càng cảm thấy cần phải xác lập cho mình sự tự chủ, nhưng chúng cảm thấy không thể thực hiện được điều này. Để khắc phục cảm giác bất lực này chúng tìm kiếm sự kiểm soát quá mức đối với số đo cơ thể và hình dáng, thói quen ăn uống của bản thân. Một số nghiên cứu đã cung cấp thêm cơ sở để Bruch khẳng định nhận xét của mình. Steiner và cs. (1991) thông báo rằng rất nhiều cha mẹ của các cô gái trẻ chán ăn có khuynh hướng cho con ăn theo một thời gian biểu quá cứng nhắc so với một đứa trẻ. Fukunishi (1997) chỉ ra rằng rất nhiều người cuồng ăn tiếp nhận sai lầm những cảm xúc như lo âu, bối rối là dấu hiệu của những cơn đói và đáp ứng lại bằng việc ăn. Cuối cùng, Walter và Kendler (1995) kết luận rằng những người có rối loạn ăn có khuynh hướng tin tưởng quá mức vào ý kiến của những người khác và lo lắng về việc họ sẽ nhìn mình như thế nào.

Can thiệp đối với chứng chán ăn

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến chứng chán ăn, do vậy trị liệu tối ưu nhất tuỳ thuộc vào từng cá nhân. Những dạng can thiệp có thể được sử dụng gồm trị liệu hành vi nhận thức, trị liệu gia đình, trị liệu tâm lí chiều sâu, mỗi sự can thiệp đó được thực hiện như những lời khen ngợi, động viên hơn là can thiệp cạnh tranh. Can thiệp có thể được chia thành 2 giai đoạn: giai đoạn

Hộp 12.1. Cuồng ăn và chán ăn

Sau đây là tự bạch của người cuồng ăn và chán ăn. Mặc dù cả hai đều là những rối loạn ăn song nhận xét của họ vẫn thực sự rất khác nhau. Quan điểm của những người mắc chứng cuồng ăn tập trung vào việc ăn uống và cảm giác tội lỗi, khó chịu đi kèm theo. Những người mắc chứng chán ăn lại tập trung vào những vấn đề rộng hơn, cụ thể là vấn đề trả thù và kiểm soát. Đối với mỗi người, con đường dẫn đến các rối loạn không giống nhau, do vậy mặc dù có một số cách thức điển hình thì cũng chỉ là tương đối. Cùng mộtrối loạn như nhau nhưng cách thức dẫn đến rối loạn đó có thể hoàn toàn khác nhau ở những người khác nhau.

Cuồng ăn

Tôi nghĩ thật dễ dàng để không uống hoặc không dùng thuốc hơn là không ăn như bình thường. Bạn có thể dùng hoặc không dùng nó. Nếu bạn không muốn bạn chỉ việc tránh chúng ra. Nhưng ăn thì lại rất khác. Bạn ăn....bạn thấy thoải mái bạn lại tiếp tục ăn và thật khó để dừng lại. Tôi muốn mảnh mai và ưa nhìn. Và tôi thích thức ăn của tôi. Vì thế tôi nói với bản thân OK. Hôm nay bạn sẽ không ăn đến 6 giờ và bạn sẽ chỉ ăn vì sức khoẻ. Và tôi bắt đầu một ngày với ý định tốt.

Nhưng sau đó tôi sống vì thức ăn, tôi không thể không ăn bữa trưa - đối với tất cả mọi người xung quanh tôi điều đó thật dễ dàng. Nhưng khi thời gian trôi đi, tôi muốn ăn, tôi không thấy đói. Nhưng chuyện gì sẽ xảy ra khi tôi về nhà, tôi chỉ muốn ăn. nó ở trong đầu tôi và tôi biết có thức ăn trong tủ lạnh - kem rất ngon và sôcôla tuyệt vời. Chúa ơi tôi yêu sôcôla. Tại sao tôi không thể thích thứ gì tốt cho sức khoẻ mà ít calo? Tôi ngồi xem TV nhưng tôi nghĩ đến thức ăn, ngay lúc này. dù sao, một vài đêm tôi có thể vượt qua, tự nấu cho mình thứ gì vừa phải cho ban đêm khi tôi bận rộn hoặc bị cuốn hút vào TV hay cái gì đó. nhưng những đêm khác, tôi chỉ việc đến thẳng tủ lạnh và lấy đồ ăn. Thật không may nó không bao giờ thiếu, nó có tác dụng thế nào đối với bạn? 2 cái bích quy không đủ cho bạn vì thế bạn tiếp tục ăn qua loa với cái gì to hơn và giàu calo hơn. Nó vẫn còn tốt hơn nếu bạn dừng lại ở đấy thôi. Nhưng bạn tiếp tục nghĩ " mình sẽ ăn một ít nữa thôi..." và bạn bắt đầu ăn, cái gì có thể ngăn cản bạn bây giờ. Rồi tôi quên phéng đi dự định tốt lúc ban đầu của mình, *t*ôi tin là tôi đã nhượng bộ việc ăn uống. Vì thế tôi ăn và ăn, tôi không dừng lại cho đến khi no căng. Tôi ăn cho đến khi vỡ bụng thì thôi. Tôi cảm thấy không thoải mái và tôi biết chắc chắn sẽ tăng cân. Tôi cảm thấy thực sự tội lỗi vào ngày hôm sau. Vì thế tôi tự làm mình đau khổ. Sau đó tôi cảm thấy tốt hơn. Ít nhất tôi có thể nghỉ ngơi và biết rằng mình sẽ không bị tăng cân. Nó thực sự làm tôi khuây khoả. Và tôi tự thề với mình rằng ngày mai sẽ kiểm soát việc ăn uống. Nhưng tất nhiên ngày mai không bao giờ tới.

Chán ăn

Chứng chán ăn của tôi bắt đầu khi tôi 13 tuổi. Tôi gặp phải vấn đề về thức ăn từ những năm trước đó. Mẹ tôi luôn ăn kiêng - và tôi thường xuyên bị trở thành người ăn kiêng cùng với mẹ tôi, thỉnh thoảng là người thi ăn kiêng cùng mẹ .Bây giờ thì tôi nhận thấy rằng, những cuộc đấu tranh với thức ăn của chúng tôi đã đánh lạc hướng chú ý của gia đình khỏi sự bất ổn đang bao trùm trong toàn bộ ngôi nhà. Tôi trở thành nơi thích hợp để trút những đòn roi từ sự tức giận của bố mẹ tôi. Tôi không có được sự an toàn...Tôi đã bị đánh rất nhiều và thường xuyên bị nhục mạ.

Khi tôi 13 tuổi, bố mẹ tôi đã rất thẳng tay và họ cố gắng điều khiển hoàn toàn cuộc sống của tôi, bạn bè, bạn trai tôi và tất cả mọi thứ. Sự điều khiển này đã đẩy tôi đến vực thẳm...Việc ăn kiêng trở thành nỗi ám ảnh với tôi. Tôi đã sụt hơn 10 kg chỉ trong 1 tháng! Cơn đói thì vẫn còn đó. Có những ngày hầu như tôi chỉ nghĩ về thức ăn. Nhưng tôi đã được định rõ để chế ngự nó. Tôi đã đấu tranh để kiểm soát hoàn toàn nó - có lẽ là sự kiểm soát duy nhất mà tôi có. Tôi cảm thấy rằng mình thất bại nếu tôi ăn, có nghĩa là tôi sẽ đánh mất mình, đánh mất sự kiểm soát của tôi.

Tôi muốn trông mình dễ coi, muốn thích hợp với hình ảnh của phụ nữ. Nhưng phần lớn hơn cả là sự trả thù! Tôi mong muốn được nhìn thấy phản ứng của bố mẹ tôi trước sự chết đói của tôi. Việc ăn kiêng không còn là điều tốt nữa, phải có một cái gì đó để làm với mẹ tôi...đó phải là vũ khí. Đặt tất cả những cư xử của bà vào chính bà. Họ phần nào đã tức giận bởi vì họ không thể kiểm soát được phần này trong tôi, cả lo lắng và sợ hãi nữa. Nhưng tôi thì đã kiểm soát được. Họ nguyền rủa, gào thét và cố gắng để bắt tôi ăn. Nhưng tôi không ăn- không phải cho họ.

Tôi bắt đầu mất cảm xúc của mình. Tôi muốn chết đói để có quyền kiểm soát, để chứng minh là tôi có thể làm được điều đó, cũng là vì tôi xứng đáng được...vì tôi ghét bản thân mình!

ban đầu thường ở bệnh viện, tập trung vào việc tăng cân, và giai đoạn sau là một thời kỳ trị liệu ngoại trú kéo dài, tập trung vào thay đổi nhận thức và hành vi.

KHUYẾN KHÍCH TĂNG CÂN

Cần phải cho người bệnh điều trị nội trú trong trường hợp cân nặng của họ giảm nghiêm trọng, dưới 75% cân nặng bình thường. Sự can thiệp ở bệnh viện thường tập trung vào cải thiện số cân nặng còn thiếu. Quá trình này dựa trên điều kiện hoá quan sát được bao gồm xác định trước mức thưởng cụ thể cho số cân sẽ đạt được, cái giá trị nhất trong số đó có thể là ra viện sau khi đạt được mục đích tăng cân. Cần tránh nguy cơ nhồi nhét thức ăn vào rồi lại nôn ra làm vô hiệu việc chữa bệnh.

Vài năm trước đây, những phần thưởng như vậy có thể là được nói chuyện điện thoại hoặc xem TV. Tuy nhiên những điều này bây giờ vẫn được xem là quyền cơ bản, và việc thay đổi chúng cũng giống như xâm phạm đến quyền công dân. Do vậy 'phần thưởng' cho việc ăn thường do tự cá nhân xác định và phải ngoài những điều thông thường dành cho bệnh nhân nội trú. Đó có thể là tăng thêm các đặc ân xã hội, được tiếp chuyện với các vị khách mời và thực hiện các đặc ân xã hội. Tiếp nhận calo phải tăng một cách từ từ theo thời gian: nếu quá tiếp nhận quá nhiều, lượng calo lúc đầu có thể không tiêu thụ hết. Y tá cũng có thể hướng dẫn các cá nhân về chứng chán ăn và cung cấp thông tin phòng ngừa và động viên. Điểm mấu chốt ở đây là sự bảo đảm rằng việc tăng cân trong thời gian này không chuyển thành thừa cân về lâu dài. Schwartz và Thompson (1981) phân tích kết quả của các chương trình điều trị nội trú dạng như trên và thấy rằng một thời gian sau nội trú, có 6% bệnh nhân chết vì tự làm mình đói, 49% khỏi bệnh, 31% đã có cải thiện nhưng vẫn rối loạn ăn uống, 18% bệnh tình vẫn như cũ.

Trong khi phần lớn những người tham gia trị liệu đã tăng cân trong thời gian đầu thì một số khác tiếp tục giảm cân và thậm chí còn có trường hợp đe doạ đến tính mạng. Điều này đã tạo ra sự thách thức cả về lâm sàng và đạo đức đối với những người tham gia vào chương trình như vậy. Vấn đề then chốt lúc này là liệu có cần cung cấp dinh dưỡng cho người bệnh cho dù họ không mong muốn? Tranh luận tập trung vào năng lực của người chán ăn để tạo ra quyết định cái gì là cuộc sống thực của họ hoặc quyết định chết. Một số nhà lâm sàng (ví dụ, Russon và Alison 1998) cho rằng đa số những người chán ăn có đủ năng lực tinh thần để ra những quyết định ăn hay không ăn. Do vậy việc trị liệu đi ngược lại những nguyện vọng của họ là không thích hợp, cho dù nó có thể dẫn họ đến chỗ chết. Một số khác (ví dụ, Treasure 2001), trong khi thừa nhận rằng nuôi dưỡng cưỡng bức là vô nhân đạo và không thể chấp nhân được, lại có quan điểm rằng cả hai điều đó và những cách điều trị tích cực khác có thể được dùng một cách hợp pháp với những người chán ăn một cách cực đoan bởi họ không có đủ năng lực tinh thần để ra quyết định mà có thể hậu quả là dẫn họ đến cái chết.

Treasure (2001) nhận diện 4 nguyên tắc chung để xác định rõ khi nào cá nhân có đủ năng lực hợp pháp đưa ra quyết định lựa chọn hoặc từ chối điều trị. Đó là:

- hiểu và nhớ được những thông tin cần thiết cho quyết định của họ, ý thức được những hậu quả có thể xảy ra của việc có hoặc không điều trị
- tin vào các thông tin
- cân nhắc các thông tin như là một phần của quá trình ra quyết định
- thừa nhận rằng họ có vấn đề về sức khoẻ và tìm kiếm các phương thuốc cho tình trạng của họ.

Theo Treasure (2001), các cá nhân mắc chứng chán ăn thường không đáp ứng với các tiêu chuẩn trên và do đó thường bị quy kết một cách bất hợp pháp rằng không đủ năng lực ra quyết định đi chữa bệnh được và điều đó có thể nguy hiểm cho tính mạng của họ. Vì thế bác sĩ có quyền chữa bệnh cho họ mà không cần họ đồng ý. Quan điểm này cũng phù hợp với các thông lệ hợp pháp trước đó (Dyer 1997) rằng cần phải điều trị cưỡng bức đối với những người mắc chứng chán ăn bao gồm cả cưỡng bức nuôi dưỡng, tất cả đều hợp pháp và trong trường hợp cần thiết.

CÁCH TIẾP CẬN HÀNH VI NHẬN THỨC

Giai đoạn thứ hai trong việc trị liệu là những can thiệp nhằm thay đổi hành vi và duy trì được lâu dài sự thay đổi đó. Có thể cách tiếp cận hành vi nhận thức được sử dụng một cách rộng rãi nhất là của Garner và Bemis (1985). Nó được chia làm nhiều giai đoạn, giai đoạn đầu tiên là xác lập mối quan hệ làm việc với cá nhân. Garner và Bemis nhận định rằng ở thời điểm này, vấn đề mấu chốt nhất chính là niềm tin cơ bản của họ không bị lung lay, dẫn đến kết quả là họ từ chối trị liệu. Do vậy, nhà trị liệu phải hiểu cá nhân, nhận biết được chiến lược kiểm soát cân nặng của họ và đánh giá đúng được các chiến lược đó thành công ở mức nào. Điều này có thể liên quan đến câu hỏi khi nào thì có thể đạt được tất cả những gì cá nhân dự định và đánh giá được cái giá phải trả về mặt cảm xúc và thể chất cho việc ăn kiêng một cách cực đoan. Những buổi đầu có thể phải dùng chỉ để xác lập những kết quả và cái giá phải trả cho những hành vi chán ăn. Đây cũng có thể là sự thăm dò sơ đồ nằm sâu bên trong các hành vi này. Giao bài tập về nhà cũng có thể được sử dụng để thu thập dữ liệu về việc các sự kiện ảnh hưởng như thế nào tới suy nghĩ cảm xúc và cung cấp cơ hội để thử nghiệm các cách khác nhau để làm sáng tỏ mối quan hệ giữa các sự kiện với ăn uống và cân nặng. Chỉ khi xác lập được mối quan hệ công việc tốt và cá nhân có động cơ thay đổi, ít nhất thì cũng chú ý đến điều này, khi đó trị liệu nhận thức mới bắt đầu.

Can thiệp nhận thức có thể có nhiều mục đích bao gồm thay đổi những nhận thức sai lệch và phát triển sự tự chủ. Có thể nhấn mạnh vào những cảm giác và thái độ sai lạc. Mặc dù có thể không làm thay đổi mong muốn được gầy, tuy nhiên ý thức được sự lệch lạc và chấp nhận sự thật rằng ít nhiều họ đã phóng đại, có thể giúp họ có thiện chí ăn uống. Tự chủ có thể được cổ vũ bởi sự đối mặt với những nhận thức tiêu cực và khích lệ cá nhân tin

vào trực giác và cảm giác bên trong của họ. Sự thách thức về mặt nhận thức khích lệ cá nhân quan tâm đến cái giá là những cảm xúc mạnh do hành vi đưa lại, giúp họ thăm dò một vài sơ đồ nằm sâu bên trong của các hành vi đó, dạng như niềm tin rằng trọng lượng cơ thể hay ngoại hình có thể là tiêu chuẩn duy nhất cho giá trị bản thân và kiểm soát hoàn toàn bản thân là điều cần thiết. Những người tham gia trị liệu có thể cũng được học các kĩ năng giải quyết vấn đề để giúp họ đương đầu một cách hiệu quả với bất cứ cơn khủng hoảng có thể xuất hiện.

Mặc dù vấn đề mang tính đe doạ cuộc sống và trường diễn, một số tác giả vẫn tiến hành tác động thử nghiệm có kiểm soát nhằm thăm dò hiệu quả của can thiệp hành vi nhận thức đối với chán ăn (Pike 1998). Có thể do tính chất mạn tính của tình trạng cho nên có những người tham gia nhiều chương trình trị liệu khác nhau và rất khó xác định được sự thay đổi hành vi của họ là do sự can thiệp nào. Tình trạng không trị liệu kéo theo nguy cơ lâu dài gây tổn thương nghiêm trọng và nguy cơ bỏ dở trị liệu cũng rất cao khiến cho việc thiết kế các thử nghiệm chuẩn là rất khó khăn.

Dù cho các cứ liệu như thế nào chăng nữa, người ta vẫn coi trị liệu hành vi nhận thức là một can thiệp hiệu quả. Trong một thử nghiệm sớm, Channon và cs. (1989) đã so sánh tiếp cận hành vi và tiếp cận hành vi nhận thức. Trị liệu hành vi bao gồm đối mặt từ từ với những thức ăn né tránh. Trị liệu hành vi nhận thức lại nhận diện niềm tin bất thường đối với ăn uống. Có một số khác biệt giữa hai cách can thiệp này ở cả 6 tháng và 12 tháng tiếp theo, mặc dù các tác giả cho rằng quy trình nhận thức dễ được chấp nhận hơn liên kết trị liệu tốt hơn nên kết quả của cả 2 loại can thiệp đều tốt hơn. Do trong nghiên cứu không có nhóm ‘không trị liệu’ vì như vậy là vi phạm đạo đức cho nên cũng khó xác định được chính xác hiệu quả thực của can thiệp.. Trong một so sánh tương tự, Treasure và cs. (1995) so sánh hiệu quả của trị liệu nhận thức và trị liệu kết hợp nhận thức-phân tâm. Sau 1 năm can thiệp, cả hai loại trị liệu chứng tỏ hiệu qủa như nhau, 63% người tham gia có kết qủa tốt hoặc khỏi "ngay lập tức" .

TIẾP CẬN TRỊ LIỆU GIA ĐÌNH

Có nhiều cách trị liệu gia đình khác nhau đã được sử dụng để trị liệu chứng chán ăn, tuy nhiên tất cả đều tìm kiếm cách thay đổi cấu trúc quyền lực trong gia đình bằng cách tăng cường sức mạnh cho cha mẹ, ngăn cản liên minh xuyên thế hệ, và giảm sự căng thẳng cũng như các vấn đề của cha mẹ. Cần lưu ý rằng cách tiếp cận này tương phản rõ rệt với can thiệp hành vi nhận thức được mô tả ở trên với cách khích lệ tự chủ và kiểm soát việc ăn uống của cá nhân.

Trị liệu cấu trúc gia đình

Một trong những cách tiếp cận gia đình đầu tiên để điều trị chứng chán ăn được báo cáo bởi Minuchin và cs. 1978 (xem chương 4). Họ thông báo rằng tỉ lệ thành công là 85%.

Tuy nhiên điều này đã được xem xét với một vài thận trọng như nó dựa trên một số trường hợp ca điển hình với các gia đình tương đối trẻ và nguyên vẹn hơn là các dữ liệu từ những cuộc thử nghiệm có kiểm soát. Gần đây hơn, Rusell và cs. (1978) tiếp tục cách tiếp cận trị liệu tương tự, tập trung vào những stress trong gia đình. Cách tiếp cận có 3 nhiệm vụ. Đầu tiên bao gồm sắp xếp cho gia đình bước vào qúa trình trị liệu. Giai đoạn hai là thời kỳ bồi dưỡng ăn uống. Đây là giai đoạn gia đình tiến hành ăn cùng nhau để củng cố mối quan hệ gia đình, đưa ra những sự giúp đỡ, các quy định về thức ăn và ăn uống. Thời điểm này, " bệnh nhân" và các anh chị em ruột của họ đượcđộng viên liên kết với nhau nhằm củng cố những ranh giới hợp lí trong gia đình. Giai đoạn cuối cùng bao gồm sự thay đổi trong hệ thống gia đình, trong đó có lấy lại quyền kiểm soát ăn uống của cha mẹ, củng cố sự hợp tác giữa cha mẹ, và xoá bỏ sự liên kết hoặc thông đồng giữa cha hoặc mẹ với thành viên có rối loạn ăn uống.

Rusell và cs. (1987) so sánh sự hiệu quả của cách tiếp cận này với kĩ thuật nâng đỡ cá nhân trong trị liệu cả những người chán ăn và cuồng ăn. Kết quả của họ không được lạc quan cho lắm. Mặc dù rất nhiều người với chứng chán ăn có dấu hiệu tăng cân chút ít, song đó chỉ tăng cân ở một mức độ khiêm tốn so với mức độ chung. Sau 1 năm nghiên cứu, 23% người tham gia có kết quả tốt, 16% có kết quả khá và 61% có kết quả kém. Trị liệu gia đình cải thiện được nhiều hơn so với trị liệu cá nhân trong điều chỉnh cân nặng, chức năng kinh nguyệt, thích ứng tâm lí xã hội cho những người tham gia mà các vấn đề xuất hiện trước tuổi 19 và những vấn đề đó kéo dài chưa đến 3 năm. Trị liệu cá nhân cải thiện về mặt bên ngoài hiệu quả hơn so với trị liệu gia đình ở những người tham gia lớn tuổi hơn.

Trị liệu hành vi gia đình

Trị liệu hành vi gia đình (Robin và cs. 1995) kết hợp tiếp cận hệ thống và trị liệu hành vi. Mục tiêu của trị liệu bắt đầu từ việc khôi phục cân nặng. Chiến lược nhằm đạt được mục tiêu bao gồm thay đổi thói quen ăn, trị liệu nhận thức nhằm giảm thiểu sai lạc về hình ảnh cơ thể, nỗi sợ béo và cảm giác vô hiệu quả. Mẫu tương tác gia đình như tránh xung đột, sự lúng túng và phòng vệ quá mức cũng được đặt ra. Trị liệu theo ba giai đoạn. Đầu tiên, kiểm soát việc ăn uống sẽ đươc chuyển từ con cái sang cho cha mẹ để khôi phục lại trật tự trong gia đình. Cha mẹ được hướng dẫn và khích lệ thực hiện chương trình hành vi tăng cân cho con của họ, bao gồm chuẩn bị bữa ăn, tập thể dục đều đặn và lập bảng theo dõi những việc làm theo hay không làm theo kế hoạch. Khi tăng cân thì việc trị liệu được chuyển sang giai đoạn 2. Nó kết hợp 3 yếu tố:

- cải tổ biểu tượng sai lạc về cơ thể và các niềm tin phí lí vào thức ăn
- làm việc với gia đình để sửa đổi lại sự lúng túng, sự liên minh và trật tự không thích hợp trong gia đình
- chuyển từ từ việc kiểm soát ăn cho người bị rối loạn.

Cuối cùng, gia đình có thể được hướng dẫn cách giải quyết vấn đề, và các kĩ năng giao tiếp. Robin và cs. (1995) đánh giá hiệu quả cách tiếp cận của họ, so sánh với trị liệu

khích lệ cá nhân, trong một nhóm nữ vị thành niên từ 12-19 tuổi. Sau một năm nghiên cứu, cả hai kiểu trị liệu đều có hiệu quả tích cực, mặc dù không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

TRỊ LIỆU PHÂN TÂM

Khá nhiều nghiên cứu ca và nghiên cứu không kiểm soát cho thấy tiếp cận phân tâm học đối với điều trị chán ăn có hiệu quả với vị thành niên về các vấn đề thứ yếu. Tuy nhiên cũng không có nhiều nghiên cứu so sánh hiệu quả của cách tiếp cận này với các tiếp cận khác. Một trong số đó là của Dare và cs. (2001). Can thiệp phân tâm học được thực hiện trong một thời gian tương đối hạn chế, trung bình 24 buổi trong giai đoạn một năm. Trong đó, nhà trị liệu không đóng vai trò là người hướng dẫn, chỉ đạo, không đưa ra lời khuyên về ăn uống hoặc các vấn đề khác trong quản trị triệu chứng. Thay vào đó, họ lí giải ý nghĩa vô thức và ý thức của các triệu chứng trong mối quan hệ với tiền sử cá nhân, hậu quả của các triệu chứng và ảnh hưởng của nó trong các mối quan hệ hiện nay của họ, sự biểu hiện của các ảnh hưởng đó trong mối quan hệ với nhà trị liệu. Dare và cs. (2001) so sánh hiệu quả của các tiếp cận này với tiếp cận trị liệu gia đình của Rusell và cs. (1987), can thiệp trên cơ sở cá nhân có các yếu tố của cả tiếp cận phân tâm và nhận thức, và một trạng thái hỗ trợ lỏng lẻo trong đó những người tham gia không được trị liệu theo hệ thống. Những người tham gia trong nghiên cứu có tiên lượng tương đối xấu. Tuổi khởi phát muộn, vấn đề tồn tại trong một khoảng thời gian dài và tình hình không cải thiện với các trị liệu khác. Tuy nhiên sau một năm dài can thiệp, 1/3 số phụ nữ đã không còn đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán chán ăn. Chỉ có 5% những người trong nhóm đối chứng cho thấy sự cải thiện. Như vậy không can thiệp nào hiệu qủa hơn can thiệp nào.

CAN THIỆP DƯỢC LÍ

Can thiệp dược lí không cho hiệu quả đặc biệt trong điều trị chứng chán ăn. Jimerson và cs. (1993) tiến hành siêu phân tích tất cả các nghiên cứu có kiểm soát trong việc điều trị chứng chán ăn bằng thuốc chống trầm cảm và thuốc hướng thần để xem hiệu quả. Họ cho thấy có rất ít bằng chứng về hiệu quả. Sau tổng quan này, các nghiên cứu thử nghiệm cũng không làm thay đổi bức tranh chung. Mặc dù, điều trị bằng SSRIs có thể có hiệu quả trong điều trị trầm cảm đi kèm theo chán ăn, song không có bằng chứng nào về sự thay đổi chắc chắn trong những triệu chứng cơ bản của chứng chán ăn (Ferfuson và cs. 1999). Tuy nhiên cũng có một số ngoại lệ trong nghiên cứu này. Kaye và cs. (2001b) cho thấy can thiệp được thực hiện đối với những phụ nữ chán ăn được điều trị hoặc bằng fluoxetine hoặc bằng placebo có kiểm soát. Với những người được dùng fluoxetine, 63% có đáp ứng tốt như tăng cân, duy trì được mức cân nặng thoả đáng, cải thiện được sự ám ảnh, những triệu chứng rối loạn ăn cơ bản, và khí sắc. Chỉ có 16% trong số dùng placebo đạt được kết quả cân nặng đáng kể. Hiệu quả của can thiệp bằng thuốc có thể phụ thuộc vào sự sẵn sàng dùng thuốc của bệnh nhân, tỉ lệ này nói chung còn thấp. Trong một siêu phân tích những so sánh giữa

trị liệu tâm lí và dùng thuốc, Bacaltchuk và cs. (2002) nhận thấy tỉ lệ thuyên giảm toàn bộ là 20% đối với những người điều trị bằng thuốc chống trầm cảm so với 39% trị liệu tâm lí. Tỉ lệ bỏ dở giữa chừng ở người dùng thuốc chống trầm cảm cao hơn người trị liệu tâm lí.

Can thiệp đối với chứng cuồng ăn

TRỊ LIỆU HÀNH VI NHẬN THỨC

Trái ngược với can thiệp trong chán ăn, đối với chứng cuồng ăn có kết cấu hơn và tiên lượng tốt hơn (Anderson và Maloney 2001). Một trong những cách trị liệu hành vi nhận thức tiên phong trong chứng cuồng ăn là tiếp cận 3 giai đoạn (Fairburn 1997). Giai đoạn thứ nhất có 2 mục tiêu: chứng minh sự cần thiết phải trị liệu, và hai là thay đổi thói quen ăn vô độ bằng một hình thức ăn đều đặn hơn. Việc ăn tập trung nghiêm túc vào 3 bữa chính thêm 2 đến 3 bữa nhẹ có kế hoach trước, không được cho nôn hoặc các hành vi tương tự khác. Điều này thường không làm tăng cân. Ngược lại, giảm tần số ăn uống vô độ có thể giúp giảm cân. Các hoạt động giúp tiêu hao năng lượng như tắm, gặp gỡ bạn bè có thể được sử dụng để giảm nguy cơ ăn uống vô độ. Một khi bữa ăn được thực hiện đều đặn, ý muốn nôn sẽ giảm một cách tự nhiên. Tuy nhiên ở đây còn có một vấn đề nữa là có thể cần phải sử dụng tiếp tục những hành vi để kìm chế ăn trong vòng một giờ hoặc hơn sau khi ăn. Việc sử dụng thuốc nhuận tràng và thuốc lợi tiểu nên chấm dứt vào giai đoạn này với việc giảm dần bằng các chương trình được đưa ra cho những người không có khả năng thực hiện điều đó ngay lập tức. Để trợ giúp cho quá trình này, phổ biến cho các nhân thấy rằng các chiến lược không nhằm ngăn cản sự hấp dẫn của thức ăn. Phần cuối của giai đoạn này, những buổi trị liệu có thể bao gồm cả thân chủ và bạn bè thân thiết, họ hàng, với mục đích đưa ra là một môi trường có thể hỗ trợ sự thay đổi hành vi.

Giai đoạn thứ hai bao gồm sử dụng cả quy trình hành vi và nhận thức nhằm chống lại sự định kiến hình dáng và cân nặng và những nhận thức lệch lạc khác. Can thiệp hành vi có thể bao gồm ăn những loại thức ăn trước đây né tránh, nếu cần có thể tăng năng lượng đầu vào. Điều này được thực hiện theo hệ thống thứ bậc, bắt đầu từ những thức ăn có thể chấp nhận được cho đến những thức ăn có thể gây ra lo âu mức độ nặng hoặc mong muốn ăn vô độ hoặc dùng thuốc xổ ruột. Cùng thời điểm đó, thân chủ được khuyến khích nhận diện những sự thừa nhận tiêu cực về hình dáng và cân nặng của họ, và tìm kiếm bằng chứng để củng cố hoặc chống lại chúng bằng cách sử dụng kĩ thuật thách thức khả năng nhận thức. Fairburn (1997) chỉ ra rằng rất nhiều thân chủ có vốn suy nghĩ như vậy rất hạn chế, gây ra bởi nhiều những tình huống khác nhau. Bằng cách xem xét đi xem xét lại những suy nghĩ đó và những tình huống gây ra những suy nghĩ đó, tiềm lực và tính tự động của những ý nghĩ này được giảm một cách từ từ. Tiếp đó, việc kiểm tra giả thuyết hành vi gồm thực hiện một cách từ từ những hành vi trước đây né tránh và gây sợ hãi như phơi bày hình thể

bằng cách mặc đồ bó sát, cởi bỏ quần áo ở bể bơi hoặc thậm chí không mặc đồ trong bóng tối.

Giai đoạn thứ ba liên quan đến việc duy trì những sự tiến bộ đạt được trong 2 giai đoạn đầu, cân nhắc chiến lược ngăn ngừa tái phát khi trị liệu đã kết thúc.

Trị liệu hành vi - nhận thức được xem như là sự lựa chọn của trị liệu tâm lí đối với chứng cuồng ăn (Anderson và Maloney 2001). Trị liệu này thường cho kết quả tốt nhanh chóng cũng như lâu dài. Ví dụ, Wilson (1996) cho rằng trung bình có khoảng 55% người tham gia trị liệu hành vi nhận thức không xổ ruột nữa đến cuối đợt trị liệu và những người đó tiếp tục thuyên giảm rất nhiều. Còn những người tiếp tục dùng thuốc tẩy thì cũng giảm rất nhiều số lần dùng thuốc: trung bình có 86% giảm số lần dùng thuốc nhuận tràng. Các cứ liệu theo dõi lâu dài cũng rất đáng khích lệ. Fairburn và cs. (1995) thông báo rằng 63% các ca của họ không tái lại sau gần 6 năm tiếp theo. So sánh trị liệu hành vi và trị liệu hành vi nhận thức cho thấy, cả hai đều có hiệu quả ngang nhau trong việc làm giảm ăn vô độ - xổ ruột ngay sau khi bắt đầu trị liệu. Tuy nhiên trị liệu hành vi nhận thức có ưu thế hơn trong việc giảm 'gốc rễ tâm bệnh' của những nhận thức sai lạc về mặt hình thể, cân nặng, và việc duy trì những thay đổi trong một thời gian dài (Fairburn 1997).

TÂM LÍ TRỊ LIỆU LIÊN CÁ NHÂN

Một cách tiếp cận trị liệu tâm lí khác cũng khá hiệu quả trong trị liệu cuồng ăn. Tâm lí trị liệu liên cá nhân (IPT) tập trung chủ yếu vào những chiến lược cải thiện mối quan hệ liên cá nhân trong việc loại trừ bất kỳ vấn đề trị liệu nào khác. Fairburn và cs. thấy rằng nó kém hiệu quả hơn trị liệu nhận thức trong các đợt trị liệu ngắn ngày. Tuy nhiên kết quả sau 1 năm không còn khác biệt và đối với những người tham gia IPT vẫn tiếp tục có sự cải thiện. Tỉ lệ thuyên giảm ở thời điểm này là 46% với IPT và 39% với trị liệu nhận thức. Các tác giả cho rằng những trường hợp có kết quả tốt của IPT là nhờ sự cải thiện giá trị bản thân và các mối quan hệ, điều đó làm cho hình thể và cân nặng trở nên không quá quan trọng đối với cá nhân. Do hiệu quả của IPT gián tiếp hơn so với các phương pháp nhận thức nên nó cần nhiều thời gian hơn để thể hiện rõ rệt.

CAN THIỆP DƯỢC LÍ

Nói chung, thuốc chống trầm cảm cho cuồng ăn làm giảm tần số ăn vô độ với tỉ lệ trung bình là 56%, so sánh với 11% của placebo. (Jimerson và cs. 1993). Tuy nhiên rất nhiều người trị liệu bằng thuốc chống trầm cảm đã bỏ dở giữa chừng do bị phụ thuộc vào thuốc. Thêm vào đó, tỉ lệ tái phát ở nhóm này lên đến 30% - 45% sau khoảng 4-6 tháng bỏ điều trị. Jimerson và cs. (1993) tổng kết số liệu đã cho thấy rằng khoảng 50% số người dùng thuốc chống trầm cảm theo đơn có sự cải thiện, tuy nhiên chỉ 1/3 trong đó duy trì được sự thuyên giảm.

Ba trong số năm nghiên cứu so sánh trị liệu hành vi nhận thức với can thiệp dược lí cho thấy sự không có sự khác nhau về hiệu quả. (Bacaltchuk và cs. 1999). Hai nghiên cứu cho thấy can thiệp bằng nhận thức hành vi tốt hơn. Nhìn chung, tỉ lệ thuyên giảm kéo dài trong nhóm dùng thuốc chống trầm cảm 20%, và ở tiếp cận nhận thức 39%. Tỉ lệ bỏ dở cũng cao hơn ở những người dùng thuốc chống trầm cảm so với trị liệu nhận thức: 40% so với 18%. Một trong những nghiên cứu này, Agras và cs. (1994) phân chia ngẫu nhiên số phụ nữ mắc chứng cuồng ăn vào một số dạng trị liêu, bao gồm một đợt trị liệu ngắn bằng thuốc chống trầm cảm, trị liệu hành vi nhận thức hoặc trị liệu kết hợp. Sau 4 tháng, cả trị liệu nhận thức và kết hợp đều hiệu quả hơn dùng thuốc đơn thuần trong trị liệu ăn vô độ và xổ ruột. Những kết quả trên được duy trì một năm tiếp theo đó. Đến thời điểm này 18% những người dùng thuốc đã không còn ăn vô độ và xổ ruột so với 78% tỉ lệ của những người được trị liệu kết hợp.

Tóm tắt chương

1. Chán ăn được xác định bởi mong muốn đạt được một cơ thể với mức cân nặng dưới mức bình thường. Điều này có thể được thực hiện bằng hai cách: tự nhịn ăn hoặc ăn vô độ rồi dùng thuốc tẩy.
2. Chán ăn có một tiên lượng tương đối nghèo nàn, với tỉ lệ tử vong trong một thời gian dài là gần 16%, và khỏi bệnh là hơn một nửa số trường hợp.
3. Cuồng ăn có một tiên lượng tốt hơn, với hầu hết các ca đạt được một mức độ ăn uống tương đối bình thường
4. Mô hình nhận thức cho rằng cả hai trường hợp đều bị ảnh hưởng bởi nhận thức với việc ưu tiên cho kiểm soát ăn uống và cân nặng. Hành vi của những người có các trạng thái trên cũng rất đa dạng, tuỳ thuộc vào khả năng của họ trong việc kiểm soát đáp ứng với các cơn đói. Những người có kiểu hành vi chán ăn týp 1 có thể kiểm soát cơn đói của họ; những người cuồng ăn thường bị thôi thúc mạnh mẽ để ăn và bù lại bằng dùng thuốc tẩy.
5. Mô hình phân tâm chán ăn cho rằng đây là sự từ chối những bản năng tính dục và nguy cơ mang thai.
6. Bruch tranh luận rằng chán ăn vượt ra ngoài sự hỗn loạn trong tác động qua lại giữa cha mẹ và con cái dẫn đến đứa trẻ nhầm lẫn giữa cảm xúc của riêng chúng và nhu cầu của cơ thể. Điều này làm cho cha mẹ trẻ đưa ra những phản hồi dựa trên cảm giác chủ quan của họ. Trong giai đoạn thanh thiếu niên, trẻ tìm cách có được sự độc lập, tự chủ song đã thất bại.
7. Mô hình văn hoá xã hội nhấn mạnh đến vai trò của áp lực xã hội lên thân hình làm cho các cô gái trẻ cố gắng để có một cơ thể gầy và hoàn hảo.
8. Mô hình gia đình cho rằng chán ăn là kết quả của các gia đình có động lực khác thường. Ví dụ, theo Minuchin, một cá nhân chán ăn là để duy trì sự cố kết của gia đình

bởi lẽ gia đình tập trung chú ý vào họ và nhu cầu của họ và phớt lờ các mối quan hệ nhiễu loạn giữa bố và mẹ.

9. Dường như có nguy cơ di truyền về chán ăn, có thể gián tiếp qua những rối loạn chuyển hoá serotonin.

10. Can thiệp đối với chán ăn thường bao gồm hai giai đoạn: trước hết, tăng cân đến một mức độ an toàn, và thứ hai, can thiệp trong thời gian dài gồm trị liệu nhận thức hành vi, trị liệu gia đình, trị liệu tâm lí hoặc trị liệu thuốc. Cách can thiệp tốt nhất đối với từng cá nhân có thể phụ thuộc vào các yếu tố đặc trưng dẫn đến vấn đề của họ, với mỗi cá nhân tiếp cận tâm lí có hiệu quả với tuỳ người. Nhìn chung tiên lượng lâu dài cũng không tốt.

11. Can thiệp hành vi nhận thức được coi là sự lựa chọn cho điều trị chứng cuồng ăn, hầu hết những người tham gia có kết quả kéo dài.

Câu hỏi thảo luận

1. Chúng ta nên tích cực điều trị cho những người mắc chứng chán ăn, người mà rất gần với cái chết do kết quả của việc họ nhịn đói, hay chúng ta nên tôn trọng mong muốn nhịn ăn của họ bất chấp hậu quả?
2. Những người mắc chứng chán ăn có thể là những trường hợp về tâm lí khó điều trị nhất. Phương pháp hành vi nhận thức có thể thành công trong những trường hợp khác. Tại sao nó không thể là trường hợp điển hình trong chán ăn?
3. Hành vi cuồng ăn có thể được coi như là mức độ cao nhất của kiểm soát cân nặng. Trong trường hợp này, có nên điều trị riêng đối với những điều làm cho họ lo âu bởi cách họ kiểm soát cân nặng của mình?

Chương 13

RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN

Chương này đề cập đến 3 loại rối loạn trong phạm trù chẩn đoán những khó khăn phát triển lan toả. Chương mô tả 3 trạng thái trong đó những khó khăn của lứa tuổi nhỏ được xem như là dự báo cho những vấn đề ở tuổi trưởng thành. Chương tập trung vào những vấn đề liên quan đến các rối loạn khác nhau, được nhóm lại trong một phạm trù rộng - khó học. Sau đó bàn đến nguyên nhân và trị liệu những trạng thái chuyên biệt hơn như tự kỉ và rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD). Đọc hết chương, bạn đọc hiểu được:

- Định nghĩa và một số nguyên nhân gây ra khó học
- Những khía cạnh chăm sóc tâm lí và xã hội những người khó học
- Cơ sở sinh học và tâm lí của tự kỉ
- Tiêm chủng MMR và phản tự kỉ
- Trị liệu tự kỉ và những hành vi tự kỉ
- Các yếu tố liên quan đến ADHD
- Trị liệu sinh học và tâm lí học đối với ADHD.

Khó học

Khó học là một khái niệm rộng, bao gồm nhiều trạng thái khác nhau và đặc điểm nổi bật nhất là tổn thiệt đáng kể chức năng trí tuệ. Những khái niệm được dùng để mô tả những người có trạng thái như vậy có sự khác nhau trên thế giới và qua từng thời kì. Ở Vương quốc Anh, trước đây thuật ngữ được dùng là thiệt thòi (handicapped), dị thường (subnormal) hoặc chậm phát triển (retarded). Hiện nay tất cả những người có những khó khăn về trí tuệ đều được gọi chung là khó học (learning difficulties). Sự thay đổi khái niệm không phải là ngẫu nhiên: nó phản ánh sự nỗ lực nhằm giảm thiểu sự kì thị đối với nhóm người này. Ở Mĩ, những người khó học mức độ nhẹ vẫn được gọi là khó học, những người có các thiếu hụt nghiêm trọng thì gọi là chậm phát triển tâm thần.

Tiêu chuẩn đầu tiên để chẩn đoán rối loạn khả năng học là khởi phát trước tuổi 18, ngoại trừ những rối loạn cảm xúc do chấn thương hoặc những bệnh thần kinh khởi phát muộn. Tiêu chuẩn bổ sung nữa là điểm trắc nghiệm trí tuệ của cá nhân phải dưới mức bình thường. Điểm cận trên của test IQ chuẩn cho chẩn đoán này là ở vào khoảng 70-75: 2 độ lệch chuẩn dưới trung bình 100. Có khoảng 3% dân số rơi vào phạm trù này. Trong phạm trù này có một số tiểu phạm trù:

- IQ từ 50/55 đến 70 *Khó học mức độ nhẹ*: chiếm khoảng 80% số người khó học. Với trẻ nhỏ khó học mức độ này, thoáng qua thì không phân biệt được chúng với trẻ bình thường khác, mặc dù kết quả học tập của chúng cho thấy những khó khăn đáng kể.

Ở tuổi trưởng thành, những người này phù hợp với công việc đơn giản tuy nhiên họ có thể cần được sự trợ giúp về xã hội cũng như tài chính.

- IQ từ 35/40 đến 50/55 *Khó học mức độ vừa*: chiếm khoảng 10% số trường hợp khó học. Trong nhóm người này, khó học thường kết hợp với những thiếu sót thần kinh, bao gồm cả những vấn đề về kĩ năng vận động như đi lại, nắm giữ v.v… Họ thường sống phụ thuộc vào gia đình. Nhiều người có thể có tổn thương hoặc bệnh lí não.
- IQ từ 20/25 đến 35/40 *Khó học mức độ nặng*: thường liên quan đến những dị thường di truyền về cơ thể và hạn chế kiểm soát giác quan và vận động. Hầu hết số người khó học mức độ này phải sống trong những cơ sở đặc biệt và cần được theo dõi và giúp đỡ thường xuyên. Tuy nhiên họ cũng có thể giao tiếp ở mức độ đơn giản, cụ thể.
- IQ<20/25: *Khó học mức độ trầm trọng*: những người ở mức độ này có những vấn đề nghiêm trọng về tâm thần và cơ thể do vậy họ cần phải được quan tâm và chăm sóc một cách tổng thể và suốt đời. Họ cũng không thể sử dụng ngôn ngữ và tự mình đi đến một địa điểm nào đó.

Mặc dù kết quả của test IQ thường được sử dụng để xác định mức độ khó học của cá nhân song vấn đề cơ bản nhất là điều này ảnh hưởng như thế nào đến khả năng thích ứng của họ với môi trường. Do vậy tiêu chuẩn thứ 3 dùng để xác định mức độ khó học là bằng chứng về mất khả năng hình thành những kỹ năng cần thiết để cá nhân có thể đáp ứng với những yêu cầu ngày càng cao trong quá trình trưởng thành. Ở đây những vấn đề này có thể là dấu hiệu đầu tiên của những vấn đề rộng hơn.

Khó học mức độ trầm trọng thường gặp ở nam nhiều hơn so với nữ. Khó học mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất trong số những người đàn ông kinh tế thấp kém, hoặc nếu trong gia đình có những vấn đề trầm trọng (Roeleveld et at. 1997). Khi sự chăm sóc về y tế cho những người khó học được cải thiện thì trong xã hội, tỉ lệ những người già rối loạn khả năng học cũng tăng lên, Mặt khác tỉ lệ này ở trẻ lại giảm do được chăm sóc y tế cho trẻ nhỏ tốt hơn ngay từ khi người mẹ mang thai.

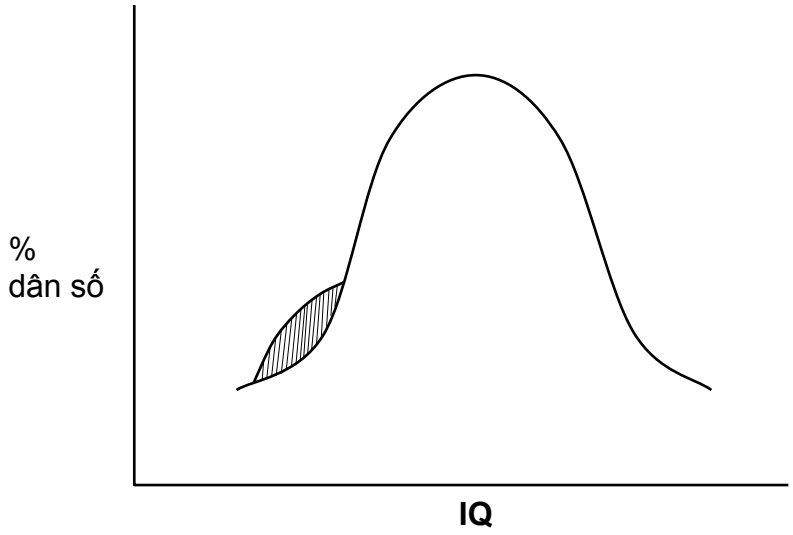
Nguyên nhân khó học

Khoảng 25% số trường hợp khó học là có thể xác định được nguyên nhân. Đó là:

- *điều kiện di truyền*: ví dụ, hội chứng Down và hội chứng đoạn nhiễm sắc thể X
- *bệnh nhiễm khuẩn*: ví dụ, rubella, cha mẹ bị giang mai và viêm não
- *môi trường độc hại*: ví dụ, sơn có chì, chì trong xăng
- *các sự kiện khi mẹ mang thai*: ví dụ, mẹ bị nhiễm khuẩn (bao gồm cả rubella), rối loạn nội tiết dạng như thiểu năng tuyến giáp
- *chấn thương sản khoa*: ví dụ bị ngạt khi đẻ.

Đối với nhiều người không tìm thấy nguyên nhân sinh học. Điều này cũng không có gì là ngạc nhiên bởi cũng như những hiện tượng tự nhiên khác, IQ của dân cư tuân theo

phân bố chuẩn, ngoại trừ cái gọi là "gò nhỏ" ở đoạn cuối của phân bố. "Gò" này được xem như là kết quả của các nguyên nhân sinh học (xem hình 13.1).



Hình 13.1 "Gò" di truyền trong phân bố điểm IQ

Điều này cũng không có nghĩa rằng kết quả test IQ kém là hoàn toàn do nguyên nhân sinh học. Các yếu tố môi trường, bao gồm cả chất lượng chăm sóc của cha mẹ, học vấn và môi trường xã hội cũng có ảnh hưởng đáng kể đến điểm IQ, kết quả học tập và phát triển các kĩ năng thích ứng, nhất là đối với những người khó học mức độ nhẹ và vừa. Ví dụ, Birch và cs. (1970) đã theo dõi tất cả những trẻ khó học bẩm sinh ở Aberdeen từ năm 1951 đến 1955. 20 năm sau họ thu thập những thông tin từ các dịch vụ xã hội và y tế và tiến hành phỏng vấn cha mẹ và với chính các đối tượng. Chậm học mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao trong những gia đình thuộc tầng lớp kinh tế-xã hội thấp kém, không ổn định và những gia đình có sự lạm dụng và bỏ mặc trẻ em. Không có mối quan hệ nào giữa khó học với mức độ nặng.

HỘI CHỨNG DOWN

Những người bị hội chứng Down có thân hình đậm và thấp với những đặc điểm điển hình ở khuôn mặt: mắt xếch, tóc thẳng và thưa, lưỡi to, dầy, hay thè ra ngoài do hốc miệng bé. Ngoài ra họ cũng còn có một số đặc điểm ít điển hình hơn trong đó có dị tật nghiêm

trọng ở tim. Tất cả những người có hội chứng này đều gặp phải vấn đề khó học. Kết quả sinh thiết cho thấy mô não của người có hội chứng Down rất giống với mô não của những người bệnh Alzheimer.

Hội chứng Down chiếm tỉ lệ 1/500-600 ca sinh và chiếm khoảng 3% số thai nhi bị xẩy trước 20 tuần tuổi thai. Tuy nhiên điều này không xảy ra thường xuyên. Cha mẹ của người bệnh Down thường là người khoẻ mạnh, do vậy có thể loại trừ yếu tố di truyền. Nguy cơ có con bị Down tăng lên theo tuổi của người mẹ khi mang thai, đặc biệt là đối với những bà mẹ khi sinh con ở ngoài tuổi 32 nên người ta nghĩ rằng – hội chứng Down có thể là hậu quả của "tương tác không tốt" giữa mẹ trong quá trình mang thai và thai nhi. Tuy vậy, bây giờ ta đã xác định được hội chứng Down là do sự bất thường của nhiễm sắc thể. Người bị hội chứng Down có không phải 2 mà là 3 nhiễm sắc thể số 21. Do đó nó còn có tên kỹ thuật là trisomy-21.

Quá trình này đã xuất hiện ngay từ lúc phân chia những tế bào đầu tiên trong quá trình thụ tinh. Trong trisomy-21, tế bào trứng ở người phụ nữ được phân đôi nhưng không triệt để. Một số tế bào giới tính lại có 2 nhiễm sắc thể 21, một số thì không có. Nếu những trứng này được thụ tinh bởi tinh trùng bình thường thì sẽ xẩy ra hiện tượng hoặc là những tế bào có 3 hoặc là không có nhiếm sắc thể 21. Trường hợp sau (không có nhiễm sắc thể 21) hợp tử không sống được và bị thải ra. Tuy nhiên trường hợp trisomy-21, hợp tử và sau là bào thai vẫn sống được. Nguy cơ liên quan đến tuổi được coi là do tế bào trứng tích luỹ được sự tổn thiệt nào đó về mặt cơ học cũng như chuyển hoá từ khi còn nằm trong buồng trứng trước khi rụng vài chục ngày.

Hội chứng đoạn X

Hội chứng đoạn X chiếm tỉ lệ khoảng 1/1000 trường hợp sinh là nam và 1/2500 trường hợp sinh là nữ. Hội chứng này là do khuyết tật trong gen FMR-1 (chậm phát triển tâm thần đoạn X - Fragile X mental retardation) nằm ở nhiễm sắc thể X. Trong hội chứng này, một đoạn gen được lặp lại. Sự lặp lại một đoạn axit amin này làm cho gen dài hơn thường lệ. Nếu đoạn lặp lại tương đối ngắn (dưới 200) cá nhân thường không có dấu hiệu rối loạn. Nếu dài hơn, ở cá nhân xuất hiện hiện tượng rối loạn khả năng học. Ở những gia đình có các bằng chứng về hội chứng đoạn X, số lần lặp lại và độ dài của nhiễm sắc thể cũng tăng theo thế hệ và kéo theo đó là các triệu chứng cũng nặng hơn.

Do có mối liên hệ với nhiễm sắc thể X nên tỉ lệ hội chứng này ở nam cao hơn so với nữ. Phụ nữ thông thường có 2 nhiễm sắc thể X, còn nam giới có một nhiễm sắc thể X và một nhiễm sắc thể Y. Những phụ nữ nhiễm sắc thể X mang đoạn gen lặp lại như trên được thừa hưởng từ cha/mẹ thì họ cũng còn có một nhiễm sắc thể X bình thường khác được thừa hưởng từ người còn lại. Chính nhiễm sắc thể bình thường này đã che dấu sự hiện diện của đoạn gen thừa. Tuy nhiên khuyết tật này vẫn có thể được di truyền lại cho thế hệ sau. Ngược lại, do nam giới chỉ có một nhiễm sắc thể X nên nếu như họ được thừa hưởng khuyết

tật gen này thì đồng thời cũng thể hiện cả các rối loạn này. Tuy nhiên mô hình di truyền đơn giản này không phải lúc nào cũng được hiện thực hoá. Có khoảng 20% số người đàn ông có đột biến gen FMR-1 hoặc không bị rối loạn hoặc rối loạn ở mức độ nhẹ. Thêm vào đó, bản sao của đột biến gen cũng có thể gây ra hội chứng này ở một số phụ nữ. Cho đến nay người ta vẫn chưa biết được điều này xảy ra bằng cách nào.

CAN THIỆP XÃ HỘI ĐỐI VỚI KHÓ HỌC

Việc chăm sóc người có rối loạn khả năng học một phần thuộc về xã hội và giáo dục và một phần thuộc về tâm lí. Cuộc sống của những người khó học chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố chính trị – xã hội cũng như can thiệp tâm lí và xã hội. Một trong những trào lưu tư tưởng được biết đến với cái tên *bình thường hoá* (Wolfenberger 1972) có những ảnh hưởng đáng kể? Trào lưu này bắt đầu từ những năm 1960 nhằm phản ứng lại đối với những điều kiện xã hội nghèo nàn dùng cho những người khó học. Phong trào đã kêu gọi rằng những người khó học phải được sống cuộc sống gần với bình thường ở mức độ tối đa, có được nhịp sống bình thường và các phương tiện để xác lập cũng như duy trì những hành vi gần gũi với các mực chuẩn văn hoá. Dưới khẩu hiệu *bình ổn vai trò xã hội* (Wolfenberger 1983), phong trào kêu gọi những sự sáng tạo, ủng hộ và bảo vệ những giá trị vai trò xã hội đối với người có các rối loạn học. Phong trào đã đưa ra 5 mục tiêu cơ bản cho những dịch vụ dùng cho người khó học:

- *Xuất hiện trong cộng đồng*: những người khó học phải được sống trong cộng đồng, trong ngôi nhà bình thường chứ không phải cái cơ sở điều trị. Để tránh định kiến, nhà ở cần phải phân phối thông qua cộng đồng.
- *Lựa chọn*: mọi người được quyền lựa chọn chỗ ở, sự chăm sóc, những hoạt động thường ngày phù hợp với cư dân "bình thường".
- *Năng lực*: những năng lực của người khó học cần phải được thừa nhận và phải được phát huy ở mức độ tối đa.
- *Tôn trọng*: những người khó học cũng cần được tôn trọng trong cộng đồng.
- *Tham gia*: những người khó học phải được quyền bình đẳng tham gia vào xã hội, gồm làm việc, giải trí, các hoạt động chính trị và các mối quan hệ tình dục cũng phải được như người dân bình thường.

Với tinh thần của tiếp cận tích hợp, những đứa trẻ rối loạn học phải được dạy dỗ nhiều hơn trong những lớp thông thường, và hầu hết những người trưởng thành rối loạn khả năng học phải được sống trong cộng đồng nhưng gần các cơ sở điều trị. Tuy nhiên những thay đổi chỉ được trong một thời gian ngắn và vẫn còn nhiều việc phải làm để đạt được những mục tiêu bình thường hoá. Ví dụ, ở Anh vẫn còn 63% số người lớn có rối loạn khả năng học vẫn tiếp tục sống tách biệt - đây là tỉ lệ cao so với dân cư bình thường.

ĐI HỌC

Chính sách của hầu hết các nước phương Tây trong những năm 1990 là tất cả trẻ em phải được học trong các trường thông thường, mặc dù vậy, ít nhất cũng là ở Anh, các quan chức ngành giáo dục đã không chú ý đến hướng này và cho đến nay vẫn còn tồn tại nhiều "trường đặc biệt". Tuy nhiên số trẻ học trong các trường như vậy đang giảm dần: Năm 1988 chỉ còn 1,35% số trẻ từ 5-15 tuổi ở Anh là đang học trong các trường đặc biệt (Emerson và cs. 2001). Đường lối chính trị xã hội như vậy đã được khẳng định bằng các kết quả: giáo dục và có hỗ trợ thêm những trẻ có rối loạn khả năng học trong các trường đại trà đạt được kết quả ít nhất là cũng ngang với những trường "đặc biệt" (Emerson và cs. 2001).

CHUẨN BỊ CHO TUỔI TRƯỞNG THÀNH

Quá trình chuyển từ nhà trường sang tuổi trưởng thành đòi hỏi phải có kế hoạch và nhiều người cần được sự hỗ trợ xã hội ở tuổi trưởng thành. Khi trẻ rời nhà trường, chúng cần được đánh giá và phác thảo về kế hoạch chăm sóc cũng như những dịch vụ có thể đáp ứng được những nhu cầu tiếp theo của trẻ. Hoàn cảnh của mỗi cá nhân có thể khác nhau, tuy nhiên quá trình này thường bao gồm những điểm:

- các hoạt động ban ngày trong tương lai: bao gồm khả năng học tiếp, hỗ trợ việc làm và tham gia vào các dịch vụ ban ngày
- kế hoạch cho cuộc sống: có thể lựa chọn tiếp tục sống trong nhà của gia đình hoặc sống độc lập
- các cơ hội giải trí
- những nhu cầu chăm sóc sức khoẻ thể chất.

NGHỀ NGHIỆP VÀ VIỆC LÀM

Sự hỗ trợ ở tuổi trưởng thành thường được thực hiện thông qua một số dạng chăm sóc ban ngày hoặc việc làm. Ở Anh, điều này bao gồm tham gia vào các trung tâm đào tạo dùng cho người lớn. Trong những trung tâm này, các cá nhân tham gia vào các hoạt động "tạo sản phẩm" bao gồm thực hiện những hợp đồng lao động đơn giản và họ được nhận tiền "lương", luyện tập kĩ năng đơn giản, tham gia vào thể thao, nghệ thuật hoặc lao động thủ công. Những trung tâm như vậy cũng cung cấp dịch vụ chăm sóc ban ngày cho những người rối loạn khả năng mức độ nặng hoặc phức tạp.

Hiện nay, những nỗ lực đáng kể tập trung vào việc đưa những người rối loạn khả năng học tham gia vào môi trường lao động thực thụ. Một trong những mô hình tốt nhất, theo cách tiếp cận này là *mô hình hỗ trợ việc làm* được tổ chức ở Mỹ. Quan điểm của mô hình này là mọi người đều có thể làm việc được nếu như có sự hỗ trợ tương thích. Theo cách thông thường, mô hình này còn được gọi là mô hình "vị trí, đào tạo và duy trì". Gọi như vậy bởi vì quá trình này bao gồm xác định được công việc phù hợp sau đó đào tạo họ để có thể làm việc có hiệu quả và hỗ trợ họ trong công việc với qui trình giảm dần đến mức

độ tối thiểu có thể. Điều này chỉ kết quả khi có sự kết hợp ở nơi làm việc, cụ thể là những nơi công nhân cũng làm được đào tạo phù hợp (Farris & Stancliffe, 2001).

SỐNG BÊN NGOÀI CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG

Hầu hết những người rối loạn khả năng học ở độ tuổi trưởng thành vẫn đều tiếp tục sống trong gia đình. Một số khác có thể sống độc lập trong các căn hộ thuê. Có một số phương thức hỗ trợ với các mức độ khác nhau, bao gồm:

- *Nhà chăm sóc có đăng kí*: có thể đến 20 đơn nguyên song thông thường là 3-6 đơn nguyên. Tại đây, dịch vụ chăm sóc là 24/24 giờ, bao gồm cả nuôi dưỡng.
- *Chung cư:* thường là các nhóm 3-4 người, dịch vụ hỗ trợ cũng rất khác nhau, sự thăm viếng của nhân viên có thể là 1 hoặc 2 lần/1 tuần cho 24/24 giờ. Những người sống ở đây có thể tự mình đi chợ mua sắm, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa với sự hỗ trợ của nhân viên.
- *Nhóm căn hộ hoặc nhà ngủ*: thường là căn hộ tự quản, có thể là căn hộ cá nhân hoặc có cửa thông sang phòng bên cạnh. Cũng có sự hỗ trợ của nhân viên song nhìn chung các cá nhân tương đối độc lập hơn so với những cơ sở khác.

Can thiệp tâm lí đối với khó học

Can thiệp tâm lí đối với những người khó học thường nhằm một hoặc 2 mục đích: hoặc là luyện tập cho cá nhân những kĩ năng cần thiết nhằm phát huy tối đa khả năng của họ và hạn chế những hành vi không phù hợp. Cả 2 cách tiếp cận đều dựa trên cơ sở của điều kiện tạo tác trong đó những hành vi đúng được củng cố bởi một loạt các phần thưởng hoặc trừng phạt (ít dùng hơn). Phần tiếp theo tập trung vào 3 dạng can thiệp đối với những người khó học, bắt đầu từ chương trình dành cho trẻ lứa tuổi mẫu giáo. Những chương trình dành cho cá nhân tự kỉ kết hợp với khó học được mô tả ở phần sau của chương

CÁC CHƯƠNG TRÌNH HÀNH VI LỨA TUỔI MẪU GIÁO

Hầu hết số trẻ có rối loạn học đều sống ở gia đình. Các chương trình dành cho lứa tuổi mẫu giáo tạo cơ hội dạy cho trẻ những kĩ năng thiết yếu theo lứa tuổi trước khi trẻ đến trường. Một trong những chương trình như vậy được sử dụng rộng rãi là Portage.

Được khởi động đầu tiên tại thị trấn Portage ở Mĩ, dịch vụ thăm nom tại nhà những trẻ độ tuổi mẫu giáo nhưng có những nhu cầu đặc biệt, giờ đã lan rộng sang các nước như Ấn Độ, Anh, Nhật cũng như ở Mĩ. Bước đầu tiên của quá trình dạy trẻ là đánh giá những khả năng của chúng. Sau đó nhà trị liệu cùng cha mẹ của trẻ thống nhất chương trình luyện tập thiết yếu: kích thích động viên, phát triển xã hội, ngôn ngữ giao tiếp, tự phục vụ, phát triển nhận thức và phát triển vận động. Một khi chương trình đã được thiết kế, cha mẹ sẽ làm việc với trẻ theo kế hoạch luyện tập kĩ năng và hàng tuần có sự thăm viếng của các nhà chuyên môn về sức khoẻ để có những sự hỗ trợ hoặc đánh giá sự tiến bộ. Để thuận tiện cho

công việc, cha mẹ trẻ sử dụng một bộ phiếu hướng dẫn chi tiết những việc phải làm để dạy 580 hành vi. Mỗi phiếu gồm có mô tả hành vi của một kĩ năng, cung cấp những tài liệu giảng dạy và sử dụng dạy củng cố phát triển. Mặc dù được sử dụng rộng rãi song vẫn còn một số định mức hình thức cho tiếp cận này. Tuy nhiên dù cứ liệu nào thì cũng cho thấy cách tiếp cận này là có hiệu quả. Ví dụ Revill và Bleenden (1977) cho thấy có sự gia tăng mạnh trong việc hình thành những kĩ năng và điểm số trên thang đo phát triển tâm thần ở nhóm 19 trẻ, tuổi từ 8 tháng cho đến 4 tuổi được áp dụng chương trình Portage.

CAN THIỆP HÀNH VI NHẬN THỨC

Đối với trẻ lớn và người trưởng thành có thể đáp ứng tốt với những can thiệp được thiết kế nhằm dạy các kĩ năng phù hợp theo lứa tuổi và giúp họ đối phó với những yêu cầu về học tập. Ví dụ, với người có rối loạn khả năng học có thể học những kĩ năng xã hội bao gồm cả những hành vi xã hội phức tạp và học cách đáp ứng với một số trợ giúp xã hội. Ví dụ, Corrigan (1991) thông báo về kết quả đạt được ở những nghiên cứu về hiệu quả của những dạng huấn luyện như vậy đối với những người rối loạn khả năng học loạn thần và những người phạm tội. Những người khó học thu được kết quả rất đáng kể qua can thiệp. Họ đạt được điểm số rất tốt trên các thang đo kĩ năng trong trò chơi đóng vai và duy trì được những kĩ năng này sau đó. Tuy nhiên khả năng vận dụng những kĩ năng này vào các hoàn cảnh khác, không giống với những gì đã học, có kém hơn.

Luyện tập tự hướng dẫn (Meichenbrum 1985) cũng có thể được sử dụng nhằm giúp trẻ đối phó có hiệu quả hơn quá trình học. Theo cách thức như vậy, quy trình thường dùng nhất là quy trình 5 bước. Trong quy trình này, trẻ được học cách tự nói chuyện, học kĩ năng mới hoặc cách giải quyết vấn đề. Quy trình bao gồm: 1. dạy cách diễn đạt nhiệm vụ hướng dẫn nói to; 2. trẻ trình bày nhiệm vụ theo hướng dẫn của giáo viên; 3 và 4. trẻ thực hiện 2 lần (hoặc nhiều hơn) nhiệm vụ, lần đầu vừa làm vừa nói to hướng dẫn và sau đó nói thầm; 5. trẻ chỉ làm bài tập và nghĩ đến hướng dẫn.

Cách tiếp cận này cũng có thể được sử dụng để nhằm giải toả lo âu bằng cách những mệnh lệnh tự hướng dẫn tập trung vào giảm trạng thái lo âu. Kamann và Wong (1993) đã sử dụng tự hướng dẫn làm giảm lo âu về môn toán ở 20 trẻ khó học và 20 trẻ có kết quả bình thường. Sau luyện tập sử dụng tự hướng dẫn, nhóm trẻ có rối loạn khả năng học cũng đã đạt được những kết quả rất đáng khích lệ so với nhóm trẻ thông thường. Chúng cũng có được kết quả khá hơn về môn toán.

ĐỐI PHÓ VỚI NHỮNG HÀNH VI NGUY CƠ

Khoảng 10-15% số người chậm học có những hành vi nguy cơ, đó là những hành vi vượt quá những vai trò xã hội, thường là những hành vi gây rối, phá phách, gây hại cho người khác hoặc cho chính bản thân. Hiện nay những hành vi này được xếp vào những hành vi điều kiện hoá tạo tác. Thông qua những hành vi này, những cá nhân có sự hạn chế về năng lực cố gắng đạt đến được một mức độ nào đó về kiểm soát môi trường và những người

xung quanh, ví dụ để tạo sự chú ý, bắt ai phải dừng một hành động nào đó. Emerson (1998) đã xác định một số nguyên tắc có thể áp dụng trong can thiệp nhằm giảm nhẹ những hành vi nguy cơ.

Làm giầu môi trường

Lí thuyết củng cố cho rằng tỉ lệ hành vi được duy trì bởi những củng cố dương tính sẽ bị giảm đi nếu như mức độ nền của củng cố tăng lên. Làm giầu môi trường bằng cách tăng cường các tác động xã hội hoặc cung cấp những thứ cần, phù hợp hứng thú giúp cho cá nhân giảm nhẹ những hành vi nguy cơ. Điều này xem ra rất đúng với những hành vi rập khuôn, những hành vi được coi là tự củng cố, còn đối với những hành vi nguy cơ khác thì kém hiệu quả hơn.

Hạn chế đối mặt với những yếu tố châm ngòi cho hành vi nguy cơ

Một trong những cách đơn giản để ngăn ngừa những hành vi nguy cơ là giảm thiểu hoặc loại trừ những yếu tố châm ngòi. Ví dụ Touchette và cs. (1985) đã nhận thấy rằng những cơn giận dữ của phụ nữ thường liên quan đến sự có mặt của họ trong nhóm cộng đồng sinh sống hoặc trước lúc học nghề. Sau khi thay đổi thì hầu như cũng hết những hành vi xâm kích.

Hướng dẫn hoặc ủng hộ những hành vi thay thế

Hầu hết các hành vi nguy cơ đều được xem là có chức năng nhất định, dạng như nhằm giành lấy phần thắng cuối cùng. Do vậy can thiệp then chốt là dạy cho cách có thể giành được kết quả mà không cần phải có những hành vi nguy cơ. Để có được hiệu quả, hành vi mới cũng phải đạt được kết quả như hành vi ban đầu và cách đạt được mục tiêu phải "phù hợp". Steege và cs. (1985) cũng đã thông báo về việc dạy 2 đứa trẻ mất chức năng đa dạng mức độ nặng học cách ấn nút micro của máy ghi âm để tạm nghỉ các hoạt động tự chăm sóc. Quá trình này đã làm giảm đáng kể những hành vi tự gây hại mà trước đây từng được sử dụng để dừng những hoạt động như vậy.

Cũng cần lưu ý rằng trong danh mục không có việc sử dụng các hình phạt, cái đã thường được dùng để phạt cá nhân do những nỗ lực nhằm giành lấy quyền kiểm soát cuộc sống.

Tự kỉ

Lần đầu tiên, tự kỉ được nhận diện là vào năm 1943 và mãi đến năm 1971 nó mới được tách biệt ra khỏi TTPL. Tiêu chuẩn chẩn đoán tự kỉ theo DSM là ít nhất phải có 6 triệu chứng trong đó phải có ít nhất 2 triệu chứng trong nhóm 1; mỗi nhóm 2,3 cũng đều có ít nhất 1 triệu chứng, khởi phát trước 3 tuổi.

1. Tật chứng tương tác xã hội:

- tật chứng trong sử dụng những hành vi phi ngôn ngữ, dạng như nhìn thẳng vào mắt, sử dụng nét mặt, dáng điệu để điều chỉnh tương tác xã hội
- tổn thiệt về phát triển các mối quan hệ đồng đẳng
- thiếu những tìm kiếm ngẫu hứng nhằm chia sẻ sự thích thú hoặc thành quả đạt được với người khác
- thiếu sự trao đổi về xã hội hoặc cảm xúc.

2. Những nét dị thường trong giao tiếp:

- trì trệ hoặc thiếu hoàn toàn sự phát triển ngôn ngữ nói
- ở những cá nhân có ngôn ngữ phù hợp có sự tổn thiệt rõ rệt về khả năng bắt đầu hoặc duy trì cuộc nói chuyện
- thiếu sáng kiến trong các trò chơi giả định hoặc trò chơi mô phỏng.

3. Hành vi, hứng thú, hoạt động mang tính hạn hẹp, lặp lại và rập khuôn.

- kém linh hoạt trong việc thực hiện những quy trình công viêc hoặc nghi thức đặc biệt, không thường xuyên
- kiểu vận động định hình, rập khuôn
- bận tâm dai dẳng với phần, bộ phận của đồ vật.

Ở thể nặng nhất, tự kỉ chiếm tỉ lệ khoảng 4-15/10.000 dân. Đó là chưa kể đến một số vấn đề khác nhẹ hơn, khá phổ biến trong dân cư (Bailey và cs. 1995). Những khả năng và khó khăn của người tự kỉ cũng rất khác nhau. Một số người có khả năng tham gia vào một phần các hoạt động xã hội mà người quan sát thông thường khó phát hiện thấy những thiếu sót mặc dù họ có thể có những vấn đề rất đáng kể trong việc lập và duy trì các mối quan hệ. Có khoảng 80% số trẻ tự kỉ đạt điểm test trí tuệ dưới 70. Do vậy chúng thường được xếp vào nhóm rối loạn khả năng học. Những thiếu hụt ở đây mang tính đặc thù, nó liên quan đến tư duy trừu tượng, biểu tượng hoá và thao tác logic. Một số người có thể có một vài kĩ năng riêng biệt thậm chí đạt đến mức độ tài năng lớn, ví dụ như tài năng về toán học hoặc những kĩ năng về trí nhớ, những hiện tượng được gọi là "bác học ngốc" (idiot savant).

Những hạn chế cơ bản của tự kỉ

Những hạn chế cơ bản liên quan đến tự kỉ gồm cách li xã hội, thiếu hụt giao tiếp và hành vi ám ảnh-cưỡng bức hoặc nghi thức.

CÁCH LI XÃ HỘI

Nhiều trẻ tự kỉ thường hành động dường như không có sự khác biệt với những vật vô tri. Khi còn bé, chúng không đáp ứng với mẹ khi được vuốt ve hoặc được bú, thậm chí có thể còn chống lại sự âu yếm, xoa lưng. Đến khoảng 2-3 tháng tuổi chúng mới có thể có mối quan hệ tình cảm yếu ớt với cha mẹ. Một số trẻ lúc này mới bắt đầu chơi với các trẻ khác, tuy nhiên chúng cũng thường không đáp ứng khi trẻ khác rủ chúng chơi cùng. Giao tiếp qua ánh mắt cũng thường bị chúng né tránh, nhìn đi chỗ khác. Ngược lại trẻ tự kỉ có mối gắn bó rất chặt chẽ với đồ vật, luôn đem theo người những khi có thể.

THIẾU HỤT GIAO TIẾP

Khoảng 50% số trẻ tự kỉ không khi nào học nói. Do vậy điều này tạo ra nhiều nét dị thường. Một trong những đặc điểm thường gặp ở ngôn ngữ của chúng là chứng nhại lời: nhắc lại ngay sau đó hoặc sau vài giờ thậm chí vài ngày (từ hoặc đoạn ngữ đã được người khác nói với chúng). Người ta cho rằng đây cũng chính là nỗ lực giao tiếp và nó có thể liên quan đến sự kiện hoặc kích thích. Nhắc lại câu, ví dụ "Cháu có muốn ăn kẹo không?" được xem như là liên tưởng tập nhiễm giữa câu và được cho kẹo. Đặc điểm thứ 2 thường gặp là đảo ngược đại từ. Đây là trường hợp trẻ xưng hô ở ngôi thứ 3. Điều này có thể liên quan đến chứng nhại lời, thể hiện điều trẻ đã nghe thấy người khác nói như thế nào về chúng (ví dụ, "cháu thế nào Mary?"-"cô bé ở đây"… Điều này thể hiện rõ sự kháng lại những thay đổi, thậm chí cả sau những chương trình luyện tập cơ bản

HÀNH ĐỘNG ĐỘNG ÁM ẢNH-CƯỠNG BỨC VÀ NGHI THỨC

Trẻ tự kỉ ít khi tham gia những trò chơi ước lệ. Chúng thường có những hành vi lặp lại, rập khuôn và vô nghĩa. Những hành vi như vậy bao gồm vận động tay một cách nghi thức, dạng như dùng ngón tay vuốt mặt hoặc những cử động thân thể lặp đi lặp lạidạng lắc người hoặc đi trên đầu ngón chân. Trò chơi của chúng thường mang tính ám ảnh, đồ chơi xếp thành hàng hoặc sắp xếp theo những vật dụng trong nhà.

LỚN LÊN

Tiên lượng của trẻ tự kỉ là khá phức tạp. Những trẻ kém học thường kém thích ứng ở tuổi trưởng thành và hầu hết cần được chăm sóc giám sát ở một mức độ nào đó. Ngược lại, những trẻ không có rối loạn khả năng học thường có được một cuộc sống độc lập, có được việc làm. Một số còn tạo ra được những thay đổi trong đời sống của mình. Tuy vậy hầu hết vẫn tiếp tục với các mối quan hệ xã hội bị tổn thiệt đáng kể, chỉ hiểu biết được một vài khía cạnh hạn hẹp về cảm xúc cũng như xã hội của đời sống. Để nắm được một sự mô tả mạnh mẽ về những cảm xúc về sự phát triển của "tự kỉ chức năng cao độ" (theo lời của bà), có thể xem trên chương do Temple Gradin, giáo sư Đại học tổng hợp bang Colorado viết (địa chỉ: www. .org/temple/inside.html). Dưới đây là một trích dẫn khá lí thú mô tả tình trạng của bà, bắt đầu từ tuổi thơ đã không thể nói được:

Không có khả năng nói là một điều hoàn toàn tồi tệ. Nếu người lớn nói thẳng với tôi, tôi có thể hiểu tất cả những gì họ nói, nhưng tôi không thể phát ra được một từ nào. Điều này giống như nói lắp... Nhà trị liệu ngôn ngữ của tôi biết cách thâm nhập vào thế giới của tôi. Cô ấy ép tay vào hai gò má tôi, bắt tôi nhìn vào mắt và nói "ball" (quả bóng). 3 tuổi, từ "ball" được bật ra ngoài thành "bah", tôi nói một cách rất khó khăn. Nếu cô ấy ép mạnh thì tôi lại bị kích thích còn nếu cô ấy không can thiệp đủ mạnh thì tôi chẳng đạt được sự tiến bộ nào. Mẹ tôi và các giáo viên rất lo tại sao tôi lại cứ hét lên. Hét là cách duy nhất tôi có thể giao tiếp.

Tôi cũng muốn có được những cảm xúc dễ chịu khi được ôm ấp. Thế nhưng khi mọi người ôm lấy tôi thì toàn thân tôi bị kích thích cứ như sóng biển lan truyền vậy... Tôi phải đẩy ra và chạy trốn khi bị cảm

giác như vậy. Sự khô cứng và e ngại cứ như những con thú hoang không tài nào giữ được. 18 tuổi, tôi làm được một cái máy ép. Thiết bị này được đặt trong hộp bọt cao su và người sử dụng có thể hoàn toàn kiểm soát được khoảng thời gian, khối lượng và áp suất. Máy tạo ra sức ép trên một diện rộng của cơ thể. Tôi phải mất khá nhiều thời gian để làm quen với cảm giác được ôm giữ, để không vùng chạy... Tôi hầu như không còn cảm thấy bực tức mỗi khi dùng máy này. Để học cách quan hệ với mọi người tốt hơn, đầu tiên tôi phải học cách tiếp nhận những cảm giác dễ chịu do máy ép đem lại...

Không lâu sau lần hành kinh đầu tiên của tôi, tôi bắt đầu cảm thấy lo âu. Cảm giác giống như lúc nào cũng trong trạng thái lo sợ. "Các dây thần kinh" dường như cực kì nhạy cảm và bộ óc tôi dường như chạy với vận tốc 280 dặm/giờ. "Các dây thần kinh" thường tồi tệ vào chiều tối. Chúng có vẻ dịu đi vào đêm và sáng sớm. Tôi có 2 cách để chống lại những dây thần kinh: cắm chốt ở mức độcăng thẳng hoặc chạy trốn và cố gắng giảm các kích thích từ phía bên ngoài. Cắm chốt ở một vật gì đó có một hiệu quả nhẹ nhàng. Tôi thường viết 3 bài báo trong một đêm. Khi tôi đánh máy một cách giận dữ thì dường như tôi lại trở nên bình thường hơn. Tôi hoàn toàn bị kích thích nếu như không có việc gì để làm.

Nguyên nhân tự kỉ

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Các nghiên cứu gen hầu như không phát hiện thấy có yếu tố di truyền trong tự kỉ. Tuy nhiên cũng có một vài nghiên cứu cho là có. Ví dụ, Mc Bride và cs. (1996) cho thấy anh chị em ruột thịt của những người bị tự kỉ có nguy cơ bị tự kỉ cao gấp 75 lần so với những người không ở vào trường hợp này. Nghiên cứu trên trẻ sinh đôi (Ví dụ, Bailey và cs. 1995) cho thấy tỉ lệ cùng mắc tự kỉ ở trẻ sinh đôi cùng trứng là khoảng từ 60-91% trong khi đó ở trẻ sinh đôi khác trứng là 20%. Những mô hình được đưa ra đều cho rằng tự kỉ là do đa gien. Có 6 vị trí tiềm ẩn gen nguy cơ này nằm trên những nhiễm sắc thể 79 và 16p (Liên hiệp Quốc tế nghiên cứu di truyền phân tử về tự kỉ, 1988), mặc dù những cứ liệu này chưa phải đã là tuyệt đối đúng.

CƠ CHẾ SINH HỌC

Lí thuyết opioid

Rất khó để có thể đưa ra một mô hình hoá sinh về tự kỉ. Lí thuyết được ủng hộ rộng rãi nhất là thuyết opioid. Thuyết này cho rằng tự kỉ là do opioid xâm nhập sớm quá mức vào hệ thần kinh trung ương. Cơ sở của cứ liệu này là một số hành vi nhất định ở tự kỉ, cụ thể là hành vi rập khuôn có thể được tạo ra ở động vật bằng cách tiêm một lượng chủ vận opioid. Người ta cho rằng sự dư thừa opioid là do chế độ ăn kiêng những thức ăn giàu protein thực vật và động vật có trong ngũ cốc hoặc các sản phẩm từ sữa (Reichelt và cs. 1991). Kết quả là không đủ những peptidase để phân huỷ opioid tự nhiên có trong thực phẩm đó thành những chất trao đổi vô hại. Cũng có một số nghiên cứu đã dùng thuốc hoặc chế độ ăn kiêng nhằm ức chế quá trình ruột hấp thụ opioid để trị liệu chứng tự kỉ. Những nghiên cứu này

cũng đạt được một số kết quả nhất định. Tuy nhiên những nghiên cứu trị liệu mới chỉ có thể đưa ra một phép thử cho thuyết opioid chứ chưa giải thích được liệu những thay đổi nơron do dư thừa opioid có hồi phục.

Bất kể một sự tổn thương não nào cũng đều ảnh hưởng đến cơ chế serotinergic (xem chương 3) mà cơ chế này dường như tham gia vào những hành vi cưỡng bức cũng như hứng thú trong tự kỉ. Vùng mặt trước của bó liên hợp khứu-hải mã tham gia vào nhận biết khuôn mặt, các chức năng xã hội, nhận thức và cảm xúc trong tự kỉ cũng có thể bị tổn thương.

MMR và tự kỉ

Sự dư thừa opioid cũng còn có thể là do viêm nhiễm thành ruột. Và như vậy ở đây còn có thể có mối liên hệ của vacxin sởi, quai bị và sốt phát ban (MMR- measles, mumps, rubella). Wakefield và cs. (1998) đã khám 12 trẻ được chuyển đến viện có tiền sử phát triển bình thường sau đột nhiên bị rối loạn các kĩ năng nhận thức kèm theo một số triệu chứng đau bụng. Ở 8 trẻ, các triệu chứng xuất hiện sau khi tiêm phòng MMR; 9 trẻ được chẩn đoán là tự kỉ. Cả 9 trẻ này cũng đã từng bị viêm thành ruột dạng tăng sản limphô. Wakefield và cs. (1998) cho rằng điều này có thể là do ăn kiêng những thức ăn giầu protein thực vật và động vật, do vậy nó đã châm ngòi cho tự kỉ. Kết quả này và sự lo ngại về tiêm phòng MMR đã khởi động cho cuộc tranh luận lan rộng và những giảm sút đáng kể sự hấp thu của vacxin MMR.

Cũng có nhiều nghiên cứu sau đó theo cả hai hướng ủng hộ và chống lại những kết luận của Wakefield. Cũng nhóm nghiên cứu này (Uhlmann và cs. 2001) so sánh 91 bệnh nhân tăng sản limphô với nhóm 70 người bình thường. Ở nhóm có tăng sản limphô, 75 người phát hiện thấy có virus sởi trong ruột, trong khi đó ở nhóm chứng có 5 người. Họ đi đến kết luận rằng đây là chứng cứ về khả năng có mối liên hệ giữa sởi, MMR và tăng sản limphô và mối liên hệ tiềm ẩn của chúng với tự kỉ. Taylor và cs. (1991) lại đưa ra kết quả trái ngược. Các tác giả đã nghiên cứu những xu hướng khi sinh và ghi nhận đăng kí những trẻ có các nhu cầu đặc biệt và mất khả năng từ 1979 ở Anh. Họ thông báo có sự gia tăng dần số trẻ bị tự kỉ nhưng không có tăng đột biến nào trường hợp với tiêm vacxin MMR và cũng không có bằng chứng nào về xuất hiện thoái triển ở trẻ trong vòng 2 đến 4 tháng sau tiêm phòng.

Cả 2 phương pháp, hoặc là đi vào những trường hợp đặc biệt, hoặc là cộng đồng dân cư đều có những điểm yếu. Hàng năm có khoảng 600.000 trẻ được tiêm phòng MMR, hầu hết những trường hợp tự kỉ cũng thể hiện rõ rệt vào thời điểm đó. Như vậy có thể những trường hợp được xác định là tự kỉ xuất hiện đồng thời với tiêm phòng. Nếu tách biệt những trẻ bị tự kỉ ra thì mối liên hệ đó càng cao như trong nghiên cứu của Wakefield và cs. (1998). Mặt khác, cũng có thể có mối liên hệ giữa vacxin MMR và khởi phát các triệu chứng đã được cha mẹ trẻ tạo ra và mối liên hệ như vậy chưa thể là chính xác. Thường rất

khó xác định được chính xác thời điểm khởi phát các triệu chứng tự kỉ và hầu hết mọi người đều tìm kiếm "nguyên nhân" của những vấn đề như vậy. Nếu cha mẹ quy kết những vấn đề của trẻ với tiêm phòng thì sẽ tạo ra thành kiến trong trí nhớ vô thức về mối liên hệ giữa tự kỉ với tiêm phòng MMR. Các nghiên cứu dịch tễ cũng có thể bị thiên lệch. Khi nghiên cứu ở một cộng đồng dân cư rộng rãi thì dường như đã cung cấp cho người ta một thiên kiến làm thất bại trong việc xác định mối liên hệ nào đó giữa MMR với một số lượng nhỏ trẻ em nhạy cảm với vacxin như trong nghiên cứu của Wakefield. Do vậy cần phải có thêm các nghiên cứu để hiểu rõ đầy đủ hơn vấn đề phức tạp này.

GIẢI THÍCH TÂM LÍ ĐỘNG THÁI

Những lí thuyết ban đầu tập trung vào các quá trình tâm lí động thái. Tự kỉ được xem như 1 dạng chạy trốn môi trường mà ở đó thiếu vắng sự chăm sóc, đầm ấm. Ví dụ, Bettelheim (1967) cho rằng cha mẹ trẻ tự kỉ là những người hay từ chối nên có khả năng trẻ thường có những cảm xúc âm tính. Do vậy trẻ đã học được rằng những hành động của chúng hoặc là không ảnh hưởng hoặc là ảnh hưởng không đáng kể đến tình cảm hoặc hành vi của cha mẹ. Chúng trở nên tin rằng chúng chẳng có một sức mạnh nào để có thể ảnh hưởng đến thế giới nên đã lựa chọn cách không gia nhập vào thế giới đó. Thay vào đó, chúng xây dựng một "pháo đài trống rỗng" của tự kỉ để chống lại nỗi đau đớn và thất vọng đó. Rất tiếc là theo quan điểm của Bettelheim, người ta không phát hiện thấy sự khác biệt nào giữa cha mẹ trẻ tự kỉ với cha mẹ trẻ phát triển bình thường. Ví dụ, Cox và cs. (1975) thấy rằng cha mẹ trẻ tự kỉ và cha mẹ trẻ có những vấn đề về thông hiểu ngôn ngữ cũng không có sự khác biệt về sự thể hiện cũng như đáp ứng cảm xúc đối với con cái hoặc đối với xã hội.

MÔ HÌNH SINH-TÂM-XÃ HỘI

Mô hình sinh-tâm-xã hội của Koegal và cs. (2001) cũng có cách giải thích tương tự. Họ cho rằng trẻ tự kỉ thiếu những động cơ giao lưu với người khác và do vậy chúng thu mình khỏi các tương tác xã hội. Điều này có thể xuất hiện từ rất sớm và do rối loạn chức năng thần kinh. Tuy nhiên điều này có thể bị trầm trọng thêm do nỗ lực của những người chăm sóc muốn "giúp đỡ" trẻ nhưng không để ý gì đến hành vi của chúng. Bất kể trẻ có làm điều gì, chúng cũng chỉ đều nhận được một loại đáp ứng từ phía môi trường. Do vậy tương tác và giao tiếp xã hội là điều quá khó nên chũng trở về với những hình thức giao tiếp sơ khai là kêu khóc hoặc hờn dỗi để đạt được những nhu cầu và tránh được tương tác xã hội.

Trị liệu tự kỉ

TIẾP CẬN DƯỢC LÍ

Có nhiều thuốc tác động tâm thần có thể được dùng để điều trị các triệu chứng của tự kỉ. Có lẽ những thuốc được dùng hầu hết là các thuốc hướng tâm thần, đây là những thuốc có tác dụng phong toả hiệu quả của dopamin (xem chương 3). Ví dụ, Campbell và cs.

(1998) cho thấy haloperidol có tác dụng hơn placebo trong việc hạn chế những hành vi rập khuôn và thu mình. Cần nói thêm rằng nó cũng làm tăng những hiệu quả của các kĩ thuật hành vi được sử dụng nhằm phát triển ngôn ngữ, có lẽ bởi nó cho phép trẻ tập trung nhiều hơn vào quá trình học tập. Để tránh tác dụng phụ kéo dài của thuốc hướng thần, bao gồm cả loạn động muộn và Parkinson, những thuốc này nên dùng ở liều thấp, theo từng đợt (5 ngày dùng thuốc sau đó nghỉ 2 ngày) và duy trì hiệu quả điều trị của chúng.

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng và SSRI cũng có tác dụng giảm bớt những hành vi lặp lại và xâm kích. Ví dụ, McDougle và cs. (1994) cho thấy một nửa số người dùng fluvoxamine (1 thuốc SSRI) có giảm đáng kể những hành vi lặp lại. Nghiên cứu của Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia (Gordon và cs. 1993) đã so sánh hiệu quả của 2 loại SSRI, clomipramine và desipramine với placebo ở nhóm trẻ và thanh thiếu niên bị tự kỉ. Clomipramine có tác dụng hơn so với placebo đối với những hành vi lặp lại, tự gây thương tích và xâm kích.

Đối vận opiate, dạng như naltrexone chỉ có tác dụng rất khiêm tốn. Có lẽ hiệu quả bền vững nhất của naltraxone là giảm mức độ hoạt động. Nó không trợ giúp gì cho chương trình hành vi như thiết kế của Campbell và cs. (1993) cũng như không làm giảm những hành vi tự gây thương tích như trong nghiên cứu của Willemsen-Swinkels và cs. (1995). Cũng cần phải nói thêm rằng trong nghiên cứu trị liệu này, naltraxone đã thực sự làm gia tăng mức độ các hành vi rập khuôn.

Một tiếp cận sinh học khác đề xuất giảm mức độ ăn kiêng các thực phẩm giàu protein động vật và thực vật nhằm tạo điều kiện cho opiate tiếp tục được hấp thu qua thành ruột. Tuy nhiên hiệu quả của tiếp cận này vẫn chưa được khẳng định. Ví dụ, Knivsberg và cs. (1998) thông báo kết quả thử nghiệm ở nhóm 20 trẻ có hoặc không có chế độ ăn kiêng nghiêm ngặt trong vòng 1 năm. Các tác giả cho thấy có kết quả rõ rệt về hành vi và giao tiếp ở nhóm trị liệu so với nhóm đối chứng. Tuy nhiên số trẻ tham gia vào thử nghiệm là quá ít và còn thiếu những phân tích thống kê cũng như đo lường chế độ ăn kiêng của trẻ nên kết quả của các tác giả mới chỉ là bước đầu.

TIẾP CẬN HÀNH VI

Nhiều chương trình thay đổi hành vi liên quan đến tự kỉ đã sử dụng củng cố trực tiếp hành vi, dạng như ngôn ngữ hoặc các hành vi tiền xã hội. Trong những trường hợp này, nhà trị liệu hoặc huấn luyện viên thường đưa ra những trợ giúp, hay gặp dưới dạng câu hỏi hoặc yêu cầu nhằm gợi ra đáp ứng chuyên biệt. Nếu cần, có thể có những kích thích về mặt cơ thể. Việc thực hiện những hành vi như vậy được củng cố bằng những phần thưởng rõ ràng dạng như cái kẹo: "Hãy nhìn vào tôi"-nếu cần có thể xoay đầu về phía mặt nhà trị liệu và điều này được thưởng một cái kẹo. Trong một số chương trình, những hành vi không phù hợp dạng như tự gây thương tích có thể được giải quyết bằng đáp ứng phản cảm, bao gồm sốc điện nhẹ hoặc ngửi amoniac (Koegel và cs. 2001). Nhiều chương trình khác không sử

dụng quy trình phản cảm thậm chí cả đối với hành vi nguy cơ. Dạng tiếp cận như vậy làm giảm nhẹ những hành vi tự gây thương tích, xâm kích, nhại lời và đạt được những tiến bộ nhất định qua tiếp xúc bằng ánh mắt, phát âm và vệ sinh cá nhân.

Một trong những nhà nghiên cứu nổi bật trong lĩnh vực này là Ivar Lovaas, người đã phát triển chương trình điều kiện tạo tác tích cực cho trẻ lên tầm cao mới. Trong nghiên cứu ban đầu của ông (Lovaas 1987), trị liệu được thực hiện trong 2 năm với trẻ đi lại hàng giờ liền ở nhà cũng như ở trường. Trẻ được thưởng nếu như ít có những hành vi xâm kích, nhiều những hành vi mang tính xã hội hơn: nói chuyện, chơi với trẻ khác v.v... Trong một số trường hợp chúng cũng có thể bị phạt vì những hành vi nguy cơ. Chúng được dậy trong nhóm bạn đồng đẳng mà không bị tách thành nhóm riêng. Sự can thiệp tích cực này được so sánh với trị liệu tương trợ nhưng chỉ thực hiện 10 giờ/tuần. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là đáng kinh ngạc. Đến cuối năm thứ 2 của chương trình, chỉ số IQ trung bình của nhóm can thiệp tích cực là 83; trong khi đó nhóm can thiệp ít hơn là 55; 12 trong tổng số 19 trẻ nhóm can thiệp tích cực có chỉ số IQ trên trung bình, trong khi đó ở nhóm can thiệp ít hơn chỉ có 2/40 trẻ. Kết quả này được chuyển sang trường phổ thông. 9 trẻ nhóm can thiệp tích cực được nhận vào học lớp thường theo độ tuổi, cùng với bạn bè đồng đẳng. Ở nhóm can thiệp ít tích cực hơn chỉ có một trẻ. Sau 4 năm, kết quả của nhóm can thiệp tích cực vẫn được duy trì.

Nghiên cứu này đã mở ra cuộc tranh luận khá sôi nổi trong đó có những phê phán về nền tảng phương pháp luận (ví dụ, Gresham và MacMillan 1998). Một trong những phê phán tập trung vào đối tượng trị liệu và nhóm kiểm soát không được lựa chọn một cách ngẫu nhiên, do vậy có thể có những biến số quan trọng khác, tạo nên sự khác biệt giữa 2 nhóm nhưng vẫn không được kiểm soát. Phê phán thứ 2 tập trung vào các phép đo trước và sau trị liệu không phải là những phép đo dành cho tất cả trẻ em. Loại phê phán thứ 3 cho rằng nghiên cứu này không thể áp dụng vào thực tiễn và cũng chưa có nghiên cứu nào phát triển tiếp cận trị liệu phi phản cảm của Lovaas chứng minh được hiệu quả (Gresham và MacMillan 1998). Lovaas đã phản đối mạnh mẽ những chỉ trích này (www.feat.org/Lovaas). Cũng cần phải nói thêm rằng một số nghiên cứu, (ví dụ T.Smith và cs. 2000) cũng đã thu được kết quả tương tự như kết quả nghiên cứu ban đầu của Lovaas. Như vậy có thể thấy cách tiếp cận này có thể không đạt được hiệu quả trị liệu như những gì mà Lovaas đã đạt được song nó cũng cho thấy đây là cách tiếp cận hoàn toàn có triển vọng trong trị liệu trẻ tự kỉ.

Koegel và cs. (2001) đã phát triển sâu thêm tiếp cận điều kiện tạo tác bằng cách phân lập những cái mà họ cho là yếu tố ban đầu xuất hiện trước và những hậu quả của chúng hay là những yếu tố thứ cấp: ví dụ, kĩ năng giao tiếp nghèo nàn thường xuất hiện trước những vấn đề hành vi nghiêm trọng. Can thiệp có thể giúp tăng cường ngôn ngữ và kĩ năng giao tiếp và khi đó sẽ không cần phải có sự can thiệp để giải quyết những vấn đề về

hành vi. Koegel và các đồng nghiệp cho rằng mục tiêu hướng tới là những hành vi xã hội khác nhau sẽ trợ giúp nhiều cho quá trình giao tiếp, bao gồm cải thiện tiếp xúc bằng ánh mắt, uốn nắn vị trí đầu, giảm những vận động rập khuôn và những thể hiện nét mặt khác thường cũng như động viên trẻ tham gia vào tương tác xã hội.

Sáng kiến thứ 2 dựa trên ý tưởng rằng mục tiêu của bất kì một chương trình hành vi nào không chỉ là thay đổi một hành vi cụ thể mà còn thúc đẩy cá nhân thể hiện những hành vi tương tự. Thành tố chủ chốt trong những chương trình hành vi của họ do vậy là đưa ra phần thưởng cho những hành vi gần với những hành vi cần xây dựng. Một trong những ví dụ khác biệt giữa cách tiếp cận này với cách tiếp cận trước đây là thông báo của Koegel và cs. (1988). Theo tiếp cận điều kiện tạo tác truyền thống, những ngữ âm đặc biệt sẽ được củng cố và do vậy nó sẽ tìm dần đến từ theo thời gian. Để có được củng cố, trẻ phải có những đáp ứng, ít nhất là phải tốt bằng với đáp ứng đã có. Theo tiếp cận mới sẽ củng cố tất cả những âm thanh gần với ngữ âm cho dù âm phát ra có được cẩn thận hay không cẩn thận. Khi so sánh trực tiếp giữa 2 cách tiếp cận, Koegel và cs. (1988) thấy rằng phương pháp mới đạt được kết quả nhanh hơn trong việc sử dụng ngôn ngữ phù hợp, đạt được các hành vi tiền xã hội ở mức độ cao hơn so với phương pháp truyền thống.

Sáng kiến cuối cùng của tiếp cận này là họ cho phép trẻ kiểm soát phần thưởng do có được những hành vi đúng mục đích . Có thể nói phần thưởng rất lớn, ví dụ, lại là cho phép trẻ có những hành vi rập khuôn hoặc nghi thức. Có thể nói đây là phần thưởng rất lớn cho sự hoàn then những bài tập. Chiến lược này cho thấy đã làm giảm nguy cơ những hành vi la hét, xâm kích hoặc những hành vi "phá ngang" khi luyện tập (Charlop-Christy & Haymes 1990).

Rối loạn tăng động/giảm chú ý

DSM-IV-TR đưa ra 3 phạm trù về rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD- attention-deficit/hyperactivity disorder): chú ý nghèo nàn, hành vi tăng động- xung động và sự kết hợp cả 2. Hầu hết những trẻ có rối loạn này đều có thêm một loạt vấn đề khác nữa. Tiêu chuẩn cho mỗi chẩn đoán là có ít nhất 6 hành vi trong bảng 13.1 trong khoảng thời gian ít nhất 6 tháng.

Để đưa ra chẩn đoán, vấn đề hành vi của trẻ phải xuất hiện trước 7 tuổi, có cả ở trường học cũng như ở nhà và tổn thiệt đáng kể về mặt chức năng. Nhiều trẻ có ADHD rất khó xác lập được quan hệ bạn bè với trẻ đồng đẳng. Chúng không nhận ra rằng những hành vi của chúng đã quấy rầy người khác và chúng cũng có thể có những hành vi phi xã hội. Chúng chỉ có thể hiểu điều đó khi được giảng giải song vẫn mắc sai lầm khi chuyển sự hiểu biết vào đời sống thực (Whalen và cs. 1985). Khoảng 25% số trẻ ADHD có khó học ở mức độ nhất định và rất nhiều trẻ trong số đó được đưa vào những trường đặc biệt do có những hành vi phá phách.

Ước tính ở Mĩ có khoảng 3- 5% trẻ có ADHD (APA 1994). Một số vấn đề (chứ không phải là tất cả) sẽ dịu đi khi cá nhân trưởng thành. Khoảng 40% số trẻ được chẩn đoán ADHD thì những vấn đề tiếp tục kéo dài sang tuổi thanh thiếu niên và khoảng 10% số trường hợp vẫn còn một vài triệu chứng với các mức độ khác nhau ở tuổi trưởng thành (Mannuzza & Klein2000).

Bảng 13.1 Những đặc điểm cơ bản của các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD

Kém chú ý	***Tăng động – xung động***
Không tập trung được chú ý vào các chi tiết hoặc mắc lỗi cẩu thả trong các bài học, công việc hoặc các hoạt động khác	Ngồi vặn vẹo, bồn chồn
Không tập trung được chú ý vào bài tập cũng như trò chơi	Hay rời khỏi chỗ ngồi khi không được phép
Không thể chú ý nghe	Không thể chơi cũng giải trí một cách yên lặng
Không thể làm được theo hướng dẫn hoặc hoàn thành bài tập hoặc một việc nào đó (không phải là hành vi chống đối hoặc không hiểu)	Chạy nhảy, leo trèo liên tục; ở tuổi thanh, thiếu niên hoặc tuổi trưởng thành thì có thể chỉ còn cảm giác chủ quan về sự không nghỉ ngơi
Có rắc rối khi phải tổ chức hoạt động hoặc nhiệm vụ	Đi liên tục
Không thích hoặc né tránh những công việc cần nỗ lực tinh thần	Nói quá nhiều
Đánh mất vật dụng cho các hoạt động:sách vở, bút, dụng cụ học tập…	Trả lời ngay khi vừa mới nghe câu hỏi
Dễ chú ý đến kích thích bên ngoài	Có rắc rối khi phải chờ đợi
Hay quên	Hay làm gián đoạn, can thiệp vào công việc của người khác

Khoảng 1-6% số người trưởng thành đáp ứng với những tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD (Murphy & Barkley 1996). Tuy nhiên hầu hết trong số họ đã thích ứng với các triệu chứng của mình và vẫn làm việc được.

Quan niệm chẩn đoán đối với phạm trù về ADHD

Rất nhiều trẻ em có một số đặc điểm của ADHD. Ranh giới không rõ ràng giữa hành vi "bình thường" và "bệnh lí" và tiềm ẩn sự lạm dụng chẩn đoán ADHD để bắt những đứa trẻ quậy phá phải điều trị dẫn đến lí do đặt ra câu hỏi rằng liệu ADHD có phải là một rối loạn độc lập hay những hành vi như vậy chỉ là điểm xa của dải phân bố những hành vi bình thường. Do vậy nên xem xét trạng thái này theo quan điểm chiều hướng hơn là phạm trù (xem chương 1).

Những lí do để ủng hộ cho tiếp cận chiều hướng có cả từ 2 phía: thực nghiệm và lâm sàng. Các nhà lâm sàng cũng lưu ý rằng trẻ có thể có những vấn đề đáng kể nào đó trong một lĩnh vực cụ thể nào đó song chúng không cần trợ giúp bởi không "đáp ứng" được các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD và do vậy không nên coi chúng là có "vấn đề". Tương tự như vậy, chẩn đoán ADHD có nghĩa là cho phép dùng thuốc đối với trẻ trong khi có thể các cách tiếp cận khác có lợi cho chúng nhiều hơn. Các bằng chứng thực nghiệm cũng cho thấy điểm số theo chiều hướng để đánh giá hành vi theo ADHD có tác dụng dự báo tốt hơn là dựa theo những tiêu chuẩn phạm trù chẩn đoán. Ví dụ, Fegusson và Horwood (1995) đã so sánh độ hiệu lực dự đoán của điểm số theo chiều hướng và theo phạm trù của ADHD để dự báo mức độ lạm dụng chất, phạm tội vị thành niên và bỏ học ở nhóm thuần tập học sinh New Zealand. Điểm số theo chiều hướng có tác dụng dự báo cao hơn so với phạm trù chẩn đoán. Nhiều kết quả khác cũng cho phép nhận định rằng nên xem những hành vi ADHD chỉ là tận cùng của sự phân bố hành vi chứ không phải là một phạm trù khác với bình thường.

Nguyên nhân của rối loạn tăng động/giảm chú ý

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Dường như yếu tố di truyền có tham gia vào sự phát triển ADHD. Một nghiên cứu sớm trong lĩnh vực này (Goodman & Stevenson 1989) xác định được rằng tỉ lệ cùng bị ADHD ở trẻ sinh đôi cùng trứng là 51% còn ở trẻ sinh đôi khác trứng là 31%. Những nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ cùng mắc ADHD ở sinh đôi cùng trứng dao động trong khoảng từ 58%- 83% còn ở sinh đôi khác trứng là khoảng 31%- 47%, với hệ số di truyền những vấn đề chú ý ước tính vào khoảng 60- 70% (Wender và cs. 2001).

CƠ CHẾ SINH HỌC

Những đặc điểm chủ yếu của ADHD chính là sự thể hiện của những vấn đề về quản trị và kiểm soát hành vi. Xung đột không chỉ là do không có khả năng chú ý mà còn là do những vấn đề của chức năng quản lí: mất khả năng quyết định thời điểm hành động và phải quản lí hành động đó như thế nào. Điều này là do những rối loạn chức năng thuỳ trán, khu

vực được xem là trung tâm của rối loạn. Chứng cứ ủng hộ cho giả thuyết này đã được Castellanos và cs. (1996) đưa ra khi các tác giả phát hiện thấy thuỳ trán của những trẻ có ADHD nhỏ hơn so với nhóm trẻ "bình thường".

Dopamin là chất DTTK được xem là có tham gia vào ADHD. Các cứ liệu ủng hộ cho nhận định này chủ yếu xuất phát từ những nghiên cứu phát hiện thấy nồng độ dopamine tăng thì các triệu chứng của ADHD giảm. Ngoài ra cũng còn một loạt các hợp chất khác cũng được xem là có vai trò trong ADHD như các dạng khác nhau của amphetamines và các chủ vận không trực tiếp dopamine. Cũng cần nói thêm rằng việc sử dụng L- dopa và tyrosine, những tiền chất của dopamine, cũng làm giảm nhẹ các triệu chứng ADHD ở một nửa số trường hợp được dùng (Reimherr và cs. 1987). Điều này có vẻ như là một nghịch lí bởi amphetamine thực tế làm giảm mức độ hoạt động thể lực song có lẽ nó thực hiện được điều đó thông qua tăng cường hoạt động thuỳ trán và kiểm soát những rối loạn chức năng thừa hành - nền tảng của hành vi.

Một giải thích sinh học khác tập trung vào vai trò của các độc tố trong môi trường. Feingold (1979) cho rằng các salicylate, các chất mầu, chất thơm nhân tạo đều có liên quan đến ADHD. Tuy nhiên trị liệu theo chế độ ăn mà Feingold đưa ra loại bỏ những chất độc đó cũng chỉ có hiệu quả đối với một số trẻ và thấp hơn so với dùng thuốc (Hill 1998).

GIẢI THÍCH TÂM LÍ HỌC

Như ở trên đã chỉ ra, ADHD có đặc điểm nổi bật là không chỉ ở tính tăng động mà tính xung động cũng ở mức độ cao. Theo Barkley (1997), trẻ có ADHD làm những gì trẻ khác cũng nghĩ đến làm nhưng thực tế không làm. Đòi hỏi thực hiện hành động đã không bị ức chế. Trẻ đáp ứng ngay lập tức với tình huống. Hạt nhân của ADHD chính là mất khả năng ức chế những đáp ứng không phù hợp với các sự kiện môi trường. Cũng cần phải nói thêm rằng trẻ có ADHD đáp ứng cảm xúc với các sự kiện môi trường cao hơn so với hầu hết các trẻ khác. Chúng nghèo nàn về cảm xúc kiểm soát và kém chịu đựng những cảm xúc âm tính. Cảm xúc của chúng được dẫn dắt bởi thời điểm và đối tượng chú ý của chúng ở thời điểm đó. Do vậy chúng rất kém duy trì được những hành vi hướng mục đích, đặc biệt khi nó lại liên quan đến những cảm xúc âm tính. Chúng cũng rất khó duy trì được quá trình thực hiện bài tập để có thể được thưởng hoặc để hài lòng với bài tập đã được hoàn thành. Đối với chúng, công việc ở trường cũng như một số yêu cầu nào đó là những công việc tẻ nhạt, khó chịu, không giữ được chúng tập trung chú ý và chúng nhanh chóng chuyển chú ý sang những hoạt động khác.

Barkley (1997) cho rằng khi lớn lên, trẻ thường dùng đối thoại bên trong làm phương tiện tự kiểm soát. Ngôn ngữ nội tâm hoá được phát triển vào độ tuổi 3-4 tuổi, đây là thời điểm mà ADHD thường được xác định lần đầu. Điều này cũng không phải là ngẫu nhiên: Barkley cho rằng trẻ có ADHD có những vấn đề về tổ chức ngôn ngữ bên trong và điều này góp phần vào rối loạn tổ chức đáp ứng đối với những sự kiện bên ngoài. Barkley cũng lưu ý

rằng trẻ có ADHD có vẻ như là người "thích tán gẫu", tuy nhiên câu chuyện của chúng lại thường gắn liền với hiện tại hơn là tương lai: những ý nghĩ không dẫn dắt đến lập kế hoạch dự định tương lai. Sự rối loạn tổ chức như vậy đồng nghĩa với việc trẻ có ADHD rất khó khăn khi phải giải quyết những vấn đề trừu tượng. Chúng rất khó giải thích, mô tả sự vật. Một điểm khá lí thú nữa là Barkley (1997) đã đưa ra quan điểm tâm lí học về ADHD nhưng lại dựa trên nền tảng sinh học và có những nguyên nhân do các yếu tố hoá sinh và thần kinh. Ông đã mô tả những người có ADHD là những người "lạc hậu về hoá sinh" theo cách nhìn chiều hướng về hành vi của họ hơn là phạm trù.

MÔ HÌNH SINH- TÂM- XÃ HỘI

Bettelheim (1973) đã tích hợp những mô hình hoá sinh với các yếu tố tâm lí và xã hội thành mô hình sinh- tâm- xã hội về ADHD. Ông cho rằng ADHD xuất hiện ở trẻ có cơ địa sinh học thiên về tăng động và phát triển mạnh hơn trong môi trường có đặc tính độc đoán mạnh mẽ hoặc một môi trường có những hành vi không phù hợp kéo dài liên tục. Cũng theo Bettelheim, nếu trẻ có cơ địa tăng động, khi phản ứng mà lại có sự khó chịu của cha mẹ thì chúng thường cảm thấy không đáp ứng được những yêu cầu của cha mẹ rằng phải làm chủ được hành vi, phải ngoan ngoãn nghe lời. Cả 2 bên phản ứng với nhau đều theo cách âm tính và điều này tiếp tục xoay quanh cuộc chiến giữa cha mẹ và con cái và hậu quả là dẫn đến ADHD.

Bằng chứng về vai trò của động thái gia đình như là yếu tố gây ra ADHD cũng rất khác nhau. Ví dụ như A.J.Smith và cs. (2002) cho thấy có mối liên quan mật thiết giữa mối quan hệ xung khắc mẹ- con và ADHD. Ngược lại, Rey và cs. (2000) chỉ ra rằng môi trường gia đình không tốt liên quan đến rối loạn hành vi đạo đức và chống đối chứ không liên quan ADHD. Cũng cần phải nói thêm rằng mặc dù quan hệ gia đình có trẻ bị ADHD có thể rất căng thẳng song cũng có những cứ liệu cho thấy khi bắt đầu trị liệu thì mối quan hệ cha mẹ- con cái cũng được cải thiện. Điều này cho thấy nhận định rằng môi trường gia đình xung đột trong một chừng mực nào đó là sự đáp lại chứ không phải là nguyên nhân gây ra những hành vi của trẻ (Tallmage & Barkley 1983).

Trị liệu rối loạn tăng động/giảm chú ý

CAN THIỆP DƯỢC LÍ

Có lẽ thuốc tốt nhất đối với ADHD là methylphemidate, được biết nhiều hơn với cái tên Ritalin. Kết quả của các nghiên cứu thăm dò hiệu quả của thuốc cho thấy 60% số người được chỉ định có sự cải thiện đáng kể, trong khi đó tỉ lệ này ở những người dùng placebo là 10% (Wender và cs. 2001). Ưu điểm cơ bản nhất của Ritalin là nó làm giảm nhẹ cả 2 nhóm triệu chứng kém chú ý và tăng động, cho phép cá nhân tập trung tốt hơn vào những vấn đề học tập, xã hội và gia đình. Ví dụ, Pelham và cs. (1993) so sánh kết quả chương trình thay đổi hành vi ở trường học kết hợp với Ritalin trong vòng 8 tuần và chương trình này kết hợp với placebo trong trị liệu nhóm trẻ nam có ADHD. Trong chương trình hành vi có hệ thống

cho thưởng đối với hành vi phù hợp và "phạt" những hành vi không phù hợp trong lớp. Số điểm tổng cuối cùng có thể được quy đổi ra những thứ trẻ lựa chọn. Hiệu quả của chương trình can thiệp hành vi kết hợp với Ritalin cao hơn hẳn so với chương trình kết hợp với placebo theo cả 2 chỉ số: hành vi trong lớp và kết quả học tập.

Ưu điểm của Ritalin có thể rất ấn tượng. Dưới đây là mô tả của giáo viên về ảnh hưởng của Ritalin đối với một học sinh và các bạn của nó:

Cậu bé đến với chúng tôi vào năm thứ 7 với một lí lịch đi theo là... có những hành vi hư và khó học. Cậu ta đến trường vào tháng 9. Chúng tôi nghĩ rằng cậu có ADHD bởi cậu bé vượt ra ngoài mọi sự kiểm soát. Cậu bé không ngồi yên- hoặc là cậu ta không thể ngồi yên tại chỗ, cậu ấy đi lại lung tung trong lớp học và trong trường cậu ấy rất liều, xô ngã tất cả những ai định giữ cậu ấy lại. Đến cuối tháng 11, cậu được bác sĩ khám với chẩn đoán ADHD và được kê thuốc Ritalin. Cậu ấy ở nhà một đôi ngày bởi hình như hơi bị say thuốc. Sau đó cậu ta tiếp tục đi học. Thay đổi diễn ra tức thì. Trước đây cậu ta là một người khó bảo thì bây giờ, tất nhiên vẫn còn những vấn đề về hành vi... song anh đã có thể thuyết phục được cậu bé. Anh có thể bảo cậu bé ngồi xuống và nói chuyện với cậu ấy. Cậu ấy quyết định rằng cậu thích học và ngay lần đầu cậu đã hiểu những điều thầy cô giảng giải. Cậu ta bắt đầu đọc... những cái đó đã củng cố tự đánh giá của cậu... rất nhiều trẻ có ADHD đều tự đánh giá kém khi chúng có kết quả học tập kém...

Ritalin đã cho phép chúng tham gia vào chương trình học. Ngay từ đầu chúng đã có thể tập trung chú ý và có tiến bộ. Khi hết thuốc thì anh nhận ra điều đó. Chúng tôi bắt đầu cho dùng liều buổi trưa, vào tầm 12 giờ kém 15. Trước khi đó, chúng (những trẻ có ADHD) trở nên cáu gắt hơn, nói to. Đi lại nhiều và hay khiêu khích mọi người, hay gây mất trật tự.

Đôi khi anh nghĩ rằng khó thay đổi được đứa trẻ hư. Điều này rất khó khi ở nhà- chúng có thể làm rối tung căn phòng của mình. Đôi lúc anh cũng nghĩ rằng đây chính là sự đáp lại với những vấn đề thực tế giữa chúng với cha mẹ. Một số cha mẹ cũng giống như con trẻ: họ cũng thất thường lúc lên lúc xuống. Điều này cũng ảnh hưởng không tốt đến con cái.

Hiện nay Ritalin được dùng khá rộng rãi, nhiều đến nỗi một số người cho rằng đã có sự lạm dụng về kê đơn- dùng để kiểm soát những hành vi không mong muốn chứ không phải là để cho ADHD. Điều này dẫn đến sự lo lắng của một số nhóm, ví dụ nhóm những cha mẹ phản đối Ritalin và có những hành động về mặt pháp lí. Ở nhiều bang nước Mĩ đã có đơn kiện sự thông đồng và gian dối của các hãng dược phẩm sản xuất thuốc Ritalin. Họ khẳng định rằng Ritalin đã được phóng đại và rằng các công ti đã cố tình không cung cấp đầy đủ thông tin cho người tiêu dùng, cho các thầy thuốc cũng như các trường học những vấn đề liên quan đến rủi ro (của thuốc). Cho đến thời điểm viết tài liệu này, một số vụ kiện đã bị bác song một số khác vẫn đang tiếp tục (www.attention-deficit-disorder.org).

Tác dụng phụ của Ritalin gồm có: giảm ngon miệng, đau bụng, giảm cân, mất ngủ và tăng nhịp tim. Trẻ dùng thuốc kéo dài có thể xuất hiện chậm tăng trưởng. Đáng quan tâm hơn là thuốc có thể châm ngòi cho các triệu chứng loạn thần. Cherland và Fitzpatrick

(1999) thông báo trong số 192 trẻ điều trị ADHD bằng Ritalin có đến 9% số trường hợp loạn thần, trong đó có ảo giác và paranoia. Những triệu chứng này cũng hết ngay sau khi dừng thuốc. Không thấy thông báo những trường hợp loạn thần nào trong những trẻ có ADHD nhưng không dùng thuốc. Nguy cơ cuối cùng liên quan đến Ritalin là lạm dụng có đang ngày càng gia tăng ở Mĩ. Cũng giống như amphetamine, nó ức chế sự ngon miệng, hạn chế ngủ và tăng kích thích cảm xúc. Khi lạm dụng, thuốc có thể được dùng theo đường uống hoặc nghiền nhỏ và hít. Một số người nghiện hoà thuốc ra nước và tiêm, điều này có thể gây ra những biến chứng bởi những chất không tan trong thuốc có thể làm tắc các mao mạch.

TIẾP CẬN HÀNH VI TẠO TÁC

Can thiệp hành vi của Pelham và cs. (1993) là một can thiệp điển hình dựa trên cơ sở tạo tác. Can thiệp thường có dạng thưởng quy đổi: trẻ được thưởng vì có những hành vi đặc hiệu. Phần thưởng có thể được lưu lại cho đến khi nào đủ nhiều được đổi ra thứ mà trẻ thích. Tiếp cận này có nhiều phương thức khác nhau, bao gồm gắn sao ghi nhận những hành vi phù hợp và sau đó có thể đổi thành những phần thưởng thực. Mặc dù dạng can thiệp này tự nó cũng đã có hiệu quả song những nghiên cứu của Pelham và cs. cho thấy nó có thể có hiệu quả hơn nếu kết hợp với Ritalin.

LUYỆN TẬP CHÚ Ý

Nhiệm vụ luyện tập chú ý, được mô tả ở chương 14 dành cho những người bị chấn thương sọ não, cũng có thể được dùng cho trẻ có ADHD. Ví dụ Semrud- Clikeman và cs. (1999) đã nghiên cứu thăm dò hiệu quả của chương trình ATP kết hợp với luyện tập giải quyết vấn đề trong hệ thống trường học đối với những học sinh được xác định là có những vấn đề về chú ý và không hoàn thành các công việc. Kết quả của chương trình luyện tập cho thấy trẻ có tiến bộ trong các bài tập luyện, hoàn thành nhiều hơn các bài tập trên lớp và các thầy cô giáo cũng thông báo về trẻ có chú ý nhiều hơn. Sử dụng các tài liệu phát triển chuyên biệt cho trẻ, Kern và cs. (1999) cho thấy sự tiến bộ đạt được trong nhóm trẻ 7-11 tuổi cũng tốt hơn như chương trình luyện tập chú ý. Cuối kì luyện tập, những người tham gia đạt kết quả cao trong các bài tập nhận thức mới, trong học tập và trong thông báo của giáo viên về tính xung động.

Tạo môi trường thuận lợi

Do có nhiều hành vi liên quan đến ADHD được xem như là sự đáp lại tức thì đối với môi trường nên cũng có 1 cách nữa có thể ảnh hưởng đến những hành vi đó là môi trường thuận lợi. Trung tâm ERIC (Trung tâm nguồn lực giáo dục và thông tin - Educational Resources Information Center) Clearinghouse về giáo dục năng khiếu và rối loạn chức năng đã xây dựng được một số chương trình cơ bản, trong đó có tạo dựng môi trường học tập tự nhiên, giúp giáo viên làm việc với trẻ có ADHD. Chương trình này bao gồm:

- bố trí học sinh có ADHD ngồi ở phía trước, quay lưng lại phía sau để cho những học sinh khác không nằm trong tầm mắt của các em này
- xung quang những học sinh có ADHD là những mô hình vai trò tốt
- tránh những kích thích gây chú ý
- tạo khu vực hạn chế kích thích để dùng cho dạy học (có thể đưa thêm học sinh khác vào để tránh việc bị cô lập).

Bên cạnh những yếu tố môi trường đó, các tác giả còn lưu ý đến một loạt các yếu tố khác như hướng dẫn duy trì và tăng cường tự đánh giá, đáp lại những hành vi không phù hợp và quá trình dạy học. Tất cả những yếu tố này đều góp phần nhằm đạt kết quả thực hành cao nhất khi dạy trẻ có ADHD.

LÀM VIỆC VỚI GIA ĐÌNH

Như đã đề cập ở trên, gia đình có trẻ bị ADHD cũng thường phải trải nghiệm những stress đáng kể. Có nhiều nghiên cứu nhằm giảm nhẹ những vấn đề của gia đình bằng cách làm việc với toàn bộ gia đình. Ví dụ, Barkley và cs. (2001) đã so sánh hiệu quả của luyện tập giao tiếp giải quyết vấn đề hoặc luyện tập này theo sau chương trình luyện tập các kĩ năng quản trị hành vi nhằm giảm thiểu xung đột trong gia đình. Luyện tập giao tiếp giải quyết vấn đề là một quá trình huấn luyện 5 bước: xác định vấn đề, những giải pháp tiềm năng bất ngờ, thoả thuận và quyết định của gia đình xem sẽ sử dụng giải pháp nào và sau đó là ứng dụng giải pháp. Quản trị kĩ năng hành vi bao gồm học cách thay đổi những yếu tố châm ngòi hoặc đáp lại hành vi rối loạn bằng cách sử dụng quy trình điều kiện tạo tác. Cả 2 cách can thiệp đều chứng tỏ được hiệu quả. Tuy nhiên khi chỉ có chương trình luyện tập giải quyết vấn đề thì số người bỏ cuộc nhiều gấp 3 lần so với can thiệp kết hợp. Do vậy có thể cho rằng một số can thiệp kết hợp cũng là sự lựa chọn trị liệu.

Làm việc với những người trưởng thành có ADHD

CHIẾN LƯỢC TỰ QUẢN TRỊ

Đối với ý trưởng thành có ADHD có thể huấn luyện cho họ một số chiến lược tự quản trị để giúp họ quản trị những vấn đề chú ý của họ (Sohlberg & Matter 2001). Chiến lược bao gồm các *quy trình định hướng* trong đó họ phải thường xuyên rà soát những hoạt động của mình để chắc chắn rằng họ vẫn đang tập trung vào những hoạt động đã được lập kế hoạch. Một ví dụ cho cách tiếp cận này là có thể sử dụng đồng hồ nhắc giờ để cứ sau mỗi giờ, cá nhân lại tự hỏi: "Mình đang làm gì? Mình đã làm gì trước đó? Mình sẽ làm gì tiếp theo". Một ví dụ khác cho nhiệm vụ định hướng cho ý định lái xe đến một nơi nào đó sau lại không nhớ nơi mình cần đến. Trước hết ghi ra giấy nơi cần đến, ước lượng thời gian đến và những khoảng thời gian cần nhắc nhở để phòng quên.

Cách tiếp cận thứ 2 là *từng bước*. Những người có vấn đề về chú ý thường là những người nhanh mệt mỏi hoặc có các vấn đề về duy trì chú ý trong một khoảng thời gian kéo

dài. Để đối phó với những vấn đề đó, có thể sử dụng phương pháp từng bước yêu cầu cao dần, không đặt ra tiêu chuẩn quá cao cho hiệu quả hoạt động và giải lao thường xuyên theo những khoảng thời gian nhất định. Cũng có thể huấn luyện họ kiểm soát mức độ mệt mỏi và giải lao sau những khoảng thời gian hợp lí hơn là cố đấu tranh với mệt mỏi dẫn đến không hiệu quả. Những người có vấn đề về chú ý cũng thường gặp khó khăn khi phải chuyển từ dạng hoạt động này sang dạng hoạt động khác. Ghi chép những suy nghĩ chủ yếu cũng hạn chế được những vấn đề liên quan đến quên. Cách này động viên người có vấn đề về chú ý nhanh chóng ghi lại (vào máy ghi âm) những suy nghĩ xuất hiện trong đầu và điều này làm cho họ không gián đoạn công việc.

CHIẾN LƯỢC MÔI TRƯỜNG

Can thiệp cuối cùng dựa trên cơ sở cho rằng các yếu tố môi trường cũng ảnh hưởng đến chú ý do đó tìm cách thay đổi môi trường để tăng cường tối đa quá trình nhận thức (Sohlberg & Matter 2001). Trọng tâm của tiếp cận này là tránh những môi trường "bận rộn" hoặc "thu hút chú ý" và tạo ra những môi trường "yên lặng" khi cần có sự chú ý. Ở đây có thể đưa ví dụ như đi mua sắm ở một cửa hàng địa phương tương đối yên tĩnh hơn là ở một siêu thị sầm uất. Chiến lược tiếp theo sẽ là hạn chế những yêu cầu đòi hỏi khả năng chú ý hoặc tổ chức bằng cách đứng vào hàng để trả lời hoặc dán nhãn các tủ đựng nhỏ để tăng cường khả năng tổ chức. Có thể sử dụng bảng "Xin không làm phiền" ở nơi thực hiện nhiệm vụ. Những dạng tiếp cận như vậy được xem là logic và có hiệu quả. Tuy nhiên nó mang tính cá nhân rất cao do vậy hiệu quả của nó được thông báo qua các nghiên cứu ca hơn là các thử nghiệm kiểm chứng (Sohlberg & Matter 2001).

Tóm tắt chương

1. Khoảng 3% dân số có các vấn đề khó học.
2. Khoảng 25% số trường hợp khó học là xác định được nguyên nhân. Những nguyên nhân này gồm: di truyền, bệnh truyền nhiễm, môi trường không thuận lợi và một số yếu tố sản khoa.
3. Các yếu tố xã hội có vai trò rất rõ rệt trong khó học mức độ nhẹ, đối với những vấn đề nặng hơn, vai trò của chúng mờ nhạt hơn.
4. Hội chứng Down và hội chứng đoạn X là 2 trạng thái thường gặp do các yếu tố di truyền khác nhau.
5. Những nguyên tắc của phong trào bình thường hoá và tăng cường giá trị vai trò xã hội khẳng định rằng những người khó học cũng phải được tôn trọng và được hưởng những quyền lợi như những người khác.
6. Việc chăm sóc những người khó học bao gồm cả hai khía cạnh: can thiệp xã hội và can thiệp tâm lí.
7. Can thiệp tâm lí thường dựa trên cơ sở tiếp cận điều kiện hoá tạo tác nhằm tăng cường kĩ năng học hoặc thay đổi hành vi, mặc dù can thiệp hành vi nhận thức cũng có thể có hiệu quả.

http://www.ebook.edu.vn

8. Những người mắc chứng tự kỉ thường gặp khó khăn trong 3 lĩnh vực: tương tác xã hội, giao tiếp và hành động ám ảnh-cưỡng bức hoặc nghi thức.
9. Khi kết hợp với những rối loạn khả năng học, tình trạng đó có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới cá nhân.
10. Lí thuyết opioid cho rằng tự kỉ là do dư thừa opioid. Sự dư thừa này lại là do rối loạn chuyển hoá các chất chứa đạm thực vật, động vật có trong thức ăn. Vacxin MMR cũng có thể góp phần vào vấn đề này.
11. Mô hình tâm-động thái Bettelheim cho rằng tự kỉ là sự chạy trốn khỏi môi trường gia đình có hại.
12. Mô hình sinh-tâm-xã hội cho rằng tự kỉ là do sự kết hợp của sự thiếu hụt những động lực tham gia vào tương tác xã hội với sự thiếu hụt những đáp ứng phù hợp từ phía môi trường.
13. Trị liệu hành vi đối ngược của Lovaas cũng có hiệu quả nhất định đối với tự kỉ. Koegel và cs. đã phát triển tiếp cận mang tính chiến lược đối với những can thiệp như vậy.
14. Can thiệp dược lí cũng làm thuyên giảm nhiều hành vi âm tính.
15. Khoảng 3-5% trẻ em Mĩ có ADHD.
16. Điều này có lẽ là do nồng độ dopamine thấp và do vậy có thể trị liệu bằng thuốc làm tăng nồng độ dopamine.
17. ADHD thể hiện ở tính xung động cao hoặc thiếu "sự kiểm soát thực hành".
18. Các yếu tố gia đình cũng có thể làm tăng nguy cơ bị ADHD, tuy nhiên các cứ liệu lại thưa thớt một cách ngạc nhiên.
19. Trị liệu bằng Ritalin cũng hỗ trợ tốt cho can thiệp hành vi và giáo dục trẻ.
20. Có nhiều chương trình tự quản trị khác nhau cũng có thể có hiệu quả trong trị liệu người trưởng thành có ADHD.

Câu hỏi thảo luận

1. Liệu những thay đổi trong công nghệ và xã hội có hỗ trợ hay lại cản trở những người có rối loạn học đối phó với cuộc sống hàng ngày?
2. Gia đình có trẻ rối loạn học rõ rệt thường có những rắc rối gì?
3. Cần phải đặt ra những giới hạn nào cho các nhà chuyên môn trong việc phản ứng với những "hành vi nguy cơ"?
4. Gia đình có trẻ mắc ADHD thường gặp những rắc rối gì?
5. Liệu có cần phải động viên những gia đình có trẻ mắc ADHD tham gia vào trị liệu gia đình để hạn chế những ảnh hưởng không tốt của môi trường gia đình?

Chương 14

RỐI LOẠN THẦN KINH

Rối loạn thần kinh là hậu quả của tổn thương hoặc thoái hoá não do bệnh hoặc do chấn thương. Chương này tập trung vào hậu quả của 3 loại rối loạn xuất phát từ 2 bệnh: Alzheimer (AD) và xơ vữa rải rác (MS) và chấn thương sọ não. Trong trường hợp bệnh AD và MS, trị liệu nhằm duy trì chức năng nhận thức, giảm thiểu ảnh hưởng của bệnh. Trong chấn thương sọ não, các quá trình nhận thức cũng có thể bị tổn thiệt đáng kể, tuy nhiên sau đó nó có thể được hồi phục một phần. Sự can thiệp ở đây tập trung nhằm hồi phục tối đa và giúp cá nhân đối phó với những di chứng nhận thức. Sau khi đọc xong chương bạn phải nắm được:

- Những quá trình thần kinh do AD và MS
- Hậu quả tâm lí của những bệnh này
- Can thiệp nhằm cả 2 mục đích: duy trì và cải thiện chức năng nhận thức, duy trì được tình trạng tốt nhất trong quá trình bệnh tiến triển.
- Những hậu quả tức thì và lâu dài của chấn thương sọ não.
- Sử dụng can thiệp nhằm phục hồi tối đa sau chấn thương sọ não.

Bệnh Alzheimer

Bệnh Alzheimer là một dạng thường gặp nhất của mất trí, chiếm khoảng 5-10% số người trên 65 tuổi và ít nhất 20% số người trên 80 tuổi (Roca và cs. 1998). Mặc dù vậy, bệnh không chỉ gặp ở những người cao tuổi. Người mà Alois Alzheimer lần đầu tiên mô tả bệnh vào những năm đầu thế kỷ 20 là ở một phụ nữ trung niên. DSM-IV-TR định nghĩa AD là một bệnh tiến triển có các đặc điểm sau (thường được tóm tắt bằng 4 chữ A):

- *mất nhớ* (amenesia)
- *mất ngôn ngữ* (aphasia)
- *mất vận động* (apraxia): mất khả năng thực hiện các vận động mặc dù chức năng vận động vẫn còn được bảo toàn
- *mất nhận thức* (agnosia): mất khả năng nhận thức được đồ vật mặc dù chức năng cảm giác vẫn còn bảo toàn
- *rối loạn chức năng điều hành* (ví dụ, chức năng lập kế hoạch, tổ chức, suy diễn, khái quát).

Để chẩn đoán là AD, các thiếu hụt này phải gây ra những tổn thiệt đáng kể về chức năng nghề nghiệp hoặc xã hội và tạo ra sự khác biệt rõ nét so với trước đây. Mất nhớ tiến

triển, điển hình là trí nhớ hiện tại bị rối loạn trước, sau đó là trí nhớ xa- trí nhớ được xem như là bền vững vì được luyện tập củng cố theo thời gian. Tuy nhiên khi bệnh tiến triển, người bệnh cũng quên cả những số liệu xa chứa đầy cảm xúc. Lúc đầu là quên những sự kiện vẫn xảy ra, tiếp đến là quên cả những công việc thường ngày và sau là thậm chí quên cả người trong gia đình. Một hiện tượng khác cũng rất thường thấy là khó tìm từ phù hợp. Trong giai đoạn cuối cùng, AD phá hỏng chức năng giao tiếp.

Ở những thời kỳ đầu của AD, người bệnh còn đủ khả năng nhận ra được những khuyết tật của mình. Tuy nhiên cùng với sự tiến triển của bệnh, người bệnh cũng mất dần khả năng này. Họ cũng mất hết mọi cảm giác về bản thân và cuộc sống của họ phải hoàn toàn phụ thuộc vào sự chăm sóc của người khác.

Các hiện tượng thường gặp khác là: tính nghi kị, paranoia và hoang tưởng. Cá nhân có thể có những thay đổi cảm xúc thất thường bao gồm cả tức giận, bực bội cũng như kích động. Lú lẫn cũng là hiện tượng thường gặp, nhất là về đêm khi những điểm tựa giúp cá nhân định hướng thời gian và vị trí ít đi và oxy cung cấp cho não cũng bị giảm. Mặc dù tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ đều nhằm tối đa hoá khả năng độc lập của cá nhân và duy trì họ ở lại trong căn nhà của mình song đến một lúc nào đó những người này vẫn phải vào điều trị nội trú. Đến lúc đó, họ đã lú lẫn rất nhiều về thời gian, không tự kiểm soát được bản thân và đáp ứng rất kém với môi trường.

Từ lúc được chẩn đoán là AD cho đến khi người bệnh bị chết có thể kéo dài đến 20 năm hoặc hơn. Tuy nhiên khoảng thời gian thường thấy là 4-8 năm. Trong thời gian này, cá nhân trải qua các giai đoạn:

- *Nghi ngờ có sa sút trí tuệ*: cá nhân bắt đầu có những hành vi "lạ thường" và những vấn đề kéo theo
- *Sa sút trí tuệ mức độ nhẹ*: sa sút trí tuệ là rõ ràng, tuy nhiên cá nhân vẫn có thể tự chăm sóc được
- *Sa sút trí tuệ mức độ vừa*: cần phải có sự giúp đỡ để người bệnh thực hiện được những việc hàng ngày, những hành vi "có vấn đề", ví dụ lạc đường, xâm kích đã thể hiện rõ
- *Sa sút trí tuệ mức độ nặng*: cá nhân đã trở nên yếu ớt nhiều hơn, thậm chí suốt ngày chỉ có giường và ghế.

Bệnh Alzheimer không ảnh hưởng ngay lập tức tới cá nhân. Trong số những người bị bệnh, nữ chiếm tỷ lệ cao (Parker và Lawton, 1990). Có thể chăm sóc người bị sa sút trí tuệ ngay tại nhà của họ thậm chí cho đến khi bệnh đã nặng. Những người này thường trải qua stress nặng (xem hộp 14.1).

Nguyên nhân Alzheimer

CÁC YẾU TỐ DI TRUYỀN

Nếu 1 người bị bệnh Alzheimer thì gần 50% số người có quan hệ huyết thống cấp I của bệnh nhân cũng sẽ bị bệnh (Korten và cs. 1993). Các gen nằm ở nhiễm sắc thể số 14, 21 và đặc biệt, gen apoE4 ở nhiễm sắc thể số 19 có liên quan đến AD. ApoE4 là một trong một số dạng, hoặc alen của gen apoE. Những dạng khác là apoE2, apoE3. Những người có 2 gen apoE4 có nguy cơ mắc AD cao gấp 8 lần so với người có 2 alen E3. Gen apoE4 có thể làm bệnh khởi phát sớm hơn đến 17 năm (Warwick Daw và cs. 2000). Tuy nhiên trong số những người bị bệnh chỉ có khoảng 40% là có gen này và cũng có nhiều người có gen này nhưng không bị bệnh. Do vậy đây mới chỉ có thể là yếu tố nguy cơ chứ chưa phải là yếu tố gây bệnh. Một điều quan trọng nữa cũng cần chú ý, đó là nguy cơ mắc AD đối với gen đã biết là rất thấp: Alzheimer gia đình chiếm chưa đến 1% tổng số các trường hợp, chưa đến 1 nửa số trường hợp bị bệnh có tiền sử gia đình (Owen và cs. 1994).

Hộp 14.1 Các nhóm tiêu điểm cho sa sút trí tuệ mức độ nhẹ và vừa

Hiện nay trong một số đồng nghiệp của tôi đã tổ chức một số nhóm tiêu điểm nhằm thăm dò những yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của những người sa sút trí tuệ nhẹ và vừa. Kết quả khá lí thú ở chỗ không chỉ người trong nhóm nói gì mà cả những gì họ không nói. Dưới đây là một số trích dẫn từ nhóm tiêu điểm. Các thành viên của nhóm kể cho chúng tôi nghe những gì làm tăng thêm hoặc giảm sút chất lượng cuộc sống của họ. Những trích dẫn này dường như không có gì đặc biệt. Nó có thể gặp ở bất kỳ ai và ở bất kỳ độ tuổi nào. Điều quan trọng là những gì mà thành viên trong nhóm không nói chính là sự suy giảm trí nhớ đã làm cho chất lượng cuộc sống của họ tồi tệ đi. Một số người nói rằng điều đó có thể trong tương lai. Tuy nhiên nó đã trở thành chủ đề liên quan tới vấn đề hiện tại. Mặc dù những khả năng nhận thức của con người có thể tồi tệ song không phải lúc nào chúng cũng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống hiện tại. Song điều đó không có nghĩa là giảm sút trí nhớ không phải là vấn đề đối với những người có sa sút trí tuệ- và một số người có thể trở nên trầm cảm nặng nề do giảm sút các khả năng. Tuy vậy cũng có rất nhiều thứ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh nhưng không thuộc về các khả năng nhận thức.

Chồng/vợ/bạn

• Như tôi đã nói, chồng tôi đang ở đây và như vậy mọi việc với tôi đều ổn.

•Tất cả những gì tôi muốn là được ở bên chồng tôi, người mà tôi thực tế đã gắn bó kể từ khi tốt nghiệp phổ thông.

• Tôi nghĩ rằng điều cơ bản nhất có thể nói được là nếu như có gì xảy ra với bạn tôi, không gì tồi tệ hơn có thể xảy ra, không gì tồi tệ hơn có thể xảy ra.

Con/ cháu

•Anh có được tình yêu của gia đình và các cháu, cũng như tôi

•Nếu tôi mất một trong số những đứa con của mình, tôi sẽ bị sốc

Gia đình

•Thiếu bạn bè hoặc các mối quan hệ (có thể làm cho chất lượng cuộc sống tồi đi)

• Tôi có một người cha tốt và tôi có một người mẹ tốt, nhưng tôi sợ tôi sẽ mất mẹ và cha, chắc anh cũng nhận thấy

Bạn bè của ông/ bà

• Thiếu bạn bè hoặc các mối quan hệ, cô đơn. Tất cả những cái đó đã làm giảm chất lượng cuộc sống

• Bạn bè, điều đó rất quan trọng, có phải vậy không?

Cảm thấy hạnh phúc

• Nếu hạnh phúc, anh phải đủ thẳng thắn và công bằng. Thỉnh thoảng con người không cảm thấy hạnh phúc và điều đó thật tồi tệ.

Cảm giác ông /bà còn có ích

• Nếu bạn có thể làm một việc tốt cho ai đó thì hãy làm đi, chính điều này tạo nên chất lượng cuộc sống, có đúng vậy không?

• Nếu bạn nhìn thấy ở đây có một cái chén bẩn, điều gì ngăn cản bạn cầm lấy và xoay tròn nó, giú cho quí bà tội nghiệp ở đây?... Nhưng mọi người vẫn đi qua... và tôi muốn (dáng vẻ tức giận), rằng đó là cách của tôi.

Cảm giác hài lòng/thoả mãn

• Tốt, tôi không thể nói gì hơn (điều gì làm chất lượng cuộc sống tồi tệ hơn), tôi hài lòng vì mình đang ở đây

• Bất cứ điều gì tôi làm, tôi đều cảm thấy hài lòng với nó

Cảm thấy ông/bà có một cuộc sống tốt đẹp

•Tôi nghĩ rằng tôi là con người hết sức may mắn

• Tôi cho rằng anh chưa hiểu tôi, tuy nhiên sau nhiều năm tôi vẫn cảm thấy yêu thích cuộc sống của mình

Các quá trình thần kinh

Bệnh Alzheimer là do sự thoái hoá sớm các hệ thống não. Sự thoái hoá mang tính tiến triển và quá trình AD có thể được đánh dấu trên bản đồ não. Thông thường các vấn đề khởi đầu từ vỏ phía trong sau đó lan sang hồi cá ngựa và lan dần sang các vùng khác, cụ thể là lên vỏ não. Do các nơron vùng cá ngựa bị thoái hoá nên nó kéo theo sự suy giảm trí nhớ ngắn hạn và khả năng thực hiện những công việc hàng ngày. Khi bệnh lan truyền đến vỏ não, nó bắt đầu ảnh hưởng đến ngôn ngữ.

Nguyên nhân của những thay đổi này gồm cả 2 phía: cấu trúc- sự xuất hiện và phát triển các mảng beta amyloid (beta amyloid plaques) và các mảng tơ thần kinh (neurofibrillary tangles) và một số chất dẫn truyền thần kinh. Beta amyloid được tạo ra do sự phân huỷ amyloid precusor protein (APP) nằm ở các màng tế bào nơron. Đây cũng là một đại diện trong đại gia đình các protein bao quanh tế bào thần kinh, tạo thành hàng rào kiểm soát chất ra vào. Sự phân huỷ APP tạo ra các mảnh beta amyloid, những mảnh này có thể chồng lên nhau tạo thành mảng amyloid làm cho các tế bào thần kinh bị chết. Nguyên do chính là do các mảng này đã tạo ra các khe nhỏ trên màng tế bào nên dòng canxi qua các kênh này đã không được kiểm soát (Sinha và cs. 2000). Các mảng tơ thần kinh với các sợi xoắn kép được cấu tạo bởi protein có tên gọi tau. Ở những cơ thể khoẻ mạnh, sự kết hợp này đóng vai trò bình ổn các vi mạch đưa dinh dưỡng và các phân tử từ thân tế bào đến đầu mút axon. Còn ở người bệnh AD, tau đã bị thay đổi về hoá học, do vậy nó làm cho tau xoắn với các vi sợi để tạo thành những mảng tơ thần kinh. Theo đó, sự đổ vỡ của hệ thống vận chuyển đã làm rối loạn kết nối giữa các tế bào thần kinh và làm cho chúng bị tiêu huỷ.

Một trong những chất dẫn truyền thần kinh có vai trò quan trọng trong AD chính là acetylcholine: ở người bệnh AD, acetylcholine giảm đến 90% (Whitehouse và cs. 1982). Acetylcholine tham gia vào quá trình trí nhớ và ảnh hưởng đến hoạt động của nơron của hồi cá ngựa và vỏ não, các chất dẫn truyền thần kinh khác cũng có thể tham gia vào quá trình này. Ở một số người bệnh AD, nồng độ serotonin và noradrenalin thấp hơn bình thường, do vậy chúng cũng có thể góp phần vào các rối loạn giác quan và hành vi xâm kích. Các hormon này cũng có thể liên quan đến những rối loạn tâm lí khác trong những kỳ đầu của AD như trầm cảm và lo âu.

CÁC YẾU TỐ MÔI TRƯỜNG

Nguy cơ mắc AD một phần là do các yếu tố môi trường mặc dù chưa xác định được chính xác vai trò của chúng trong nguyên nhân. Một trong những yếu tố nguy cơ khá rõ chính là vết thương não trong tiền sử (Mc Powell, 2001). Giả thuyết trước đây về nguy cơ phơi nhiễm do hàm lượng nhôm tăng cao đã không còn được ủng hộ, mặc dù ở Anh, việc sử dụng nước ô nhiễm nhôm có thể dẫn đến giảm sút nhận thức ở một số ít người (Altmann và cs. 1999). Hút thuốc lá được xem là yếu tố bảo vệ mặc dù có người trong số này tiền sử gia

đình có người bị mất trí. Những yếu tố bảo vệ khác bao gồm thể dục, dùng lượng vừa phải rượu vang đỏ, chế độ ăn có vitamin B6, B12 và axid folic cao. Nhiều thuốc cũng có tác dụng bảo vệ bao gồm các thuốc non-steroid, các thuốc chống nôn và liệu pháp thay thế oestrogen ở phụ nữ mãn kinh.

Điều trị bệnh Alzheimer

CAN THIỆP DƯỢC LÍ

Tăng nồng độ acetylcholine

Nếu giảm acetylcholine gây ra AD thì tăng acetylcholine đến nồng độ thích hợp có thể phục hồi được các triệu chứng của bệnh. Các thuốc được điều chế nhằm ngăn ngừa acetylcholinesterase phân huỷ acetylcholine ở khe xinap và tăng khả năng tái hấp thu ở thụ thể sau xinap (xem chương 3). Các chất ức chế acetylcholinesterase như Donepizil (Aracept) nhìn chung có thể giúp cải thiện nhận thức trong một thời gian ngắn và dường như nó kìm hãm hơn là ngăn ngừa suy giảm nhận thức (Rogers và cs. 1998). Rất tiếc là nhiều người dùng thuốc lại có tác dụng phụ, trong số đó chủ yếu là rối loạn đường tiêu hoá và có đến 35% số người tham gia dùng thử thuốc đã bỏ cuộc (Rogers và cs. 1998). Bên cạnh đó, không phải tất cả mọi người đều đáp ứng với điều trị và điều này vẫn chưa giải thích được (Forette & Kockwood 1999).

Phương pháp thứ hai để làm tăng nồng độ acetylcholine là uống nicotine nhằm tăng tiết acetylcholine. Thực nghiệm cho thấy bằng cách này đã cải thiện được trí nhớ ở khỉ già (Buccafusco and Jackson 1991). Những người bị AD cũng có sự cải thiện một số khía cạnh về nhận thức và cảm xúc sau khi tiêm nicotine. Tuy nhiên chưa có đủ cứ liệu tin cậy chứng tỏ hiệu quả của nicotne trong điều trị AD.

ức chế sự phát triển amiloid

Một cách tiếp cận dược lí hoàn toàn khác đó là tìm cách phong toả sự sản sinh beta amyloid trong não thông qua việc sử dụng vacxin. Nghiên cứu thử trên chuột cho thấy vacxin có được một số mức độ bảo vệ, chống tạo mảng (Schenk và cs., 1999) và bước đầu cho thấy tiêm một loại vacxin vẫn bảo đảm an toàn trên người. Hơn thế nữa, Weiner và cs. (2000) đã phát hiện thấy đáp ứng tuy nhỏ nhưng rất quan trọng khi dùng trên chuột bằng đường nhỏ mũi: cách điều trị này có thể được chấp nhận trong khoảng thời gian dài (thậm chí suốt đời).

TIẾP CẬN TÂM LÍ

Can thiệp tâm lí nhằm cải thiện tối đa chất lượng cuộc sống và các chức năng tâm lí trong diễn tiến của bệnh. Các nhóm hỗ trợ gồm những người khác nhau với những vấn đề

giống nhau có thể cải thiện hỗ trợ các chiến lược đối phó trong những giai đoạn sớm của AD (Yale, 1995). Trong những giai đoạn muộn thường có 3 cách tiếp cận trị liệu được sử dụng.

Định hướng hiện thực

Định hướng hiện thực (RO - Theo cách gọi của Holden & Woods, 1995) gồm trang bị cho người già có dấu hiệu lú lẫn những thông tin phù hợp giúp họ hiểu cẩn thận hơn về thế giới xung quanh. Có 2 dạng RO: RO 24 giờ nhằm tạo ra một môi trường với nhiều chỉ dẫn giúp cá nhân định hướng được thời gian, không gian và bản thân: những chiếc đồng hồ và lịch rất to; các chỉ dẫn nhắc nhở tên gọi của cơ sở hoặc khu điều trị tên gọi các phù hiệu v.v. . Sự can thiệp xã hội đối với cá nhân cũng được xây dựng nhằm cung cấp những thông tin thích hợp "xin chào ngài Jones. Tom ở đây… Bây giờ bên ngoài khá lạnh, cũng giống như tháng giêng mọi khi…". Các câu đơn giản, đặc hiệu, nhắc lại những thông tin trong ngày hoặc dùng để giao tiếp. Lớp RO gồm những nhóm nhỏ, gặp nhau trong khoảng từ 30-60 phút. Mặc dù có tên gọi như vậy nhưng buổi học tiến hành ở phòng tiện nghi, có các ghế mềm với một bầu không khí thư giãn. Lựa chọn người tham gia dựa theo khả năng, các buổi học gồm tranh luận và cung cấp thông tin, thúc đẩy trí nhớ bằng nhiều cách trợ giúp với các kênh khác nhau: từ báo chí, tranh cho đến trò chuyện v.v…

Tổng quan 21 buổi thử nghiệm RO, Holden và Wood (1995) đưa ra kết luận rằng kết quả đạt được tuy nhỏ nhưng rất quan trọng trong định hướng, so với những trường hợp không được trị liệu hoặc trị liệu không có thiết kế trước. Dường như kết quả trong những lĩnh vực khác như nhận thức hay kĩ năng hành vi cũng rất khiêm tốn mặc dù Reever & Ivison (1985) có thông báo rằng đã đạt được một số tiến bộ về khả năng tự kiểm chế sau khi có sự kết hợp giữa lớp học và RO 24 giờ.

Dù có kết quả cuối cùng như thế nào đi chăng nữa thì RO cũng có những khó khăn nhất định đối với những người định áp dụng, cụ thể là đối với những trường hợp cần nhắc nhở cho bệnh nhân ở những thông tin để gây stress. Ví dụ, rất nhiều người bệnh AD đã quên đi cái chết của người bạn đời và do lú lẫn, họ bắt đầu tìm kiếm, chờ đợi và yêu cầu được gặp người đã chết. Theo RO thì người chăm sóc phải nói cho bệnh nhân rằng bạn đời của họ đã chết. Và đây lại có thể là tin xấu, gây stress cho bệnh nhân. Rất tiếc là người bệnh sau đó lại quên và tiếp tục hỏi, tìm bạn đời đòi người chăm sóc phải phủ nhận thông tin rằng bạn đời của họ đã mất: chu trình như vậy lại tiếp tục gây stress cho cả người bệnh và người chăm sóc.

Trị liệu hiệu lực

Để khắc phụ những nhược điểm của RO, Feil (1990) đã đưa ra một dạng trị liệu khác trị liệu 'hiệu lực'. Trị liệu này bao gồm lắng nghe và chú ý đến tất cả những sự lo sợ của người bệnh, dành thời gian để hiểu cặn kẽ những vấn đề của họ và làm cho những vấn

đề này có "hiệu lực" bằng cách đánh giá những gì họ cần phải nói. Những cuộc trò chuyện như vậy cần phải tạo cơ hội để xác định và làm thay đổi những niềm tin sai lầm, tuy nhiên đây chưa phải là yếu tố cốt lõi của tiếp cận này. Tiêu điểm là tập trung vào nghe và đáp lại các phản ứng cảm xúc hơn là nội dung thực những gì họ nói.

Trong trị liệu nhóm, các nhóm nhỏ có thể được bố trí để thảo luận về những cảm giác khi diễn tả như tức giận, cách li hoặc mất mát (Bleathman & Morton, 1992). Feil (1990) cho rằng bằng cách từ ngữ hoá trí nhớ và suy nghĩ và hiệu lực hoá bởi nhóm, cá nhân có được cảm giác được chấp nhận. Phương pháp này nhấn mạnh đến sự cần thiết phải giải quyết những xung đột chưa được giải quyết. Nó cũng có những thành phần của trị liệu tâm lí- động thái. Khi trị liệu nhấn mạnh đến sự đồng cảm và chấp nhận quan điểm của cá nhân về thế giới xung quanh và mang những khía cạnh nhân văn rõ rệt. Tuy nhiên cũng chưa có một nghiên cứu nghiêm chỉnh nào nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp. Những gì có được chủ yếu là dựa trên cơ sở phân tích lịch sử trường hợp không kiểm soát được. Trong một nghiên cứu Feil (1990) thông báo rằng đã hạn chế được những cơn khóc lóc, đi lại lộn xộn sau đợt trị liệu hiệu lực, tuy nhiên không có cứ liệu về hiệu quả bền vững hoặc những lợi ích lớn hơn so với các tiếp cận khác.

Liệu pháp hồi tưởng

Có 3 dạng liệu pháp hồi tưởng (Mc Malion & Phuclick, 1964). Hồi tưởng dạng câu chuyện bao gồm tái hiện những sự kiện dễ chịu. Nhìn lại cuộc đời bao gồm tái hiện và thảo luận trí nhớ cả những sự kiện tốt và xấu, những sự kiến chủ yếu từ ý thức. Cuối cùng là hồi tưởng hào quang bao gồm tập hợp nhiều lần những tình huống gây đau khổ hoặc thất vọng. Nhìn lại cuộc đời và hồi tưởng hào quang được cho là có tác dụng hỗ trợ giải quyết xung đột trong quá khứ.

Liệu pháp hồi tưởng dựa trên mô hình phát triển của Erikson (1980) trong đó nhìn lại cuộc đời thường xuất hiện về cuối cuộc đời. Nhìn lại cuộc đời nói chung có thể là tích cực hoặc tiêu cực. Trong liệu pháp cá nhân, nhà trị liệu trợ giúp cá nhân làm sáng tỏ hơn và hiệu quả hơn sự phân tích bản thân. Trong liệu pháp nhóm, các nhóm nhỏ xem xét cuộc sống của các thành viên thông qua việc sử dụng những gợi ý như các bức ảnh cũ, các buổi phát thanh hoặc truyền hình v.v… Cũng như đối với liệu pháp hiệu lực, chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của liệu pháp hồi tưởng. Những người tham gia chủ yếu thích được tham gia vào nhóm hồi tưởng. Cũng có một số thông báo về gia tăng tự đánh giá cũng như thoả mãn cuộc sống. Sau khi tham gia vào nhóm (ví dụ, Kovach, 1990). Tuy nhiên chưa có nhiều cứ liệu chứng tỏ rằng nó hiệu quả hơn các hoạt động nhóm khác.

THAY ĐỔI HÀNH VI

Mặc dù những cách tiếp cận quan sát được (operant) nhằm thay đổi hành vi ở những người già lú lẫn tạo ra được sự chú ý nhất định song chưa có nhiều thông báo về việc sử dụng cũng như hiệu quả của nó. Tuy vậy những nghiên cứu đã sử dụng qui trình này cho thấy nhìn chung là có hiệu quả. Ví dụ, Burgio và cs. (1988) đã ứng dụng chương trình nhằm gia tăng việc sử dụng toilet hợp lí và giảm thiểu mức độ không tự chủ. Chương trình này bao gồm hỏi thường xuyên, đều đặn xem các cá nhân có muốn vào toilet hay không và tiếp đó là củng cố việc sử dụng toilet. Chương trình đã đạt được hiệu quả rõ rệt mặc dù các cá nhân chưa tự mình chủ động dùng toilet. Nhìn chung các thành viên tham gia chương trình đã biết tăng cường sử dụng hệ thống trợ giúp. Các chương trình khác cùng làm giảm được những hành vi đi lang thang, định hình và tăng tương tác, vận động xã hội (xem Woods & Roth, 1997). Theo Woods & Roth, thành tố cơ bản để đảm bảo cho các qui trình quan sát được đối với người già có thể không phải là "phần thưởng" cho những hành vi làm đúng. Rất có thể là việc sử dụng hệ thống chỉ dẫn trợ giúp hành vi đóng vai trò quan trọng hơn.

Một yếu tố rất cần thiết nữa trong việc chăm sóc người già sa sút trí tuệ là phải hạn chế đến mức tối thiểu những yêu cầu mang tính nhận thức đối với họ (Woods &Brid, 1999). Khi đối thoại phải dùng những câu ngắn, luôn nhắc lại. Có thể dùng thêm những trợ giúp tương thích, ví dụ như tranh ảnh. Tuy nhiên cũng cần tránh những trợ giúp gây phân tán chú ý với thông tin không tương thích. Các trợ giúp cần phải đơn giản và trực tiếp. Ví dụ, một mũi tên chỉ vào hình toalet được dán lên cửa toalet có thể hiệu quả hơn hình một người phụ nữ hay nam giới như thường thấy. Ngay cả những người sa sút trí tuệ mức độ vừa và nhẹ cũng cần đến sự trợ giúp như vậy. Bất kỳ một sự trợ giúp nào cũng cần phải được hướng dẫn và tập luyện để củng cố thông tin của trợ giúp đó. Ví dụ, mỗi khi dẫn người bệnh ra toalet, người chăm sóc có thể nói với họ trong khi đi và chỉ cho họ những chỉ dẫn, trợ giúp. Nếu ở nhà, phải đảm bảo an toàn ở mức độ tối đa, ví dụ như thay lò sưởi ga bằng lò sưởi tích nhiệt v.v…

GIÚP ĐỠ NHỮNG NGƯỜI CHĂM SÓC

Chăm sóc những người bị AD tại nhà cũng tạo ra rất nhiều căng thẳng cho những người chăm sóc, nhất là khi mà bản thân họ cũng thường là người già và sức khoẻ cũng có hạn chế. Một số hình thức hỗ trợ và giúp đỡ cũng đem lại lợi ích nhất định. Những sự trợ giúp này có thể do những người tình nguyện, dạng như Hội Alzheimer ở Anh, và những khoảng thời gian ngắn người chăm sóc được nghỉ ngơi khi người bệnh vào viện. Ngoài ra cũng có thể có những hình thức can thiệp khác.

Trong một siêu phân tích 9 nghiên cứu được thiết kế để trợ giúp những người chăm sóc đối phó với stress, Knight và cs. (1992) đã đi đến kết luận rằng cả 2 dạng can thiệp nhóm và các nhóm đều làm giảm cảm giác nặng nề và trầm cảm.

Gallagher – Thomson và Steffen (1994) so sánh 2 dạng can thiệp: hành vi nhận thức và tâm lí động thái trong trị liệu những người bị trầm cảm trong quá trình chăm sóc người thân cao tuổi. Cho đến giai đoạn cuối cả hai dạng can thiệp đều có hiệu quả. 71% số trường hợp đã không còn trầm cảm nữa. Tuy nhiên trị liệu động thái có hiệu quả hơn đối với những người làm công việc chăm sóc trong khoảng thời gian ngắn. Điều này có thể là do đối với những người mới vào vai trò người chăm sóc còn phải khám phá và tìm cách thực hiện vai trò. Đối với những người đã có khoảng thời gian dài làm công việc chăm sóc thì việc luyện tập các kĩ thuật đối phó stress hàng ngày sẽ có lợi hơn.

Cách thứ 2 để giúp những người chăm sóc đối phó với stress là trang bị cho họ những chiến lược trợ giúp họ quản trị hành vi của người thân của họ một cách hiệu quả hơn. Ví dụ Pinkston và cs. (1998) đã chỉ ra cách thức mà những người chăm sóc có thể quản trị được nhiều hành vi, trong đó có tự chăm sóc, xâm kích và đi lang thang . Trên 75% số bệnh nhân có được một số cải thiện về hành vi sau khi những người chăm sóc được tập huấn nhằm làm giảm căng thẳng.

Chấn thương sọ não

Chấn thương sọ não kín xuất hiện khi đầu bị va chạm mạnh nhưng không có tổn thương hộp sọ hoặc vết thương não đặc biệt. Dạng chấn thương như vậy thường gây ra sự chấn động toàn bộ não trong hộp sọ và tổn thương lan toả. Khoảng một nửa số trường hợp chấn thương sọ não kín là do tai nạn giao thông. Nguyên nhân chiếm vị trí thứ 2 là ngã, đặc biệt là đối với người già và trẻ nhỏ. Do đánh nhau chiếm khoảng 20% số trường hợp, trong khi đó chấn thương do thể thao chỉ chiếm khoảng 3%. Lạm dụng rượu cũng làm tăng nguy cơ. Những người ở độ tuổi 15-20 cũng là nhóm có nguy cơ cao. Tại Anh hàng năm có khoảng 150/100.000 dân bị chấn thương sọ não phải nhập viện (Jennett, 1996).

Một chỉ số đơn giản để xác định mức độ nặng của chấn thương, đó là "thời gian thực hiện theo yêu cầu", đó là khoảng thời gian sau chấn thương cho đến khi cá nhân có đủ khả năng đáp ứng những yêu cầu đơn giản. Đối với chấn thương sọ não mức độ nhẹ, khoảng thời gian này là dưới 1 giờ, đối với chấn thương mức độ vừa, khoảng từ 1 giờ đến 13 ngày còn đối với mức độ nặng là 14 ngày hoặc hơn. Khoảng 30%-50% trường hợp tử vong do chấn thương sọ não nặng. Khoảng 10% số trường hợp trạng thái "thực vật" kéo dài đến 3 tháng sau chấn thương; 4% kéo dài đến 6 tháng và 2-3% kéo dài đến 1 năm.

Đối với những người sống sót và hồi phục ý thức, sự hồi phục diễn ra theo cách thức khá điển hình. Ở giai đoạn đầu tiên là sự lú lẫn cấp tính và rối loạn định hướng. Trong giai đoạn này họ không có khả năng nhớ*: mất nhớ sau chấn thương*. Giai đoạn mất nhớ này

càng kéo dài bao nhiêu thì kết thúc càng xấu bấy nhiêu. Tuy vậy giai đoạn mất nhớ sau chấn thương kéo dài cũng không nhất thiết đồng nghĩa với tiên lượng phục hồi kém. Ví dụ, Jennett và cs. (1981) thông báo có đến 7% số người mất nhớ sau chấn thương kéo dài từ 1 đến 2 tuần có kết thúc tốt.

Sau giai đoạn mất nhớ sau chấn thương sọ não mức độ vừa và nặng đều xuất hiện những vấn đề về cơ thể, nhận thức và hành vi. Hầu hết những vấn đề về cơ thể đều có thể được giải quyết mặc dù có thể một số triệu chứng vẫn còn tiếp tục như chứng căng cơ, khó nuốt và rối loạn thăng bằng. Có khoảng 5% số người bị chấn thương sọ não kín mức độ vừa và nặng có cơn động kinh: có thể so sánh với vết thương thấu sọ, tỷ lệ này là từ 35-50%. Sau 5 năm, nguy cơ bị động kinh vẫn cao hơn so với bình thường.

Những thiếu sót về nhận thức và hành vi- thần kinh hầu hết đều là những di chứng thường gặp ở chấn thương sọ não kín. Tổn thương não lan toả gây ra những rối loạn nhận thức đặc trưng, bao gồm giảm tốc độ nhận thức, giảm chú ý cộng với rối loạn trí nhớ, các chức năng ngôn ngữ phức tạp và "chức năng thức tỉnh" (Levin, 1993). Muộn hơn chút nữa là những vấn đề về trí nhớ hiện tại, giải quyết vấn đề, thể hiện khả năng kiểm soát và tổ chức. Những phục hồi cơ bản diễn ra trong 6 tháng đầu sau chấn thương, mặc dù sự phục hồi vẫn có thể tiếp tục sau 1 năm nữa nhưng chậm. Trong vòng tháng đầu, hầu hết số nạn nhân bị chấn thương mức độ vừa và nặng đều có những rối loạn đáng kể về nhận thức. Trong 6 tháng đầu sau chấn thương, khoảng 8% những người bị tổn thương mức độ vừa và 16% những người ở mức độ nặng phải vào viện điều trị vì những rối loạn nhận thức. Tỷ lệ tương tự sau 1 năm là 0% và 10%. Chỉ có 1/4 số người bị chấn thương sọ não nặng là còn khả năng trở lại công việc cũ (Sherer và cs. 2000).

Những triệu chứng hành vi- thần kinh ở những người bị chấn thương sọ não mức độ nặng gồm: tăng tính kích thích, đau đầu, lo âu, khó tập trung, mệt mỏi, bồn chồn và trầm cảm (Satz và cs. 1998). Những triệu chứng này thường gặp nhiều hơn so với những triệu chứng cơ thể hoặc các thiếu hụt nhận thức khác và có thể ảnh hưởng lâu dài đến kết thúc bệnh. Một trong những đặc điểm quan trọng của sự phục hồi muộn sau chấn thương sọ não là giảm sút khả năng tự ý thức. Có lẽ vì vậy mà người thân của những người bị chấn thương sọ não kéo dài thường dễ nhận thấy thay đổi tâm lí của nạn nhân hơn là chính nạn nhân. Những vấn đề mà người thân của nạn nhân thường thông báo gồm: chậm chạp, tăng kích thích, mệt mỏi, trầm cảm, nhanh chuyển cực cảm xúc và lo âu (Brooks và cs. 1986). Hậu quả xa của chấn thương sọ não kín dai dẳng và làm tăng nguy cơ li hôn, thất nghiệp, suy giảm kinh tế và lạm dụng chất. Có lẽ cũng không có gì ngạc nhiên khi tỉ lệ trầm cảm và tự sát ở những người chấn thương sọ não cao hơn bình thường (Teasdale & Eng berg, 2001).

Phục hồi nhận thức sau chấn thương sọ não

Đối với những trường hợp chấn thương sọ não vừa và nặng, việc phục hồi bao gồm một số tiếp cận trị liệu do chuyên gia sức khoẻ chuyên ngành khác nhau đưa ra. Trị liệu y

học bao gồm kiểm soát đau đối với đau đầu, trị liệu hoá dược đối với động kinh và phẫu thuật đối với não nước. Trị liệu vật lí nhằm tăng cường sức mạnh và sự linh hoạt của các cơ, trị liệu nghề nghiệp trang bị, hình thành những khả năng cần thiết cho sự chăm sóc bản thân hoặc cá nhân có thể trở lại một số nghề nhất định. Nhà trị liệu ngôn ngữ có thể làm việc với cá nhân để cải thiện sự hiểu biết cũng như phát âm. Từ hướng tâm lí, can thiệp chủ yếu tập trung vào những hậu quả về hành vi và nhận thức của chấn thương. Phần còn lại của chương sẽ tập trung vào một số kĩ thuật được dùng nhằm cải thiện chức năng nhận thức hoặc giúp đỡ cá nhân đối phó với những thiếu sót nhận thức kéo dài.

ĐỐI PHÓ VỚI NHỮNG VẤN ĐỀ VỀ TRÍ NHỚ

Có một số kĩ thuật chung nhằm cải thiện trí nhớ như luyện tập nhớ, kết hợp hình và từ để cải thiện sự tái hiện v.v… Các kĩ thuật chuyên biệt cũng được phát triển để dành cho những người bị chấn thương sọ não. Những kĩ thuật này thường có các bài tập học tập rất chuyên biệt. Ví dụ, Wilson (1989) đã sử dụng phương pháp xem trước, câu hỏi, đọc và test (PQRST) nhằm cải thiện sự mã hoá cũng như tái hiện danh mục từ. Phương pháp này được thực hiện bằng cách người tham gia xem xét các bài tập, suy nghĩ về những yêu cầu của bài sau đó đọc qua một vài lần danh mục các từ, đầu tiên là đọc to sau đó là đọc thầm, cuối cùng mới làm test. Người ta cho rằng quá trình nhận thức bổ sung trong phương pháp này sẽ tăng cường sự học nhiều hơn so với việc nhắc lại thuần tuý danh mục các từ. Rất tiếc rằng trí nhớ được củng cố qua những buổi tập này thường lại không phát huy được các bài tập trí nhớ chuyên biệt. Hơn nữa nhiều người bệnh chấn thương sọ não thường không đánh giá đúng mức sự giảm sút trí nhớ nên không phải lúc nào các chương trình này cũng được chấp nhận. Dobkin (1996) đã kết luận rằng nên dùng "trị liệu" trợ giúp là trị liệu trí nhớ (dành cho những người bị MS và AD). Theo tác giả, những phương tiện có thể được sử dụng để trợ giúp trí nhớ gồm máy ghi âm, sổ tay, máy tính loại nhỏ, đồng hồ, máy bộ đàm hoặc sử dụng hệ thống truyền thanh trong nhà.

Đối với những người có tổn thương đáng kể thì có thể cần phải luyện tập sử dụng các phương tiện trợ giúp trí nhớ. Ví dụ, Sohlberg và Mateer (1989) đã sử dụng quá trình luyện tập 3 bước để sử dụng sổ tay ghi nhớ. Bước thứ nhất là luyện tập về nội dung và mục đích sổ tay ghi nhớ. Điều này được củng cố dưới dạng hỏi - đáp ("5 phần trong sổ tay ghi nhớ của bạn là những phần nào"). Khi đưa vào ứng dụng, cá nhân thực hành theo nội dung sổ tay dưới dạng trò chơi đóng vai. Cuối cùng, họ sử dụng sổ tay vào "đời sống thực". Theo cách tiếp cận này, người tham gia vào chương trình mất khoảng 17 ngày luyện tập hình thành các kĩ năng cần thiết sử dụng sổ tay.

Trợ giúp trí nhớ cần phải hữu ích trong việc nhắc nhở cá nhân làm những việc mà họ có thể quên. Ví dụ, Wilson và cs. (2001) đánh giá việc sử dụng hệ thống các trang giấy đã đánh số để nhắc nhở người bị chấn thương sọ não làm những việc khác nhau trong ngày.

Hầu hết những trang này đều hữu ích cả ngay thời điểm làm việc đó và cả trong khoảng 7 tuần sau đó. Ưu điểm của nó có thể là xác lập được những mẫu hành vi tương đối bền vững.

CẢI THIỆN "CHỨC NĂNG THI HÀNH"

Vấn đề thứ hai mà những người bị CTSN phải đối mặt đó là sự suy giảm các kĩ năng giải quyết vấn đề. Can thiệp nhằm bù trừ những thiếu hụt đó được thiết kế tập trung vào giải quyết vấn đề và chia ra từng bước. Một trong những mô hình như vậy là IDEAL. Mô hình này sử dụng những chữ cái đầu câu đơn giản do Bransford và Stein xây dựng năm 1984.

I- Xác định (identification) vấn đề

D- Làm rõ (defining) vấn đề (nguyên nhân và hậu quả của nó)

E- Tìm kiếm (exploring) các phương án giải quyết

A- Hành động (action) theo phương án đã được xác định ở bước E

L- Kiểm tra hiệu quả của kế hoạch đã lựa chọn.

Những người bị chấn thương sọ não cũng có thể được hướng dẫn rằng không nên cố giải quyết đồng thời các vấn đề phức tạp, tuy nhiên cần cố gắng các vấn đề đặc biệt và giải quyết kế tiếp nhau.

Khi cá nhân bị suy giảm chú ý trong giải quyết vấn đề hoặc các nhiệm vụ khác thì có thể luyện tập cho họ bù trừ chú ý. Bước đầu tiên của phương pháp này là cá nhân xác định thời điểm bị giảm chú ý, sau đó sử dụng những chiến lược dạng như tự hướng dẫn (Meichenbaum 1985: " nào bắt đầu chú ý vào đây") để trợ giúp sự tập trung chú ý. Những trợ giúp bên ngoài cũng có thể có tác dụng (Wilson và cs. 2001).

Một số chương trình chuẩn đã được xây dựng nhằm khắc phục những vấn đề về chú ý. Ví dụ như Chương trình luyện tập quá trình chú ý (APT) của Park và cs. (1999) đã sử dụng một số chiến lược khác nhau. Một số bài tập khác nhằm củng cố chú ý như: chú ý nghe băng, khi phát hiện những từ hoặc câu theo yêu cầu thì nhấn chuông, nghe một đoạn và bài tập kiểm tra sự thông hiểu, và các bài tập tính nhẩm. Luyện tập di chuyển chú ý bằng bài tập gồm nghe băng để phát hiện từ cần nghe tiếp theo từ đã xác định được. Bài tập được thực hiện lần lượt từ dễ đến khó, được nhắc lại cho đến khi cá nhân làm đúng theo yêu cầu. Nếu cần thiết, họ sẽ được luyện tập ở nhà hoặc ở nhà với sự giúp đỡ của người thân.

Cách tiếp cận này cũng đạt được kết quả nhất định. Hầu hết các nghiên cứu cũng đều cho thấy có sự tiến bộ trong các trắc nghiệm tâm lí về trí nhớ hoặc chú ý sau khi thực hiện các chương trình này… Đối với "thế giới thực" dường như ít có sự cải thiện hơn mặc dù cũng có những cứ liệu cho thấy có sự tiến bộ trong một số kết quả trắc nghiệm, ví dụ kĩ năng lái xe, sống tự lập hoặc trở lại làm việc (Sohlberg & Mateer 2001). Một số chiến lược

khác hướng vào việc tăng cường chú ý hoặc ngăn ngừa sự đãng trí sẽ được đề cập đến trong phần rối loạn giảm chú ý trong chương 13.

ĐỐI VỚI NHỮNG CẢM XÚC ÂM TÍNH

Trầm cảm và tự sát chiếm tỷ lệ cao ở những người bị chấn thương sọ não giai đoạn muộn. Nhìn chung người ta cho rằng một số can thiệp về tâm lí và dược lí có tác dụng cải thiện khí sắc ở nhóm người này. Ví dụ, theo Viện sức khoẻ Quốc gia Hoa Kỳ, trị liệu tâm lí có thể là sự trợ giúp rất quan trọng trong việc phục hồi cảm xúc, hạn chế trầm cảm và cải thiện khả năng đánh giá liên quan đến rối loạn nhận thức. Họ cũng cho rằng những sự can thiệp như vậy cần phải tạo ra được sự cổ vũ cảm xúc, giải thích về chấn thương và hậu quả của nó, giúp điều chỉnh tự đánh giá bằng cách cố gắng đạt được những mục đích có thể đạt được, hạn chế từ chối và làm tăng khả năng quan hệ của cá nhân với gia đình và xã hội. Mặc dầu có những lạc quan như vậy song người ta cũng nhận xét rằng trị liệu tâm lí đối với người bị CTSN chưa được nghiên cứu một cách hệ thống và do vậy lợi ích của nó cũng chưa được chứng minh. Ngoài ra người ta cũng còn lưu ý rằng bên cạnh những kết quả tốt, thuốc chống trầm cảm cũng có thể gây ra những tác dụng phụ nghiêm trọng ở nhóm người này. Do vậy khi cho người bệnh dùng thuốc cần phải theo dõi chặt chẽ và cần chỉ định những liệu pháp khác nếu thấy phù hợp.

TRỢ GIÚP NGƯỜI CHĂM SÓC

Những người sống cùng, chăm sóc người bị di chứng chấn thương sọ não cũng có thể bị stress hoặc rối loạn stress đáng kể (Harris và cs. 2001). Mới chỉ có một số cứ liệu cho thấy áp lực lên gia đình được giảm nhẹ khi người bệnh đạt được sự cải thiện về nhận thức và sức khoẻ. Tuy vậy cũng có những cơ sở vững chắc cho các chương trình trợ giúp gia đình đối phó với stress do chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não. Mặc dù vậy cũng chưa có nhiều nghiên cứu trợ giúp đối phó về cảm xúc của chấn thương và hậu quả chấn thương sọ não và tương tự, cũng chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của các chương trình như vậy. Bên cạnh đó, hầu hết những nghiên cứu đã được thực hiện một cách tự nhiên và không kiểm soát. Do vậy rất khó đánh giá sự ảnh hưởng của gia đình hoặc các chương trình trợ giúp (Sinnakaruppan & Williams 2001).

Xơ vữa rải rác

Xơ vữa rải rác (MS-Multiple Sclerosis) là một bệnh thần kinh xuất hiện do phân huỷ vỏ myelin bao quanh các tế bào thần kinh và hệ thần kinh trung ương. Khi xuất hiện sự phân huỷ, các mảng xơ vữa hình thành, những mảng này cản trở sự dẫn truyền bình thường của xung thần kinh. Xơ vữa có thể xuất hiện ở bất kỳ khu vực nào của não hoặc tuỷ sống cho nên chúng cũng có thể gây ra những triệu chứng rất khác nhau, từ mất chức năng các

chi, mất kiểm soát đường ruột, bàng quang cho đến mù do viêm dây thần kinh thị giác và những tật chứng về nhận thức. Co cứng cơ cũng là một đặc điểm thường gặp, đặc biệt là ở các chi trên, 95% số người bị MS cảm thấy mệt mỏi suy nhược. Điều này đã ngăn cản những hoạt động thể lực lâu bền ở 40% số trường hợp. Gần 1/2 số người bị MS coi đây là triệu chứng nặng nhất của họ (Lechtenberg 1988). Khoảng 30-50% số trường hợp cần đến sự trợ giúp về vận động hoặc xe đẩy.

Tiến trình MS rất khác nhau ở các cá nhân. Ít có trường hợp khởi phát trước 15 tuổi; 20% số trường hợp bị MS có dạng khởi đầu giống như một bệnh trong đó các triệu chứng hầu như không tiến triển sau khi xuất hiện. Một số trường hợp thì lại có dạng ác tính, gây ra suy giảm chức năng liên tục hoặc dẫn đến tử vong rất nhanh sau khi bệnh khởi phát. Thể này thường khởi phát sau tuổi 40. Trong đa số các trường hợp, bệnh thường mang tính giai đoạn, có những pha cấp tính xen kẽ thuyên giảm. Mỗi pha cấp tính lại làm tiêu hao những mức độ chức năng đã đạt được ở pha thuyên giảm trước đó nên từ từ dẫn đến tan rã. Tử vong thường là do những tai biến của MS như: ngạt, viêm phổi, suy thận. Tỉ lệ tự sát ở những người mắc MS cao hơn rất nhiều so với bình thường (Sadnovick và cs 1991).

Susan đã mô tả những cảm giác khi bị MS. Lúc chúng tôi hỏi chuyện, Susan đang dùng thuốc chống trầm cảm:

Tôi bị MS đã 4 năm. Bệnh diễn ra cũng khá kì quặc. Lúc đầu tôi nghĩ rằng chẳng có gì nghiêm trọng mặc dù người ta cũng thường lo lắng về những triệu chứng mà mình chưa hiểu. Bệnh bắt đầu từ khi tôi cảm thấy có những vấn đề thị lực. Tôi không nhìn rõ được như trước đây. Nó xuất hiện đột ngột nên tôi cảm thấy đây không phải là vấn đề tuổi tác và rõ ràng là có cái gì đó không bình thường. Lúc đầu tôi cũng hơi hoảng sau lại nghĩ rằng cũng chưa có gì rõ ràng cả. Tuy nhiên tôi thấy mình hay quên các việc nhiều hơn trước. Tôi đến chỗ bác sĩ của mình để khám mắt và được bác sĩ chuyển đến khám chỗ bác sĩ thần kinh. Ông ta đã cố gắng thuyết phục tôi rằng không có gì tồi tệ rằng ông ta chỉ muốn kiểm tra lại một số triệu chứng. Nhưng tôi bắt đầu cảm thấy lo lắng... người ta không gửi đến bệnh viện để khám nếu như không có vấn đề gì. Ông ta nói rằng có thể đây là MS nên tại sao người ta lại không gửi tôi đến bác sĩ nhãn khoa. Ngay sau đó tôi đến chỗ bác sĩ thần kinh. Bà ấy cho làm vài test để kiểm tra và trong mấy tuần khám sức cơ, thăng bằng, đọc, châm kim nhiều lần. Cuối cùng tôi được chẩn đoán là MS. Nhà tư vấn của tôi nói chuyện với tôi và chồng tôi và cho phép chúng tôi hỏi mọi vấn đề. Chúng tôi cũng được nói chuyện với chuyên gia điều dưỡng, người đã giúp chúng tôi nhiều năm. Bà ta dành nhiều thời gian nói chuyện với chúng tôi hơn là bác sĩ. Chúng tôi nói về cái gì có thể chờ đợi và chúng tôi được sự hỗ trợ gì. Mặc dù vậy tôi vẫn nghĩ rằng nếu được nghe chẩn đoán từ phía bác sĩ thì vẫn tốt hơn.

Tôi cũng phải thú nhận rằng lúc đầu tôi thực sự cảm thấy nặng nề – anh không biết cái gì đang chờ đợi mình và có thể đó là điều tồi tệ nhất. Anh cũng nghe thấy những câu chuyện ghê sợ về cái chết của những người MS và không ai có thể thuyết phục được rằng bạn không có vấn đề gì... Sau vài năm, tôi đã nhận ra những biến đổi trong cơ thể mình và thấy mọi việc càng tồi tệ hơn. Tất nhiên những điều đó diễn ra

một cách từ từ và có những khoảng thời gian rất dài không có những thay đổi gì. Chính điều này đã làm tôi nghĩ rằng không phải mọi việc sụp đổ ngay lập tức và vẫn còn nhiều hy vọng.

Điều tệ hại nhất là sự mệt mỏi và nặng nề. Ơn Chúa, mắt của tôi đã khá hơn. Tôi đã có thể dùng gậy để đi quanh nhà. Thỉnh thoảng tôi cũng có thể đi ra khỏi nhà một đoạn. Nói chung tôi thường phải dùng xe lăn. Tôi rất nhanh mệt nên cũng ít khi cố đi bộ, cũng bởi vì tôi không thể đi được xa…

Tôi căm ghét MS. Trước đây tôi hay chơi thể thao, đi ra ngoài, làm nhiều việc thú vị. Bây giờ thì tôi không thể làm được gì. Bây giờ tôi thường xuyên thấy mệt. Trí nhớ của tôi chưa bao giờ tốt nhưng bây giờ nó còn tệ hơn trước. Tôi không thể trò chuyện được và ngay cả việc chú ý đến điều gì đó cũng thực sự là khó khăn. Có lẽ như vậy mọi người cũng rất khó nói chuyện với tôi. Chồng tôi cũng vậy. Ông ta đã cưới một phụ nữ vui nhộn, ưa thể thao… thế mà bây giờ tôi đã là người thiếu sinh khí, tàn tạ, tăng cân bởi vì ăn nhưng không tập tành gì. Mặc dù mọi người bảo không nhưng tôi vẫn nhận ra điều đó. Tôi ít đi ra ngoài phố vì ngại gặp phiền phức với cái xe lăn… đường phố thiết kế không phải để cho những người ngồi trên xe lăn… và người ta cũng không thích những người ngồi trên xe lăn. Có thể anh không biết… nhưng tôi muốn nói rằng: "Xin chào, tôi đây. Tôi có những vấn đề về não, mọi người biết không…" tôi biết những lời như vậy như là một sự xúc phạm bản thân. Thỉnh thoảng tôi cũng cảm thấy dễ chịu. Tuy nhiên tôi sống chủ yếu với những khó khăn triền miên. Liệu hôm nay tôi sẽ có một ngày tồi tệ? Liệu tôi có nổi cáu- có phải vào bệnh viện, uống mega-steroid và rồi mọi việc trở nên tồi tệ hơn lúc tôi vào? Tôi cũng đoán được rằng mình chẳng còn sống được mấy ngày… nhưng sao nặng nề vậy.

Nguyên nhân xơ vữa rải rác

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Nguy cơ mắc MS ở trong dân cư là 1/800. Đối với con cái của những người bị bệnh, tỉ lệ này tăng lên 1/50 và đối với anh, chi , em ruột là 1/20. Tuy nhiên tỷ lệ tăng cao trong thành viên gia đình như vậy cũng chưa thể kết luận về nguyên nhân di truyền. Anh, chị, em cùng bị mắc MS thường khởi bệnh vào cùng một năm chứ không phải cùng một tuổi. Điều này cho thấy có thể còn có các yếu tố môi trường chi phối đến nguy cơ bị MS (Haines & Pericak-Vance 1999)

CƠ CHẾ SINH HỌC

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu được đầy đủ nguyên nhân của MS mặc dù đã có giả thuyết được nhiều người ủng hộ là do trục trặc trong hệ miễn dịch hoặc do virus.

Một chất hoá học trong hệ miễn dịch, chất gamma-interferon, có liên quan đến MS: hoạt tính của MS tăng cao khi nồng độ gamma-interferon ảnh hưởng đến quá trình bệnh như thế nào, tuy nhiên có thể nó đã kích thích hệ miễn dịch sản xuất tế bào T-Cytoxic. Đây là những tế bào tấn công và phá huỷ những tế bào cơ thể bị bệnh hoặc bị tổn thương. Những tế bào này (T-Cytoxic) có thể tấn công trực tiếp các tế bào khác và có khả năng phân biệt giữa tế bào "nhà' (của cơ thể) và tế bào "lạ" (những tế bào bị tổn thương, bị ung thư hoặc bị bệnh). Trong trường hợp của MS, các tế bào T-Cytoxic được hoạt hoá và dường như nhận

diện sai lầm khi xem vỏ bọc myelin của tế bào trong thần kinh trong não và tuỷ sống là "tế bào lạ" và tìm cách phá huỷ chúng. Nhiễm virus dường như là sự khởi động cho việc sản xuất gamma-interferon: đây có thể là mối liên quan giữa nhiễm virus và MS.

STRESS VÀ MS

Có những bằng chứng cho thấy stress có thể ảnh hưởng đến hoạt động của hệ miễn dịch. Trong khi đó hệ miễn dịch dường như có vai trò trong nguyên nhân của MS, do vậy stress cũng có thể ảnh hưởng đến sự khởi phát và diễn biến của bệnh. Cứ liệu đã được Palumbo và cs. đưa ra từ 1998. Các tác giả đã phỏng vấn nhóm người bị MS và nhóm khoẻ mạnh về tần số và dạng stress mà họ gặp phải trong vòng 1 năm trước khi bị bệnh hoặc khoảng thời gian tương đương. Những người bị MS cho thấy họ gặp sự kiện gây stress trong đời sống nhiều hơn so với nhóm chứng. Có thể đây là yếu tố thúc đẩy cho sự khởi phát bệnh. Rất tiếc là mặc dù các cứ liệu cho thấy có sự liên quan giữa stress và MS song cũng chưa thể khẳng định được chắc chắn mối liên quan này. Nhiều người bị bệnh cơ thể nặng cũng cố tìm những nguyên nhân gây bệnh và họ đều cũng nhận thấy rằng stress là yếu tố thúc đẩy quan trọng dẫn đến bệnh. Cũng cần lưu ý rằng mọi sự khác biệt giữa 2 nhóm về stress trước khi bị bệnh có thể thể hiện rõ nét hơn so với thực tế.

Những nghiên cứu bổ dọc về những ảnh hưởng của stress đến tiến triển của MS cũng cho thấy stress cũng có thể có vai trò nhất định trong MS. Trong một nghiên cứu, Mohr và cs. (2002a) đã sử dụng nhiều phép đo stress khác nhau và tiến triển của bệnh với quãng thời gian 4 tuần/ 1 lần. Nghiên cứu được thực hiện ở nhóm người bị MS trong vòng 100 tuần. Các tác giả đã nhận thấy rằng cứ sau các stress cá nhân thì diễn biến của bệnh cũng tăng lên. Những cứ liệu này phù hợp với nghiên cứu của Schwartz và cs. (1999) phát hiện thấy mối liên quan hai chiều giữa stress và MS: stress làm tăng nguy cơ tiến triển của bệnh và tiến triển bệnh nặng lên làm tăng stress. Như vậy giữa stress và MS tạo nên một vòng tròn khép kín.

Hậu quả tâm lí của xơ vữa rải rác

NHỮNG VẤN ĐỀ NHẬN THỨC

Cũng như những vấn đề về cơ thể, người bệnh MS thường có những thiếu sót về nhận thức trong trí nhớ, chú ý, tư duy cũng như những khả năng về ngôn ngữ. Đến gần một nửa số người mắc MS phàn nàn về sự giảm sút trí nhớ. Không lâu sau khi bệnh tiến triển rõ rệt, một số vấn đề về trí nhớ dài hạn được phục hồi, trí nhớ ngắn hạn ít khi bị tổn thiệt. Tốc độ xử lí thông tin chậm hơn so với những người không bị bệnh. Điều này một phần là do sự trì trệ dần chức năng tâm lí- vận động bởi do sự trì trệ hoạt tính nơron (Brassington & Marsh 1999). Chú ý thính giác và thị giác cũng có thể bị tổn thiệt.

Các thiếu sót nhận thức càng tăng lên khi tổn thương não tiến triển. Feinstein và cs. (1993) đã tiến hành đánh giá nhận thức 2 tuần/ lần và chụp MRI vùng não sau 6 tháng ở nhóm MS. Nghiên cứu cho thấy kết quả các bài tập nhận thức có sự khác biệt tuỳ theo sự tiến triển của bệnh. Ở những người có sự tiến triển tổn thương trên hình ảnh MRI thì kết quả trắc nghiệm cũng giảm dần. Ngược lại, ở nhóm bệnh không tiến triển thì kết quả trắc nghiệm không bị giảm, thậm chí còn có thể có sự cải thiện đôi chút. Sự phá huỷ thể chai, bó sợi nối 2 bán cầu vỏ não kéo theo hệ quả tổn thương nhiều dạng nhận thức, trong đó có khả năng về thị giác không gian và tốc độ tư duy, giải quyết vấn đề. Tổn thương ở đỉnh trước dẫn đến tổn thiệt trí nhớ và học tập (Huber et al. 1992).

TRẦM CẢM

Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở MS dao động từ 14-57%, cao hơn so với một số bệnh thần kinh khác (Schubert & Foliart 1993). Tuy vậy người ta còn chưa rõ rằng đây là hậu quả trực tiếp của tổn thất nơron hay chỉ là phản ứng tâm lí đối với bệnh. Cũng có thể là cả hai.

Trầm cảm do những thay đổi thần kinh có lẽ là chỉ số rõ nét nhất và có thể là dấu hiệu đầu tiên của MS, trước cả các triệu chứng thần kinh – nhận thức hàng tháng trời thậm chí có thể là cả năm (Berrios & Quemada 1990). Những người ủng hộ mô hình thần kinh thì cho rằng điều này là do các mảng xơ vữa hình thành ở những tổ chức não có liên quan đến cảm xúc, ví dụ như ở hệ viền. Tuy nhiên cũng có cách giải thích khác rằng trầm cảm là yếu tố thúc đẩy sự khởi phát của MS (giống như stress) hơn là một chỉ báo về sự xuất hiện của bệnh.

Những kết quả nghiên cứu của Dalos và cs. (1983) cũng ủng hộ quan điểm nguyên nhân tâm lí. Nghiên cứu nhằm khảo sát mối quan hệ giữa khí sắc và tiến triển của bệnh được thực hiện trên nhóm 64 bệnh nhân trong thời gian 1 năm. Trong khoảng thời gian này, 90% số trường hợp bệnh tiến triển hoặc tái phát có trầm cảm. Trong khi đó chỉ có 39% số người có MS ổn định và 12% số người nhóm tổn thương tuỷ sống là có trầm cảm. Kết quả này góp phần khẳng định trầm cảm là một phản ứng đối với sự suy giảm chức năng ngày càng gia tăng. Aronson (1997) còn đưa ra những cứ liệu để khẳng định rằng trầm cảm là phản ứng đối với những hậu quả tâm lí và xã hội của bệnh: trong mẫu nghiên cứu nhóm người bị MS, khí sắc giảm liên quan đến thất nghiệp, hạn chế vận động, mệt mỏi, sự bực bội hoặc những cản trở tham gia vào các hoạt động xã hội.

Tuy nhiên kết quả Lyon-Caen và CS (1986) lại cho thấy sự phức tạp trong mối quan hệ giữa khí sắc và bệnh thần kinh. Các tác giả cho thấy ở một số người bệnh thần kinh, trong đó có cả MS, có sự trái ngược giữa cảm xúc và hành vi thể hiện: không thấy buồn nhưng vẫn có thể khóc, không thấy vui nhưng vẫn có thể cười v.v… Những người có hội chứng này giảm sút khả năng tự chủ, dễ chuyển trạng thái cảm xúc và quá mẫn cảm với các

kích thích cảm xúc. Lyon-Caen và CS thông báo có 9 trong số 19 người không trầm cảm và 5 trong số 11 người trầm cảm là có hiện tượng trái ngược cảm xúc với hành vi thể hiện.

Trầm cảm không chỉ là vấn đề đơn thuần. Nó có thể kéo theo nhiều hậu quả âm tính cho sức khoẻ. Johnston và cs. (1999) đã có một nghiên cứu kéo dài 6 tháng trên 38 người mới được chẩn đoán là MS; trong số đó 10 người đã chết trong giai đoạn nghiên cứu. Khí sắc trầm cảm ở trạng thái ranh giới là một tiên lượng về tử vong, bệnh tiến triển càng nhanh mức độ mất khả năng càng nặng trong vòng 6 tháng. Ở trạng thái ranh giới không có mối liên hệ giữa mức độ nặng của các triệu chứng với trầm cảm. Người ta cho rằng trầm cảm chỉ báo những kết thúc như vậy một cách độc lập so với mức độ nặng của bệnh.

Thực ra trầm cảm dự báo/ tiên lượng mức độ suy giảm chức năng do MS không còn là điều ngạc nhiên. Những người bị trầm cảm dường như không "cố ép mình" để duy trì sự độc lập hoặc tuân thủ các chế độ luyện tập. Tuy nhiên ảnh hưởng của nó tới nguy cơ tử vong còn đang là điều khó giải thích. Mặc dù vậy, Johnston và cs. cũng đã đưa ra 3 cách giải thích cho những kết quả của mình. Thứ nhất, những người trầm cảm có thể có cách hành xử khác với những người không bị trầm cảm do vậy có thể làm tăng nguy cơ bệnh tiến triển: hút thuốc nhiều hơn, ăn ít đi và cũng ít chăm sóc bản thân. Do vậy họ cũng chấp hành các chế độ điều trị kém hơn so với người không bị trầm cảm (Mohr và cs. 2000). Thứ hai là những người bị trầm cảm có thể bị ảnh hưởng hành vi của những người xung quanh chăm sóc họ hoặc những cán bộ chuyên môn về chăm sóc sức khoẻ, chỉ quan tâm đến việc người bệnh phải chấp hành nghiêm ngặt các chế độ chứ ít quan tâm đến những nhu cầu của chính người bệnh. Điều này có thể kéo dài dẫn đến người bệnh suy giảm khả năng đối phó về mặt cảm xúc. Cuối cùng, trầm cảm liên quan đến các chức năng của hệ miễn dịch- hệ thống này có thể ảnh hưởng trực tiếp đến tiến triển của bệnh. Người ta cũng chưa rõ được giải thích nào trong 3 giải thích trên (và cũng có thể có giải thích khác) là đúng.

Trái ngược hoàn toàn với những gì đã bàn ở trên, một số người mắc MS lại có những thời kỳ có khoái cảm (euphoria). Hiện tượng này gặp ở người bệnh nặng và được cho là hậu quả của sự tạo thành sẹo ở hệ viền dẫn đến cách li nó với sự kiểm soát của vùng trán. Tuy vậy những kết quả MRI chưa thể khẳng định được giả thuyết này (Minden & Schiffer 1990). Steroid được dùng để điều trị giai đoạn cấp tính của MS cũng có thể đóng vai trò thúc đẩy cho pha rối loạn cảm xúc dạng này.

Trị liệu xơ vữa rải rác

Can thiệp tâm lí đối với MS nhằm 2 mục tiêu cơ bản: thứ nhất, giúp cá nhân quản lí được những triệu chứng nhận thức và các triệu chứng khác của MS; thứ hai là trợ giúp người bệnh đối phó về mặt cảm xúc đối với những ảnh hưởng của bệnh.

ĐỐI PHÓ VỚI SỰ SUY GIẢM NHẬN THỨC

Rất nhiều các phương tiện trợ giúp trí nhớ dùng cho người bị sa sút trí tuệ và chấn thương sọ não có thể dùng cho những người bị MS. Goldstein và cs. (1992) cho rằng "gợi ý chính" có thể là sự trợ giúp rất mạnh cho trí nhớ những người bị MS. Các tác giả cũng lưu ý rằng ở những người bị MS, trong khi họ gặp khó khăn khi phải nhớ lại những chi tiết đặc biệt thì họ lại có khả năng tái hiện ý chính, những thành tố cơ bản của sự kiện. Dựa theo mô hình như vậy, việc phục hồi chức năng cần phải tập trung vào hướng dẫn người bệnh chắt lọc, rút ra thông tin hơn là cố tái hiện chi tiết. Mặc dù vậy, hiệu quả của phương pháp này đến đâu vẫn chưa được đánh giá đầy đủ.

ĐỐI PHÓ VỚI NHỮNG VẤN ĐỀ CẢM XÚC

Có rất nhiều can thiệp có thể được sử dụng nhằm trợ giúp cá nhân đối phó với các triệu chứng của MS. Một trong những phương pháp đơn giản là cung cấp thông tin về khả năng diễn biến của bệnh cũng như diễn biến bất thường có thể liên quan đến khí sắc trầm. Thực tế cũng cho thấy những dạng can thiệp phức tạp, tinh tế cũng có thể làm giảm nhẹ các triệu chứng trầm cảm của MS. Trong một nghiên cứu siêu phân tích, Mohr & Goodkin (1999) cho thấy cả 2 dạng can thiệp: tâm lí và hoá dược đều có hiệu quả như nhau đối với trầm cảm. Cho đến thời điểm đó cũng mới chỉ có 5 nghiên cứu được công bố cho nên cũng cần chú ý trước khi đưa ra một kết luận nào. Tuy nhiên những can thiệp hành vi nhận thức rút gọn dường như có những ưu thế hơn so với một số dạng liệu pháp hành vi khác.

Cũng vào khoảng thời gian đó, nghiên cứu can thiệp dược lí của Minden và Schiffer (1990) đã được công bố cho thấy desipramine (thuốc 3 vòng) có ưu thế hơn so với placebo. Tuy nhiên cũng phần một nửa số người tham gia dùng thử thuốc có biểu hiện tác dụng phụ. Sự mẫn cảm đối với thuốc chống trầm cảm cũng thấy ở CTSN, do vậy can thiệp tâm lí cũng là một lựa chọn cho những trường hợp này.

Tóm tắt chương

1. Bệnh Azheimer ảnh hưởng đến một phần đáng kể những người già.

2. Đặc điểm nổi bật của bệnh là sự suy giảm tiến triển về nhận thức và hành vi. Những đặc điểm này có sự khác nhau tuỳ theo hệ thống não nào bị tổn thương.

3. Các rối loạn thần kinh thể hiện ở các đám rối tơ thần kinh và những mảng beta amyloid. Bệnh cũng làm giảm mức độ chất dẫn truyền thần kinh acetylcholine.

4. Mặc dù AD chưa thể chữa khỏi song ngay từ những thời kỳ đầu của bệnh có thể có những can thiệp nhằm phát huy tối đa khả năng nhận thức. Khi bệnh tiến triển, can thiệp nhằm hạn chế suy giảm nhận thức, duy trì khả năng độc lập, tự chăm sóc.

5. Chấn thương não kín cũng có thể gây ra suy giảm nhận thức kéo dài.

6. Can thiệp tâm lí đối với những người bị chấn thương sọ não nhằm tái luyện tập khả năng nhận thức. Rất nhiều phương pháp can thiệp có sử dụng những trợ giúp bên ngoài nhằm thúc đẩy các hành vi thường ngày cũng như duy trì chú ý.

7. Xơ vữa rải rác là một bệnh thoái triển với những diễn biến khác nhau.

8. Bệnh ảnh hưởng đến cả lĩnh vực nhận thức và đời sống tình cảm của người bệnh.

9. Can thiệp nhằm cả hai mục tiêu là đối phó với những suy giảm nhận thức và trầm cảm. Cả 2 tiếp cận này đều có hiệu quả.

Câu hỏi thảo luận

1. Nhiều người cao tuổi, yếu ớt song vẫn phải làm công việc chăm sóc người bệnh AD. Làm thế nào để hạn chế stress cho họ?

2. Liệu tái luyện tập nhận thức có thực sự đem lại lợi ích cho những người bị chấn thương sọ não hay hiệu quả của nó rất hạn chế?

3. Liệu có thể trợ giúp được bao nhiêu người mắc MS đối phó có kết quả với bệnh.

Chương 15: Nghiện

Bất kỳ ai khi được hỏi về nghiện đều thường hình dung ra một đối tượng nghiện các loại ma túy nặng như heroin hoặc cocaine. Tuy nhiên hầu hết các chất nghiện đều hợp pháp như cà phê, thuốc lá và rượu. Mọi người cũng có thể nghiện rất nhiều thói quen, hành vi khác nhau, bao gồm việc luyện tập thể thao cũng như đánh bạc. Với những người này, phản ứng hóa thần kinh đối với hành vi của họ giống với phản ứng gây ra bởi chất gây nghiện. Chương này giới thiệu ngắn gọn về các loại thuốc gây nghiện và sự phụ thuộc chất, xem xét nguyên nhân, những yếu tố liên quan và điều trị đối với ba dạng nghiện: nghiện rượu, ma túy và đánh bạc. Chương này giúp chúng ta hiểu được:

- Tại sao lại có người sử dụng chất gây nghiện và bản chất của sự phụ thuộc chất gây nghiện
- Các yếu tố dẫn đến việc lạm dụng rượu và thuốc phiện và các rối loạn liên quan đến đánh bạc.
- Các dạng can thiệp dùng để điều trị mỗi loại rối nhiễu và hiệu quả tương đối của các biện pháp đó.

Các chất gây nghiện và phụ thuộc chất gây nghiện

Nhiều người sử dụng các loại thuốc gây nghiện và bắt đầu sử dụng chúng từ rất sớm. Ở Anh, 41% trẻ em 16 tuổi đã có sử dụng cần sa, so với con số 34% ở Mỹ, 10% ở Ý và 2% ở thanh thiếu niên Hy Lạp (Hibell at al. 1997). Báo cáo về những người có lối sống phóng túng cho thấy họ sử dụng đến hơn 10 loại thuốc gây nghiện, trong đó có rượu, cần sa, thuốc kích thích, thuốc lá, LSD, amphetamin và cocain (Forsythe 1996). Việc sử dụng thuốc gây nghiện trong dân cư có vẻ như là ít, mặc dù vậy báo cáo cho thấy 25% dân số có sử dụng một loại thuốc bất hợp pháp, thường là họ sử dụng cần sa vào thời điểm nào đó của cuộc đời. Chỉ có 3% số người sử dụng các loại thuốc gây nghiện chọn cách tiêm thuốc.

Bảng 15.1 Chất dẫn truyền thần kinh tham gia vào quá trình "gây nghiện" của những loại ma tuý khác nhau

Loại ma tuý	*Các chất dẫn truyền thần kinh tham gia*	*Vấn đề thể chất của cai nghiện*	*Vấn đề tâm lí của cai nghiện*
Những chất tự nhiên giống chất DTTK			
Thuốc phiện	Endorphins	+ + +	+ + +
Cần sa	Anandamide	+	+
Rượu	GABA	+ + +	+ +

Nicotine	Acetylcholine	+	+ + +
Tiết xuất các chất DTTK			
Cocain	Dopamine	+ +	+ + +
Amphetmin	Dopamine	+	+ +
Nicotine	Dopamine	+	+ + +
Thuốc kích thích	Dopamine; serotonin	+	0
Phong toả các chất DTTK			
Barbiturates	Glutamate	+ + +	+ +
Thuốc gây loạn thần (bao gồm LSD)	Serotonin	+	0

Nguồn: trích dẫn từ Nutt và Law (2000)

Thuốc gây nghiện ảnh hưởng thông qua những thay đổi của chất DTTK trong hệ thống não bộ (xem bảng 15.1). Cũng có những ngoại trừ nhưng thực tế là tác dụng của thuốc càng mạnh, thuốc đó gây nghiện càng nhanh. Cocaine ban đầu được đưa vào cơ thể thông qua việc nhai lá coca. Điều này tạo ra cảm giác về sự tăng cường sức mạnh và khả năng chống đỡ trước sự mệt mỏi với một chút khoái cảm. Gần đây, nó được sản xuất dưới dạng bột cocaine hydrochloride mà khi được hút qua mũi sẽ gây ảnh hưởng đến não trong vòng 4-10 phút. Loại cocaine tinh chế có tác dụng rất mạnh, ảnh hưởng tới não chỉ trong vài giây sau khi hút. Những dạng cocaine sau này đều có tác động gây nghiện mạnh hơn.

Những vấn đề xuất hiện do sử dụng thuốc gây nghiện không thể phân loại một cách đơn giản được. Chúng có thể là những vấn đề xã hội, thể chất, luật pháp, tâm lí hoặc liên nhân cách. DSM-IV-TR (APA 2000) thừa nhận những yếu tố này trong định nghĩa của nó về "lạm dụng thuốc hoặc việc sử dụng có hại của các chất gây nghiện" như một cách không thích nghi của việc sử dụng thuốc dẫn đến những dấu hiệu có ý nghĩa về mặt lâm sàng như sự suy yếu hoặc những stress âm tính và một hoặc nhiều hơn trong những điều sau đây:

- mất khả năng hoàn thành trách nhiệm nơi làm việc, ở trường học hoặc ở nhà
- sử dụng trong những trường hợp có thể gây nguy hiểm đến tính mạng
- những vấn đề về luật pháp
- những vấn đề về xã hội hoặc mối quan hệ với người khác.

DSM-IV-TR cũng xác định mức độ phụ thuộc cao hơn đó là khi một cá nhân trở nên phụ thuộc về tâm lí cũng như thể chất đối với một loại ma tuý cụ thể nào đó. Yếu tố cơ bản ở đây là sự phát triển khả năng dung nạp ma tuý, bao gồm nhu cầu ngày một tăng đối với loại ma tuý đó để đạt được sự thỏa mãn mong muốn và xuất hiện hội chứng cai một khi việc

dùng ma tuý đã bị hạn chế hoặc ngừng hẳn. Một tiêu chuẩn khác là suy giảm về xã hội, dành hết thời gian và cố gắng để có được ma tuý, tiền sử về những nỗ lực lặp đi lặp lại nhưng không thành công trong việc ngưng dùng ma tuý.

Lạm dụng rượu

Rượu là một chất gây nghiện hợp pháp. Uống đến mức độ vừa phải, một vài loại rượu như rượu vang đỏ, có thể có lợi cho sức khỏe. Nhưng việc sử dụng rượu quá mức lại là có hại. Định nghĩa thế nào là tiêu thụ rượu thái quá không phải là điều đơn giản. Và những thay đổi trong văn bản về sức khỏe của chính phủ Anh năm 1995 là một minh chứng cho điều đó. Từ năm 1986 đến năm 1995, giới hạn cho việc tiêu thụ rượu hàng tuần cho đàn ông là 21 đơn vị hoặc ít hơn, và với phụ nữ là không quá 14 đơn vị. Vào năm 1995, một ủy ban chính phủ được thiết lập đã tăng mức sử dụng rượu tương ứng lên 28 và 21 đơn vị mỗi tuần. Sự thay đổi này đã gây ra một cuộc tranh cãi và rất nhiều phê bình của những chuyên gia về rượu, đặc biệt khi họ (uỷ ban) đã không dựa trên bất kỳ một nghiên cứu cũng như bằng chứng mới nào (xem *British Medical Journal*, số 293). Kết quả là rất nhiều hãng rượu cũng như các hãng quảng cáo về y tế đã buộc phải chấp nhận những hướng dẫn này cùng với một văn bản thiếu tính rõ ràng về giới hạn sử dụng rượu.

Tình trạng ngộ độc cấp có thể gây ra những hành vi nguy cơ hoặc những hành vi khác có thể gây hại cho bản thân và người khác. Có khoảng 20% của các trường hợp nhập viện với vấn đề về tâm thần, 60% những trường hợp tự sát, 40% của những thảm họa bạo hành gia đình và 15% trường hợp chết do tai nạn giao thông ở Anh có liên quan đến việc sử dụng rượu (Đại học hoàng gia các nhà tâm thần học - Royal College of Psychiatrists 1986, Edwards và cs. 1994). Những mối nguy hiểm lâu dài bao gồm vấn đề về sức khỏe thể chất như bệnh xơ gan, chứng tăng huyết áp và những bệnh ung thư khác nhau. Việc sử dụng rượu quá mức trong một thời gian dài cũng có thể là nguyên nhân của các vấn đề về thần kinh. Bệnh viêm não Wernicke do thiếu sinh tố B (thiamine), hiện tượng thường gặp ở những người nghiện rượu nặng như một hậu quả của chế độ ăn kém, và kết quả từ những biến đổi thoái hóa và sự chảy máu nhỏ ở trong não. Những hội chứng của nó bao gồm sự giảm trí nhớ, thất điều và nhớ bịa. Nếu không được chữa trị, điều này có thể dẫn tới một rối loạn nặng hơn như hội chứng Korsakov. Rối loạn không hồi phục này chiếm tới 5% số người nghiện rượu nặng và bao gồm *quên nghịch* và *quên thuận*. Quên thuận thường là những vấn đề nổi bật nhất, và các cá nhân sống bằng "từng giây từng phút" ở hiện tại, thường là nhớ bịa với cố gắng là có thể thay thế được trí nhớ mà họ không thể níu giữ lại được.

Nghiện rượu thường là điểm kết cho sự tiến triển từ việc uống rượu mang tính quan hệ, xã giao đến việc uống rượu khi gặp khó khăn, đau khổ, tới việc tăng nhu cầu uống rượu để đương đầu với những vấn đề xã hội, tâm lí hoặc để tránh sự sốc của hội chứng cai. Trong giai đoạn đầu của sự phụ thuộc, mỗi cá nhân có thể cần đến một li rượu vào bữa trưa để làm dịu đi cảm giác khó chịu. Một khi họ trở nên phụ thuộc hơn, họ có thể cần đến một li vào

buổi sáng sớm hoặc trong đêm để tránh trạng thái cai. Nhịn rượu trong vòng 3 đến 4 giờ trở nên vô cùng khó khăn. Trạng thái cai gây ra rất nhiều triệu chứng khác nhau, bao gồm run, buồn nôn và nôn, toát mồ hôi và rối loạn khí sắc. Sảng là thành phần nhiều nhất trong trạng thái cai. Nó thường bắt đầu trong vòng 3-4 ngày ngừng dùng rượu và kéo dài trong khoảng 2-3 ngày, bao gồm giảm ý thức, suy giảm trí nhớ, mất ngủ và ảo thị hoặc ảo thanh gây sợ hãi.

Câu chuyện của Anne là điển hình về những người phụ nữ sử dụng rượu quá mức:

Tôi bắt đầu uống rượu từ năm 18 tuổi. Lúc đó tôi đang học đại học và như những người khác, chúng tôi uống rượu táo và các loại rượu bia nhẹ vào cuối tuần. Tôi gặp bạn trai đầu tiên của mình ở chỗ uống rượu năm tôi 22 tuổi. Chúng tôi tham gia vào một đám đông uống rượu, và vì thế chúng tôi bắt đầu uống nhiều hơn. Anh ấy luôn là người nghiện nặng - hơn tôi rất nhiều. Và thông thường, như một hậu quả của việc nghiện rượu, anh ấy trở nên bạo lực hơn và thường xuyên gây gổ với tôi mỗi lần uống rượu xong. Cũng do vậy tôi bắt đầu uống nhiều hơn - để tham gia cùng anh ấy, để duy trì mọi việc. Cuộc hôn nhân đầy bạo lực của tôi khiến tôi nghĩ về thời thơ ấu của mình - một thời gian dài bất ổn và không hạnh phúc với rất nhiều lí do khác nhau - và càng nghĩ về điều đó, tôi lại càng uống nhiều hơn. Trong thời gian này, tôi uống khoảng 2 chai rượu mỗi đêm. Uống rượu giúp tôi ứng phó được với cuộc hôn nhân và hồi ức về thời thơ ấu của mình. Và điều đó đương nhiên cũng làm cho mọi thứ trong mối quan hệ càng trở nên tồi tệ hơn.

Vào thời gian tôi 28-29 tuổi, mối quan hệ đổ vỡ, và việc uống rượu của tôi giảm đi chút ít, nhưng không đáng kể. Và rồi một đêm, một người ở hộp đêm đưa tôi về nhà và anh ta đã cưỡng hiếp tôi một cách thô bạo. Tôi lại dùng rượu nhiều hơn. Tôi đã cảm thấy như mình không thể ra khỏi nhà. Tôi sợ hãi và cảm giác bị mắc bẫy. Tôi mất công việc của một cán sự chăm sóc trẻ em và rồi tôi chẳng có gì để tiếp tục sống nữa, vì thế tôi cứ uống rượu suốt cả ngày, từ ngày này qua ngày khác. Lúc này, tôi uống 2 chai rượu và có lẽ là một bình rượu táo mỗi ngày.

Mọi việc cứ duy trì như thế trong vòng 6 tháng hoặc lâu hơn, khi tôi gặp người bạn trai tiếp theo và tôi bắt đầu uống ít hơn. Tôi cố gắng tìm một việc khác. Nhưng sự nghiện ngập vẫn luôn ở đó. Tôi đã cố gắng để tìm một công việc khác - công việc của một phụ tá chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Tôi đã có con - nhưng mọi thứ chẳng bao giờ là tốt trong một mối quan hệ cả, tôi cho là như thế.

Trong suốt 20 năm qua, mọi thứ vẫn cứ như thế. Tôi uống rượu suốt ngày - thỉnh thoảng nhiều hơn, cũng có khi ít hơn. Uống rượu giúp tôi quên đi những vấn đề của mình và đi vào trạng thái lãng quên - khi đó mọi thứ như bị khóa chặt bên ngoài cuộc đời tôi. Và có rất nhiều thứ cần được khóa chặt như thế. Tôi đã nghĩ mình là một người mẹ cũng tốt - có thể không phải là người mẹ tốt nhất nhưng cũng ổn. Nhưng con trai tôi không muốn thấy tôi nữa. Bạn trai của tôi cũng đã bỏ tôi từ lâu. Tôi cũng đã có nhiều công việc, nhưng cũng đã bỏ không ít, và công việc gần đây nhất mà tôi làm đã cách đây 8 năm rồi.

Tôi cảm thấy tội lỗi về việc nghiện rượu của mình. Tôi chưa bao giờ thực sự sống vì gia đình mình - tôi chỉ suốt ngày say xỉn. Tôi cho rằng nếu bạn là một người luôn say xỉn - dù chẳng bao giờ gây ồn ào - bạn vẫn không thể cố gắng hết sức mình được. Bây giờ, tôi chỉ ở trong nhà. Tôi xấu hổ khi đi chợ - mọi người đều nhìn ngó và nói về tôi. Tôi cảm thấy họ đang nhìn tôi và phán xét. Tôi không cảm thấy dễ chịu mỗi lần uống

rượu nhưng nhờ nó, tôi lại được sống với sự lãng quên. Tôi chỉ ngồi đó - hoặc nằm trên giường cả ngày. Cứ mở mắt ra là tôi lại uống rượu ngay - tôi phải kiểm soát trạng thái run rẩy của mình.

Tôi muốn ngưng không dùng rượu nữa. Tôi cảm thấy tuyệt vọng về cái vòng tròn luẩn quẩn mà tôi đã mắc phải - dường như không có đường ra. Tôi cố gắng - tôi làm tất cả những điều đúng từ việc đổ rượu đi, tìm đến bác sĩ để được giúp đỡ, v..v.. Nhưng khi tôi dừng uống rượu, tôi bị những cơn đau bụng dữ dội. Tôi run rẩy. Tôi đau đầu. Tôi có những hoang tưởng rằng mọi người đều đang nói chuyện về mình. Tôi không thể chịu được những cảm giác khi cai và tôi lại kết thúc bằng việc dùng lại rượu.

Kể từ khi kể câu chuyện của mình, Anne đã phải điều trị nội trú giải độc và tham gia chương trình 6 tháng bao gồm cả trị liệu tâm lí thăm dò và chương trình hành vi nhận thức phòng ngừa tái phát. Vào thời điểm bài viết này được công khai thì mọi việc của bà đã trở nên ổn.

Nguyên nhân của lạm dụng rượu

Nhiều người uống rất nhiều rượu trong nhiều năm mà không bị phụ thuộc vào nó. Hầu hết mọi người giảm dần việc uống rượu khi trưởng thành hơn. Những người đàn ông trẻ tuổi uống rất nhiều rượu khi còn độc thân nhưng có thể điều chỉnh lại việc đó khi họ kết hôn, có con, v..v.. Do vậy bất kỳ sự giải thích những vấn đề nào liên quan đến sử dụng rượu cần phải giải thích những yếu tố trong giai đoạn đầu uống rượu cũng như tại sao một vài người vẫn tiếp tục uống rượu và rồi trở nên lạm dụng nó. Mô hình tâm - sinh - xã hội tỏ ra hợp lí nhất khi có thể giải thích tại sao có những người lại có xu hướng phụ thuộc rượu hơn những người khác, cũng như những yếu tố xã hội và tâm lí có thể độc lập hoặc kết hợp mà cùng dẫn tới trạng thái này.

NHỮNG YẾU TỐ DI TRUYỀN

Có một vài bằng chứng về tố bẩm trong vấn đề về rượu. Prescott và Kendler (1999) đã thông báo tỉ lệ cùng có "sự tiêu thụ rượu cao trong cả cuộc đời" ở trẻ sinh đôi cùng trứng 47% và 32% ở trẻ sinh đôi khác trứng. Những nghiên cứu về việc nhận con nuôi cũng đã chỉ ra rằng con nuôi có cha mẹ đẻ nghiện rượu có tỉ lệ mắc các vấn đề về rượu cao hơn những đứa trẻ mà cha mẹ bình thường (Cadoret và cs. 1995).

Điều này không đòi hỏi nhất thiết phải chỉ ra một gen về nghiện rượu: vấn đề về rượu có thể là cái thứ cấp cho những nét trung gian về gen bao gồm những vấn đề về cảm xúc hoặc kiểm soát xung năng kém. Tuy nhiên, cũng có bằng chứng gián tiếp ám chỉ một hoặc nhiều gen cụ thể liên quan đến việc phụ thuộc rượu. Schuckit và cs. (1996) nhận thấy rằng những cá nhân từ những gia đình có mức độ sử dụng rượu cao có đáp ứng sinh lí với rượu thấp hơn so với nhóm đối chứng. Điều này có thể dẫn đến tình trạng tệ hơn, dễ nghiện nặng hơn. Cũng như thế, những người với lịch sử gia đình về nghiện rượu thường dễ dàng cảm thấy bớt lo âu nhiều hơn so với bình thường sau khi uống rượu (Finn và cs. 1992). Một lần nữa, điều này được xem như đã củng cố việc uống rượu. Một quá trình di truyền tiềm năng

thông qua gen tiếp nhận dopamine D2. Một biến thể của tiếp nhận dopamine D2 như DRD2, D2A1 đã được tìm thấy nhiều hơn ở những cá nhân phụ thuộc vào rượu (Lawford và cs. 1997). Điều này có thể dẫn đến một nguy cơ chung cho sự phụ thuộc, khi nó cũng được tìm thấy ở những người nghiện đánh bạc hoặc ma túy (xem phần dưới).

YẾU TỐ SINH HỌC

Những yếu tố sinh học liên quan đến sự phụ thuộc rượu thường được xem xét dưới dạng hậu quả của việc sử dụng rượu trong một thời gian dài. Rượu làm tăng hoạt động của GABA trong hệ thống thần kinh giao cảm và điều khiển thân nhiệt, cảm giác đói, khát... (xem chương 3), giúp làm dịu khí sắc và hành vi. Qua thời gian, điều này dẫn tới việc giảm sự sản xuất tự nhiên của GABA, dẫn đến sự phụ thuộc vào rượu để duy trì những trạng thái cảm xúc mong muốn. Nhịn uống dẫn đến những mức độ cận tối ưu của GABA, làm tăng nỗi lo âu và sự kích động, và khởi phát những triệu chứng cơ thể về cai. Những cảm giác đó sẽ dịu đi nếu cơ thể được nạp rượu, mà qua đó cơ thể đạt được mức độ trung bình của GABA.

Sự tiêu thụ rượu cũng gây nên một loạt các hiện tượng hóa học dẫn đến sự giải thoát dopamine trong khuôn khổ bù đắp hoặc trong "trung tâm sảng khoái" của não: một phức hợp những cấu trúc bao gồm hạch nền, đồi thị, vỏ não trán, hạnh nhân, và vùng dưới đồi... Khả năng của những sự kiện hàng ngày hoạt hoá hệ thống này bị giảm ở những người thường xuyên kích thích nó bằng rượu, và điều này lại dẫn đến tiếp tục phụ thuộc rượu nhằm duy trì được một trạng thái tâm lí mong muốn.

NHỮNG YẾU TỐ VĂN HOÁ - XÃ HỘI

Rượu là một thức uống hợp pháp về mặt xã hội và sự tiêu thụ rõ ràng bị ảnh hưởng bởi yếu tố xã hội và yếu tố môi trường. Bắt đầu uống rượu được xem một bước chuyển từ tuổi thơ ấu sang tuổi trưởng thành, mặc dù điều này có thể xảy ra khá sớm trong cuộc đời: 1/3 số trẻ 13-14 tuổi ở Anh đã uống rượu hơn một lần (Sutherland và Wilner 1998). Việc sử dụng rượu sớm ở những người trẻ tuổi liên quan đến thái độ tích cực đối với việc uống rượu, nhiều trường hợp có liên quan đến hành vi và thái độ của gia đình và anh em, bè bạn, và có thể là kết quả của hình ảnh tích cực về việc tiêu thụ rượu trên tivi, phim ảnh, v..v.. (xem Bennett và Murphy 1997). Những yếu tố xã hội ảnh hưởng đến việc bắt đầu tiêu thụ rượu. Ví dụ, việc mua bán qua lại có thể tăng sự tiêu thụ ở những người trẻ tuổi, mà với họ rượu thường liên quan đến các hoạt động xã hội và của nhóm. Những chuyển biến trong cuộc đời, cả tốt lẫn xấu đều ảnh hưởng đến sự tiêu thụ rượu: sự phát triển các mối quan hệ và gia đình, hoặc tìm được một việc làm và duy trì được công việc đó có thể hạn chế việc sử dụng rượu. Những sự kiện bất lợi trong cuộc sống có thể làm tăng việc sử dụng rượu, đặc biệt ở những người thường uống rượu để giải sầu (Perreira và Sloan 2001).

Sự phổ biến của những vấn đề về rượu rõ ràng rất đa dạng ở những nhóm văn hóa và xã hội khác nhau. Đàn ông thường nghiện nặng và uống nhiều hơn so với phụ nữ. Công

nhân áo cổ xanh uống nhiều hơn công nhân áo cổ trắng bởi họ uống rượu như một phần trong công việc của mình. Những cuộc chè chén say sưa thường thấy nhất nơi những người trẻ tuổi, các cuộc tụ tập của đàn ông và nhóm những người thu nhập thấp và ít trình độ hơn (Hemmingsson và cs. 1997).

Những yếu tố tâm lí

Những lí giải theo trường phái hành vi của việc tiêu thụ rượu xem nó như kết quả của điều kiện hóa quan sát được và điều kiện hóa kinh điển. Uống rượu đem lại khoái cảm có thể là về sinh lí, xã hội hoặc sự giảm nhẹ sau một sang chấn. Một khi một cá nhân đã trở nên phụ thuộc hơn vào rượu thì một động lực xa hơn để tiếp tục uống rượu là để tránh các triệu chứng cai. Điều kiện hóa kinh điển có thể xảy ra khi việc uống có liên hệ với những sự kiện hoặc gợi nhớ cụ thể, nguy cơ phải đối mặt với những điều đó có thể lại là châm ngòi cho việc uống tiếp theo (Wilson 1988).

Những ý nghĩ về rượu, được biết như những ý nghĩ nghiện ngập (Beck và cs. 1993), là những yếu tố chủ đạo cho sự tiêu thụ ở tất cả các thời kì uống rượu. Khi bắt đầu sử dụng rượu, những ý nghĩ tích cực như "khi say có nhiều chuyện hay lắm" chiếm ưu thế. Khi cá nhân bắt đầu dựa dẫm vào rượu để chống lại những cảm giác về stress âm tính, những suy nghĩ theo hướng làm cho mọi việc nhẹ nhàng hơn ("tôi cần phải uống cho qua ngày") là lí do chủ đạo. Những ý nghĩ nghiện ngập thường được đi kèm bởi một số lượng lớn những ý nghĩ tiêu cực, bao gồm hình ảnh âm tính về bản thân, về môi trường và hoàn cảnh sống của người đó có thể dẫn đến trầm cảm hoặc lo âu. Cả ý nghĩ nghiện ngập và âm tính đều có thể được gợi ra bởi các sự kiện bên ngoài như đi ngang một quán bar hoặc cảm giác chủ quan như các trạng thái tâm lí trái ngược nhau.

Can thiệp trong tiêu thụ rượu quá mức

PHÒNG NGỪA: TIẾP CẬN VĂN HÓA-XÃ HỘI

Theo tiếp cận phòng ngừa việc tiêu thụ rượu quá mức, kiểm soát việc uống rượu quá mức nếu có tác dụng đến tất cả mọi người cũng sẽ có tác dụng tới những người nghiện nặng hoặc có các vấn đề về rượu. Do vậy tiếp cận phòng ngừa tập trung vào tất cả những người uống rượu hơn là với những người uống quá nhiều (xem chương 4). Tiếp cận này thường cố gắng thay đổi nội dung và luật lệ liên quan đến việc tiêu thụ rượu. Rất nhiều trường hợp đã thành công. Những luật về việc lái xe khi uống rượu và các quảng cáo liên quan rõ ràng đã giảm con số vụ tai nạn có liên quan đến rượu và khiến cho việc lái xe khi uống rượu trở nên khó chấp nhận hơn nhiều (xem Wagenaar và cs. 1995). Một sự đối lập rõ ràng với những cố gắng kiểm soát việc uống rượu được tìm thấy trong bộ luật đã dung túng việc tiêu thụ rượu bằng cách kéo dài thời gian cho phép uống rượu. Tuy nhiên điều này có vẻ như không làm

tăng lượng rượu tiêu thụ, thậm chí những trường hợp uống say bí tỉ lại ít đi bởi áp lực phải uống rượu nhanh chóng trước thời gian đóng cửa đã bị giảm (Bruce 1980).

CHỨNG NGHIỆN RƯỢU VỚI VẤN ĐỀ UỐNG RƯỢU

Có một sự khác biệt rõ rệt giữa quan niệm của các nhà thực hành khác nhau về bản chất và trị liệu những vấn đề liên quan đến rượu và thuật ngữ mà họ sử dụng. Một vài người xem cái mà họ gọi là "nghiện rượu" là bệnh cơ thể. Can thiệp dựa vào cách tiếp cận này thường bằng thuốc hoặc những chương trình hoàn toàn không uống rượu, dạng như chương trình của Hội những người không uống rượu (AA). Những người khác lại xem cái mà họ gọi là "uống rượu có vấn đề" là kết quả của những yếu tố tâm lí và xã hội và tranh luận rằng hầu hết mọi người có thể học cách uống rượu một cách thích hợp và điều độ. Một điều thú vị là có sự phân hoá rõ rệt ở phía bên kia Đại Tây dương về vấn đề này. Hầu hết những nhà thực hành ở Mỹ tán thành mô hình y học, kiêng rượu hoàn toàn; trong khi đó các chuyên gia Châu Âu lại chọn mô hình tâm lí xã hội kiểm soát việc uống rượu (Peele 1992). Những người ủng hộ cách thứ hai (ví dụ như Heather 1995) cho rằng nhiều người uống rượu có tính vấn đề có thể chấp nhận sự hạn chế uống, nhiều người khác không chấp nhận bỏ rượu hoàn toàn. Những cố gắng về bỏ uống hoàn toàn có thể gây ra rất nhiều vấn đề chứ không phải chỉ là một vài vấn đề như một số người nghĩ. Đã có những nghiên cứu thử nghiệm đề nghị những người phụ thuộc rượu lựa chọn giữa việc uống rượu có kiểm soát hoặc nhịn uống hoàn toàn (Booth và cs. 1992) và cả 2 nhóm đều đạt được kết quả tốt. Như vậy mục tiêu trị liệu tốt nhất là thân chủ sự lựa chọn chứ không phải do nhà trị liệu.

CAI NGHIỆN

Trong giai đoạn đầu của trị liệu những người có các vấn đề về rượu có thể xuất hiện trạng thái cai. Trạng thái này có thể kéo dài tới 3 hoặc 4 ngày, và cần phải sử dụng thuốc an thần như valium để làm giảm nhẹ các triệu chứng cai. Những người có trạng thái cai có thể được can thiệp bằng một trong các biện pháp được mô tả dưới đây.

TRỊ LIỆU BẰNG THUỐC

Antidipstrotrophics có tác dụng ngăn cản việc uống rượu bằng việc gây ra ở người uống một cảm giác rất mệt mỏi, khó chịu nếu họ uống rượu. Loại thuốc thường được sử dụng nhiều nhất ở dạng này là disulfram (antabuse).Thuốc ngăn ngừa quá trình phân huỷ rượu do vậy những sản phẩm chuyển hoá trung gian sẽ tích tụ lại và gây ra những triệu chứng như mệt mỏi, đau đầu, đánh trống ngực, buồn nôn đôi khi có nôn chỉ khoảng 20 phút sau uống rượu. Bệnh nhân có thể được đưa cho một test phản ứng với rượu để cảnh báo họ về hậu quả của việc uống rượu. Lợi ích của disulfram phụ thuộc vào việc sử dụng nó thường xuyên. Khi được củng cố, dường như xuất hiện một rào chắn hiệu quả ngăn ngừa uống rượu. Nó sẽ kém hiệu quả hơn khi được sử dụng tự nguyện (Hughes & Cook, 1997). Việc sử dụng của nó rõ ràng thủ theo mô hình sinh học, nhịn uống. Tuy nhiên cũng đã có một vài

nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của những loại thuốc tương tự trong các chương trình có chấp nhận cho người tham gia có thể uống thi thoảng.

TIẾP CẬN 12 BƯỚC

Tiếp cận 12 bước là một chương trình điều trị của AA. Nó dựa trên quan niệm rằng nghiện rượu là bệnh cơ thể, tâm lí và tinh thần mà không thể chữa khỏi nhưng có thể kiểm soát được bằng chế độ nhịn uống hoàn toàn. Tổ chức này cung cấp một mạng lưới hỗ trợ xã hội mạnh mẽ khuyến kích sự bộc lộ cảm xúc và chấp nhận thất bại. Những người tham dự vào các buổi làm việc nhóm được động viên để chấp nhận rằng họ không có khả năng để kiểm soát việc uống rượu, để ngừng cuộc chiến của họ và cho phép "một sức mạnh lớn hơn" kiểm soát (Gorski 1989).

Hàng triệu người tham dự vào các buổi gặp của AA trên thế giới chứng nhận lợi ích tiềm năng của cách tiếp cận này. Tuy nhiên các cứ liệu thực nghiệm cũng trái ngược nhau. Trong một siêu phân tích những nghiên cứu cho đến giữa những năm 90, Kownacki và Shadish (1999) kết luận rằng việc tham dự vào các buổi gặp mặt AA cho một lợi ích rất nhỏ so với việc nhịn uống và rằng một vài nghiên cứu cho thấy thậm chí còn kém hiệu quả hơn không điều trị hoặc những điều trị khác. Tuy nhiên, những kết quả kém một cách đặc biệt trong nghiên cứu của họ là ở giữa những người bị cưỡng bức tham gia vào AA. Timko và cs. (2000) thông báo những kết quả khả quan hơn. Họ đã so sánh kết quả ở những người tự nguyện tham gia vào AA hoặc những chương trình trị liệu chính thức khác bao gồm trị liệu tại nơi cư trú, về tâm lí hay trị liệu tâm thần. Sau một năm theo dõi sau trị liệu, 56% những người tham gia vào AA uống rượu một cách hợp lí hơn so với 33% những người đã tham gia vào những hình thức can thiệp khác. Và sau 3 năm theo dõi, con số lên tới 64% so với 43% tương ứng. Điều này chỉ ra rằng cho dù AA tuân theo mô hình bỏ uống hoàn toàn, nhiều người khi tham gia vào cách tiếp cận này dường như học cách uống rượu trong giới hạn hợp lí.

TIẾP CẬN HÀNH VI -NHẬN THỨC

Nhiều cách tiếp cận phản cảm đã được sử dụng trong điều trị những vấn đề liên quan đến rượu, bao gồm việc xuất hiện các kích thích liên quan đến rượu cùng lúc với các cú sốc điện nhẹ hoặc tiêm succinylcholine gây ra cảm giác ngạt thở. Những phương pháp này, ở mức độ tốt nhất, đã chứng tỏ hiệu quả nhất định trong thời gian ngắn (nhưng không dài) và hiện nay được xem như có vấn đề về đạo đức. Nhiều chương trình hành vi nhận thức gần đây bao gồm việc luyện tập những kĩ năng xã hội và chiến lược trong việc tránh tái phát (xem Longabough và Morgenstern 2000). Những kĩ năng xã hội luyện tập bao gồm dạy kĩ năng giao tiếp và kĩ năng đánh giá để giúp những người tham gia đương đầu hiệu quả hơn với những tình huống gây stress, từ chối uống rượu, v..v... Trong chương trình phòng ngừa tái phát, những tình huống có nguy cơ cao được xác định và cá nhân phát triển và tập dượt

những chiến lược cụ thể để giúp họ đương đầu với chúng. Những điều này bao gồm các chiến lược thách thức ý nghĩ nghiện ngập và đương đầu với việc nài ép uống rượu.

Tái phát thường liên quan đến những vấn đề hôn nhân và được phòng tránh bởi quan hệ hôn nhân chặt chẽ. Với lí do này, một số chương trình liên quan đến bạn đời của những người có vấn đề với rượu. O'Farrell và Fals-Steward (2000) đã miêu tả một can thiệp nhằm tăng kĩ năng giao tiếp và giải quyết vấn đề của các cặp vợ chồng hơn là chỉ với cá nhân. Cả người nghiện rượu và bạn đời của họ đều học những chiến lược để giảm việc uống rượu, bao gồm việc thay đổi hành vi có thể thúc đẩy việc uống rượu ở những người bạn đời, tìm những cách thức mới để thảo luận việc uống rượu và những tình huống liên quan đến nó và những đáp ứng mới đối với việc uống rượu của bạn đời. Một kiểu trị liệu khác lại tập trung vào kiểu hình và chất lượng giao tiếp giữa hai vợ chồng. Trong báo cáo của họ về hiệu quả của cách tiếp cận này, O'Farrell và Fals-Steward (2000) đã kết luận rằng nó có hiệu quả ổn định và cao hơn so với trị liệu cá nhân về việc điều chỉnh mức uống rượu, bỏ uống, những vấn đề liên quan đến rượu và chất lượng của các quan hệ hôn nhân.

NHỮNG TRỊ LIỆU NGẮN

Một số người uống rượu có vấn đề có thể được giúp đỡ bởi những can thiệp tương đối ngắn gọn. Chick (1991) cho rằng bệnh nhân nội trú có thể được động viên để tăng cường thể lực chung và sàng lọc bệnh nhân dùng rượu ở mức độ cao. Những người có các vấn đề liên quan đến rượu được phân công một cách ngẫu nhiên vào nhóm không có can thiệp gì hoặc nhóm tham vấn cá nhân và được phát một quyển sách nhỏ ghi chi tiết cách giảm uống rượu. Một năm sau, việc uống rượu giảm xuống ở những người tham gia các nhóm can thiệp hơn là những người không nhận bất kì một sự can thiệp nào. Một can thiệp cơ hội tương tự được Monti và cs. (1999) thông báo. Các tác giả đã tiến hành đánh giá hiệu quả của một can thiệp được thiết kế để làm tăng động cơ hạn chế uống rượu ở thanh thiếu niên được chữa trị ở khoa cấp cứu sau tai nạn liên quan đến rượu. Ở những người nhận sự can thiệp này, tỉ lệ uống rượu và lái xe, vi phạm giao thông, bị thương và các vấn đề do rượu thấp hơn rõ rệt so với những người không có can thiệp nào ở năm tiếp theo.

Can thiệp của Monti và cs. (1999) được biết như sự phỏng vấn động cơ (Miller & Rollnick 2002). Mục tiêu ban đầu đầu là khích lệ các cá nhân khám phá cả những ý nghĩ tích cực và tiêu cực về một hành vi hoặc sự thay đổi hành vi cụ thể. Quá trình này nhằm khởi động một trạng thái bất đồng nhận thức thức. Trong trạng thái này, cá nhân chủ động xem xét hai hệ thống niềm tin và thái độ trái ngược nhau, hướng đối với một vấn đề cụ thể (trong trường hợp này, xem xét 'cái tốt' và 'cái không tốt lắm' trong uống rượu). Theo lí thuyết sự trái ngược về nhận thức, đây là một trạng thái đối lập, đòi hỏi phải có sự hoạt động của nhận thức để làm giảm sự khó chịu. Điều này có thể dẫn đến một sự loại bỏ những lí do mới được xem xét hoặc chấp nhận những ý nghĩ và hành vi mới- trong trường hợp này là hạn chế uống rượu.

Cách tiếp cận này, hoặc là một cuộc phỏng vấn chỉ diễn ra một lần, hoặc là một phần của can thiệp mở rộng, đã tỏ ra có hiệu quả trong việc giảm lượng rượu uống ở những người uống rượu có vấn đề. Sellman và cs. (2001) đã so sánh những hiệu quả của trị liệu động cơ, phản xạ nghe không định hướng, và và không can thiệp trị liệu kiểm soát đối với những người uống rượu có vấn đề. Mục tiêu của trị liệu là uống có kiểm soát và kết quả là tần suất uống say xỉn. Trong 6 tháng sau can thiệp, 43% người trị liệu động cơ vẫn tham gia các cuộc chè chén say sưa, so với 63% ở những nhóm khác.

DỰ ÁN MATCH

Mặc dù có sự khác nhau trong quan điểm và chiến lược trị liệu có khác nhau song hiệu quả của các cách tiếp cận lại rất giống nhau. Cuộc thử nghiệm trị liệu lớn nhất có hơn 1.500 người tham gia (nhóm nghiên cứu dự án MATCH 1998), đã tìm thấy vài sự khác biệt về hiệu quả ở những can thiệp khác nhau, bao gồm cả tiếp cận nhận thức-hành vi, tiếp cận 12 bước và tiếp cận động cơ. Sau 1 năm theo dõi, 35% trong số tất cả những người tham gia thông báo là đã bỏ được rượu; hơn 25% không uống rượu quá nhiều vào 2 ngày liên tiếp. Điều này cho thấy đã đạt được một mức độ nào đó về sự kiểm soát uống rượu. Kết quả theo dõi sau 1 năm và 3 năm, một lần nữa cho thấy không có sự khác biệt giữa ba nhóm can thiệp. Tuy nhiên, những người sống trong môi trường xã hội có nhiều người hay uống rượu đạt được kết quả tốt hơn trong can thiệp 12 bước. Người ta cũng chưa rõ tại sao các trị liệu khác nhau lại có kết quả giống nhau. Có thể những can thiệp này diễn ra theo cơ chế cơ chế giống nhau. Ví dụ, can thiệp 12 bước có thể thay đổi ý nghĩ nghiện ngập và tăng kĩ năng từ chối uống rượu cũng giống như hiệu quả của thảo luận nhóm trong AA, còn trong can thiệp nhận thức - hành vi những kĩ năng được dạy trực tiếp hơn.

Sử dụng heroin

Các opiate là một nhóm các loại chất gây nghiện chiết xuất từ cây thuốc phiện. Những chiết xuất chủ yếu, theo thứ tự về khả năng gây nghiện là thuốc phiện, moocphin và heroin. Heroin là loại ma tuý được sử dụng rộng rãi nhất. Ban đầu, nó được sử dụng như một loại thuốc an thần, giảm đau, ngày nay, tất cả các loại ma tuý được sử dụng ngoài mục đích y học đều được coi là bất hợp pháp. Sử dụng heroin cho những cảm giác hoàn toàn về sự ấm áp, thư giãn và sảng khoái. Sự lo lắng, sợ hãi và mọi quan tâm đều được quên đi và lòng tự tin tăng lên. Những ảnh hưởng này kéo dài trong khoảng thời gian 4-6 giờ, trước khi cá nhân "suy sụp" vì thiếu thuốc. Một khi đã phụ thuộc vào thuốc, cảm giác thiếu thuốc thường xuất hiện sau 8 giờ kể từ lúc tiêm thuốc, kéo theo cảm giác đau cơ bắp, đổ mồ hôi, hắt hơi và ngáp vặt. Trong vòng 36 giờ, triệu chứng trở nên càng lúc càng nặng hơn bao gồm co giật cơ bắp, chuột rút, lạnh toát toàn thân, đổ mồ hôi và tăng nhịp tim. Khi đó, người thiếu thuốc không thể ngủ được, nôn ọe và đi lỏng. Những triệu chứng này thông thường kéo dài 72 giờ, và sau đó giảm dần trong khoảng thời gian 5 đến 10 ngày.

Vào những năm 60 đến đầu những năm 90, heroin được sử dụng chủ yếu thông qua tiêm vào tĩnh mạch. Hiện nay, nó thường được sử dụng dưới dạng thuốc hút, một hành vi được gọi là "lên tiên". Smyth và cs. (2000) thông báo số người sử dụng thuốc phiện ở Dublin tăng lên 330% trong vòng 5 năm từ 1991 đến 1996. Cũng trong khoảng thời gian này, tuổi của người lần đầu sử dụng heroin cũng giảm xuống và người sử dụng hút heroin nhiều hơn là tiêm. Họ có vẻ như có việc làm, trẻ hơn, sử dụng vài loại thuốc khác và trình độ học vấn cao hơn và có lịch sử sử dụng thuốc ngắn hơn những người tiêm thuốc. Hầu hết những người sử dụng heroin đều sử dụng cả các loại thuốc khác nữa. Beswick và cs. (2001) đã thông báo rằng 60% số người trong mẫu nghiên cứu của họ ở một phòng khám ở London cũng sử dụng cocaine, 58% uống rượu, 11% diazepam, 9% dùng methadone và 8% dùng bột cocaine trong thời gian họ sử dụng heroin.

Nguyên nhân sử dụng heroin

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Mặc dù những yếu tố môi trường chiếm ưu thế trong việc phát triển tình trạng nghiện ma tuý, vẫn có bằng chứng cho thấy khả năng dễ bị tổn thương mang tính di truyền liên quan đến việc lạm dụng ma tuý theo 2 con đường (Cadoret và cs. 1995). Con đường đầu tiên là con đường trực tiếp dẫn đến sự phụ thuộc ma tuý. Cadoret và đồng nghiệp đã thấy rằng những đứa trẻ con nuôi có cha mẹ đẻ lạm dụng hoặc phụ thuộc rượu có nguy cơ phát triển sự phụ thuộc ma tuý gấp 3 lần so với nhóm trẻ có cha mẹ không phụ thuộc rượu. Các tác giả cũng cho rằng có thể tiềm ẩn gen "nhân cách nghiện ngập" hơn là gen cho sự nghiện ma túy cụ thể. Con đường thứ hai gián tiếp, theo Cadoret, mối liên hệ di truyền đến hành vi chống đối xã hội (xem chương 11), dẫn đến sự hung hãn, rối loạn hành vi, nhân cách chống đối xã hội và thường là lạm dụng rượu hoặc ma tuý. Như với nghiện rượu, gen dopamine D2 có thể đóng góp vào nguy cơ phụ thuộc ma túy.

YẾU TỐ SINH HỌC

Cũng như với rượu, hoạt động của ma túy là do ảnh hưởng của nó lên hệ thống dopamine trong "trung tâm sảng khoái". Cơ chế thứ hai qua đó ma túy ảnh hưởng đến tâm trạng, sắc thái và cảm giác thoải mái là thông qua tác dụng của các chất hóa học tương tự với nó như endorphins và enkephalins. Những chất này xoa dịu cảm giác đau đớn, tạo ra cảm giác thoải mái, dễ chịu, ví dụ như góp phần vào việc tăng sức chịu đựng thể chất ở một vận động viên đang hoạt động với cường độ cao. Các opiate lại gắn kết với những thụ thể giống như endophins và enkephalins, dẫn đến một trạng thái sảng khoái như có một hiệu quả của thuốc an thần. Cả hai chất hóa học đều có ở các tổ chức não, tuy nhiên chúng tập trung cao ở não giữa, đồi thị và dưới đồi cũng như tuỷ sống.

Chỉ có khoảng 20% những người ban đầu sử dụng ma túy với mục tiêu đầu tiên là tìm kiếm khoái cảm (Nutt và Law 2000). Những lí do khác bao gồm tự điều trị, áp lực xã hội và sự tìm kiếm những trải nghiệm kì bí và "có ý nghĩa". Những nghiên cứu cộng đồng người sống trong môi trường luôn có căng thẳng cho thấy có sự sử dụng heroin như một cách thức tự trị liệu hoặc giảm stress. Có lẽ bằng chứng kịch tính nhất là khoảng 40% lính Mỹ đã sử dụng heroin trong chiến tranh Việt Nam và có khoảng 1% tiếp tục sử dụng nó khi đã quay về Mỹ (Grinspoon và Bakalar 1986). Việc nhiều người bị rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn ăn, tâm thần phân liệt sử dụng heroin cũng là bằng chứng để khẳng định thêm cho giả thuyết trên (Najavitis và cs. 1998).

Con đường thứ hai dẫn đến việc sử dụng heroin là sử dụng ma tuý leo thang bởi vì những người sử dụng tìm kiếm một trải nghiệm "cao hơn" hoặc là khác đi với những gì họ đã đạt được. Việc sử dụng thường dẫn đến lạm dụng và rồi là sự phụ thuộc bao gồm khả năng dung nạp ma tuý tăng lên, việc dùng ma tuý bắt buộc và triệu chứng cai nếu người nghiện không có thuốc dùng thường xuyên. Dùng chung kim tiêm là một hiện tượng khá phổ biến và có thể chứa đựng yếu tố xã hội hoặc tập quán. Với rất nhiều người nghiện, để duy trì thói quen dùng ma tuý có thể là đắt và vượt quá khả năng tài chính của họ đặc biệt khi họ có khó khăn trong vấn đề tiền bạc hay không muốn bị mất việc. Do vậy để có được tiền mua ma tuý họ thường trộm cắp: hơn 95% người nghiện thuốc ma tuý ở Mĩ cho biết là có phạm tội để có được tiền mua ma tuý (Hội đồng phát triển đồng thuận về trị liệu hiệu quả đối với nghiện opiate Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia - NIH Consensus Development Panel on Effective Treatment of Opiate Addiction 1998). Nhiều người nghiện không giữ được chỗ làm vì phần lớn thời gian của họ là dành cho việc tìm kiếm và sau đó là sử dụng ma tuý. "Sự nghiệp nghiện ngập" thường bao gồm những vòng tròn của việc ngừng dùng thuốc, sau đó là tái nghiện, thường là nhiều năm. Khoảng 1/4 đến 1/3 số người sử dụng sẽ chết do một nguyên nhân có liên quan đến ma tuý, thường là việc dùng quá liều. Một ví dụ cho câu chuyện này là của Dai, 29 tuổi, lớn lên tại một khu kinh tế địa phương phụ cận nam Wales. Đây là câu chuyện về việc sử dụng ma tuý của anh ta và những vấn đề liên quan cũng như nó được duy trì như thế nào bởi bởi ít nhất là một phần bởi của xã hội mà anh ta sống:

Tôi bắt đầu hút thuốc lá năm lên 9... bỏ học - tụ tập với bạn bè - một vài đứa là hơn tuổi - chỉ tụ tập chơi bời suốt ngày - không lo nghĩ - chỉ đi lang thang khắp phố cả ngày. Sớm hít keo dán - và cứ làm thế trong khoảng 1 năm, 1 năm rưỡi. Lúc đầu cũng không thường xuyên nhưng làm đó hầu ngày nào cũng làm. Một đứa trong số chúng tôi sẽ có một cái túi và keo. Chúng tôi có những cảm giác thú vị. Thật đấy!

Chuyển lên dùng chất ma túy vào tuổi 12. Làm như thế với lũ bạn. Nằm cả ngày ở nhà một đứa nào đó và dùng ma túy. Sướng đ. chịu được! Vẫn hút. Tôi có cảm giác êm ái. Nhưng rồi tiếp tục với những chất nặng hơn. Tôi dùng nó năm 12 tuổi và một thứ nào đó khác. Tôi chỉ dùng vào những ngày

cuối tuần, và dùng kèm với rượu bia nhẹ. .. Nó giúp chúng tôi tiếp tục, tiếp tục. Rất tốt cho việc nhảy... Sau một thời gian, tôi dùng chất đó hàng ngày - nó bắt đầu trở nên đắt đỏ vì thế tôi bắt đầu ăn trộm, xoay chỗ này, chỗ khác, trộm ôtô. Gặp rắc rối với cớm - ra tòa vài lần. Nộp phạt nên lại phải trộm cắp nữa.

Một lần bị bố mẹ phát hiện ra và đưa tới cớm. Lần đầu tiên họ phát hiện ra tôi dùng ma túy. Bố tôi đánh rất dữ. Bị cấm cửa - điều đó thật chẳng tốt tí nào. Sự đạo đức giả của ông già thôi mà - uống rượu thì nhiều nhưng nhất quyết phản đối ma túy. Dù sao thử dùng một dạng khác như LSD, các loại viên (benzodiazepines), Temazies, E's, cứ thế lên xuống. 16 tuổi. Đầu tôi không chứa gì ngoài ma túy, một đứa trong hội của tôi hỏi liệu tôi có muốn một chút thuốc tiêm không. Tôi đã nói "có!". Bất cứ cái gì để có cảm giác thú vị. Nó đã tiêm cho tôi. Thế đấy. Thật 'đã'! Tôi cứ nghĩ mình là siêu nhân! Tôi có thể làm tất cả mọi thứ. Ngưng dùng các loại ma túy nặng - tôi dùng thuốc tiêm.

Bỏ học năm 16 tuổi. Bố mẹ biết tôi đang chích ma tuý. Họ đã đưa tôi đến rất nhiều bác sĩ nhưng chẳng ích gì. Vì thế họ đã phủi tay trước trách nhiệm với tôi - không buồn biết - cũng chẳng quan tâm đến các vấn đề của tôi. Tham gia vào hội bạn trong một thời gian. Có được một ngôi nhà trong cư xá thành phố rất nhanh chóng. Nhưng cũng sớm bị ném ra đường vì không thể trả tiền thuê nhà! Tôi không giỏi trong việc trả tiền thuê nhà cho lắm!

Chích ma tuý đã làm cho tôi rắc rối. Dùng ma tuý càng nhiều tôi càng cần đến nhiều tiền hơn. Vì thế, tôi đã bắt đầu tham gia đột nhập nhà và cuỗm đồ - luôn bị tóm. Ban đầu thì nhẹ nhàng thôi, sau đó là thời gian thử thách và rồi đến thời gian trong tù. Nhưng điều đó không giúp tôi bỏ được ma tuý. Bạn có thể có được mọi thứ bạn muốn ở trong tù miễn là bạn tìm đến đúng người. Đi tù lần đầu chỉ trước sinh nhật lần thứ 18 của tôi - 4 tháng cho tội ăn trộm.

Tóm lại, tôi đã ra vào tù trong suốt 12 năm qua. Cũng có vài bạn gái. Sống chung với một người phụ nữ trong 3 năm. Có một con gái với cô ta - thỉnh thoảng đến thăm cô ấy, nhưng không nhiều. Họ không đến thăm tôi khi tôi ở trong tù...

Ma tuý chiếm giữ tôi và tôi không thể thoát khỏi nó. Lũ bạn tôi đều dùng ma tuý. Tôi không quen ai mà không nghiện ma tuý. Tôi chẳng còn gì nữa. Không thử bỏ ma tuý lấy một lần. Có tham gia một chương trình trong tù. Ra khỏi tù hết nghiện và duy trì được trong 3 tháng. Họ để tôi ở khu ký túc xá - vì thế tôi không gặp tụi bạn... Dừng dùng thuốc ở "thế giới thực"... Nhưng rồi tôi phải rời đi vì họ không có tiền để cho tôi ở đó nữa. Vì thế tôi lại trở lại với chốn cũ và sớm trở lại với ma túy để sau đó lại phải cố gắng cai...

Không hứng thú với ma túy nữa. Tôi bị chìm trong cái vòng luẩn quẩn - dùng ma túy, ăn cắp, vào tù, lại dùng ma tuý... Không cảm thấy dễ chịu khi dùng ma túy nữa. Tôi phải dùng nó vì thế nó không vẩn vơ trong đầu tôi. Tôi cố gắng để thoát khỏi nó - ngừng dùng thuốc. Tôi dùng methadone thay cho morphin và heroin vì thế tôi có thể ngừng dùng ma túy. Nhưng họ không cho tôi đủ... tôi vẫn gặp phải triệu chứng cai - đánh trống ngực, ra mồ hôi, chuột rút. Vì thế tôi vẫn phải dùng - nhưng ít hơn trước - trước đây 3 gói mỗi ngày, bây giờ là 1 gói, 1 gói rưỡi một ngày. Tôi sẽ thử dùng thêm methadone - cố gắng tránh xa chích ma tuý nhưng họ không muốn đưa cho bạn quá nhiều.

YẾU TỐ TÂM LÍ

Những yếu tố tâm lí liên quan đến việc sử dụng ma tuý tương tự như những yếu tố liên quan đến việc sử dụng rượu (đã đề cập phần đầu chương). Như thế, khoái cảm của việc dùng ma tuý thiếp lập quá trình điều kiện hóa quan sát được. Trong quá trình này, phần thưởng cho cá nhân là sự dễ chịu, giảm nhẹ căng thẳng do dùng ma túy và sau nữa là tránh được các triệu chứng cai. Điều kiện hóa cổ điển gây ra sự thèm muốn heroin khi người sử dụng rơi vào hoàn cảnh tương tự với lần sử dụng trước đó. Những đáp ứng có điều kiện này khá mạnh và bền vững theo thời gian. Ví dụ, Meyer (1995) thông báo rnhìn thấy bơm tiêm đã làm giảm nhẹ các triệu chứng cai trong khi đói heroin. Ngược lại, những gới nhớ đế cai đã được điều kiện hóa có thể gây ra các triệu chứng, thậm chí nhiều năm sau khi thôi không dùng heroin nữa. Những yếu tố nhận thức cũng tham gia vào sự mong chờ trạng thái dễ chịu sợ hiện tượng cai.

Lí thuyết quá trình đối lập của Solomon (1980) cho rằng những cơ chế thần kinh dẫn đến những cảm xúc dễ chịu có thể gợi lại một hiệu ứng khác trong đó tiếp theo trạng thái "phê" là những tác dụng âm tính ngược vô hình (thành phần đối lập). Đây là trạng thái cảm thấy tồi tệ hơn thường lệ. Chính vì vậy họ ngày càng được thúc đẩy tránh né những hậu quả âm tính và không sảng khoái, dễ chịu như lúc ban đầu dùng ma tuý. Bằng chứng là có nhiều người nghiện ma tuý có lo âu và trầm cảm tăng theo thời gian (Roggla & Uhl 1995). Mặc dù vậy, cơ chế thần kinh như Solomon đề xuất vẫn chưa được chứng minh.

Trị liệu việc sử dụng heroin

NHỮNG TIẾP CẬN GIẢM THIỂU TÁC HẠI: TIẾP CẬN VĂN HÓA - XÃ HỘI

Những chiến lược giảm thiểu tác hại không cố gắng điều trị sự nghiện ngập. Thay vào đó, họ giảm tác hại liên quan đến việc sử dụng ma túy hoặc bằng cách thay thế heroin bằng một loại dược phẩm uống an toàn hơn như methadone, hoặc giảm nguy cơ nhiễm trùng bằng việc bảo đảm những người tiếp tục tiêm ma túy sử dụng những cái kim tiêm sạch sẽ, vô trùng.

Duy trì methadone

Methadone là một chất đối vận opiate. Những chương trình thay thế methadone cung cấp cho những người sử dụng opiate thuốc uống làm cho họ không tưởng nhớ tớiviệc sử dụng opiate, đồng thời cũng tránh được những triệu chứng cai khi ngưng sử dụng opiate. Sử dụng methadone tập trung vào phòng ngừa những nguy cơ dùng chung kim tiêm và quá liều, và để tránh trạng thái cai cá nhân bắt đầu tìm kiếm sự giúp đỡ: đây là thời gian có thể có nhiều lộn xộn trong cuộc sống của họ. Methadone có thể được kê đơn vào nhiều đợt trong một năm hoặc hơn, trong suốt thời gian đó, người dùng thuốc cố gắng ổn định cuộc sống và chuẩn bị cho giai đoạn thôi dùng nó. Hàng ngày những người cai nghiện phải báo cáo với

http://www.ebook.edu.vn

trung tâm cai nghiện và được cấp thuốc cho ngày hôm sau. Những trung tâm phải giữ liên lạc với những dịch vụ hhỗ trợ để ngăn ngừa người nghiện đem thuốc ra bán ở chợ đen.

Cách tiếp cận này tỏ ra tương đối thành công. Trong một nghiên cứu có quy mô lớn nhất về hiệu quả của nó - Nghiên cứu kết quả trị liệu lạm dụng ma tuý (Hubbard và cs. 1997) đã theo dõi gần 3000 người điều trị ngoại trú bằng methadone. Sau một năm số người sử dụng heroin hàng tuần hoặc hàng ngày giảm từ 90% xuống còn 30%. Chỉ có 17% trong số họ tiếp tục duy trì chương trình trong 1 năm là tiếp tục sử dụng heroin. Những lí do được đưa ra để lí giải việc tiếp tục sử dụng heroin là liều methodone quá thấp, ham muốn có được cảm giác "phê", sức ỳ mặc cảm mình là một "con nghiện", và việc sống với một người bạn tình hoặc duy trì những mối quan hệ xã hội với những người vẫn chích ma túy (Avants và cs. 1999).

Đổi kim tiêm

Chương trình đổi kim tiêm cũ lấy cái mới nhằm ngăn ngừa dùng chung, giảm nguy cơ lây truyền các bệnh như HIV hoặc viêm gan. Một số nhóm phe cánh hữu và theo nhà thờ ở Mĩ đã lên án cách tiếp cận này, buộc tội rằng nó đã duy trì hoặc thậm chí ủng hộ, khuyến khích việc dùng ma túy. Vì thế ở Mỹ, chương trình đổi kim tiêm chỉ được cho phép ở một số bang, đối một số bang khác lại là bất hợp pháp. Ví dụ, báo cáo của *Mạng trao đổi bơm tiêm ở vùng bắc Mỹ* (xem Yoast và cs. 2001) cho thấy trong số một mẫu gồm 100 chương trình của Mỹ, 52 là hợp pháp, 16 là bất hợp pháp nhưng "chịu được", trong khi đó 32 là "ngầm". Những nghiên cứu bổ dọc cho thấy ở đâu việc đổi bơm tiêm không được chấp nhận một cách hợp pháp, ở đó những chương trình trao đổi kim có hiệu quả trong việc giảm sử dụng dùng chung kim (Gibson và cs. 2001). Hầu hết những nghiên cứu cũng cho thấy những người chích ma tuý nếu có tham gia vào chương trình đổi kim tiêm thì tỉ lệ mắc HIV thấp hơn so với những người không tham gia. Tuy nhiên người ta cũng cho rằng kết quả này không bền vững bởi những người đã hạn chế dùng chung bơm tiêm song vẫn có thể có những hành vi nguy cơ khác như tình dục không an toàn.

Một nghiên cứu cuối cùng và có lẽ là quan trọng được công bố từ khi có báo cáo của Gibson và cộng sự (Taylor và cs. 2001) đã báo cáo về tỉ lệ sử dụng dùng chung kim tiêm ở Scotland từ 1990 đến năm 1999. Kết quả cho thấy có sự hạ thấp trong việc dùng chung kim tiêm năm từ 1990 đến 1992 sau khi có chương trình đổi kim tiêm. Tuy nhiên sau đó lại tăng dần do dùng chung với bạn tình hoặc "một người quen bất chợt", mặc dù họ vẫn được tiếp tục cung cấp . Những dữ liệu này phản ánh một một số thay đổi những hành vi nguy cơ trong nhóm dân cư đang có nguy cơ nhiễm HIV. Ở đây những thay đổi ban đầu hướng về hành vi an toàn hơn đã bị thu hẹp lại và theo thời gian, những hành vi có nguy cơ hơn lại quay trở lại. Những lí do giải thích cho điều này là không rõ ràng, cũng có thể do nhận thức chưa đầy đủ về HIV/AIDS tại Anh và tin rằng AIDS có thể được "chữa khỏi".

CAI NGHIỆN

Hầu hết những can thiệp được mô tả dưới đây theo sau một giai đoạn cai. Liều methadone được giảm một cách từ từ sau một khoảng thời gian là vài tuần để giảm thiểu các triệu chứng cai. Cai ngắn hạn bao gồm nhanh chóng giải độc kèm theo các triệu chứng cai. Những triệu chứng này được kiểm soát bởi với những triệu chứng khi cai được kiểm soát bởi những chủ vận opiate khác như clonidine. Điều này giúp giảm chứ không hoàn toàn tránh được triệu chứng cai. Những chiến lược này có thể được sử dụng trong cả điều trị nội và ngoại trú và có thể qua được hoàn toàn trạng thái cai trong vòng 3 ngày.

TRỊ LIỆU BẰNG THUỐC

Một cách trị liệu bằng thuốc là dùng những loại có tác dụng ngược với heroin. Naltrexone là một loại đối chủ vận opiate có tác dụng gắn kết hợp với những thụ thể opioid trong não và làm vô hiệu hoá tác động của các opiate. Nó cần phải được uống thường xuyên để ngăn ngừa trạng thái "phê" khi dùng ma tuý. Khoảng 3% số người được đề nghị dạng can thiệp này đã đồng ý tuy nhiên rất nhiều người dùng thuốc không đều. Điều này dẫn đến hậu quả là không cai được ma tuý, sợ thuốc mới hoặc lệ thuộc kéo dài hoặc sự thiếu động cơ xác thực để thôi dùng thuốc miễn phí (Tucker và Ritter 2000). Trong số những cá nhân có động cơ cao, những người dùng naltrexone có kết quả rất tốt. Điều này dẫn đến ít thèm ma tuý hơn, thời gian bỏ thuốc hoàn toàn kéo dài hơn và những cải thiện chức năng tâm lí xã hội cũng lớn hơn so với placebo. Mặc dù có những thành công như vậy nhiều người vẫn tái sử dụng ma tuý sau trị liệu. Sau 18 tháng theo dõi, tỉ lệ bỏ ma tuý hoàn toàn cao tới 64% ở những cá nhân được hỗ trợ tốt và khả năng đương đầu cao, thường gặp là tỉ lệ khoảng từ 31% đến 53% (Tucker và Ritter 2000).

NHỮNG TIẾP CẬN TÂM LÍ HỌC

Chương trình điều kiện quan sát được

Nhiều người dùng methadone song vẫn tiếp tục sử dụng ma túy (xem ca của Dai). Trong một cố gắng để giảm thiểu điều này, Gruber và cs. (2000) đã nghiên cứu xem liệu việc đưa ra những phần thưởng từ bên ngoài cho những người đang tham gia điều trị bằng methadone có thể làm tăng tính tích cực và thôi dùng ma túy. Động cơ để tham gia những buổi tham vấn bao gồm tặng vé đi lại bằng xe buýt và thanh toán những hoá đơn cho những hoạt động được nhà tham vấn của họ đồng ý. Cũng như động cơ cho việc thôi dùng ma tuý, những người tham gia được tham gia một số hoạt động giải trí cuối tuần miễn phí, ăn trưa và một khoản tiền khiêm tốn thanh toán hoá đơn. Cách làm này đã được so sánh với cách điều trị chuẩn mà ở đó thân chủ được khuyến khích để tham gia vào cách chữa trị với methadonevà không có thưởng. Sau một tháng, 61% những người tham gia theo cách này so

với 17% số người nhóm điều trị chuẩn thực sự hợp tác điều trị và 50% những người tham gia so với 21% của nhóm đối chứng đã đạt được 30 ngày không dùng heroin.

Trị liệu hành vi nhận thức

Mặc dù đã có hiệu quả trong điều trị các vấn đề liên quan đến rượu, song vẫn còn tương đối ít những nghiên cứu hiệu quả của chương trình trị liệu hành vi nhận thức đối với người tiêm chích ma túy. Một trong vài can thiệp như thế (Woody và cs. 1983), đã được kiểm tra xem liệu tham vấn tâm lí động thái hỗ trợ hay trị liệu hành vi nhận thức tăng cường hiệu quả của việc duy trì methadone và tham vấn thuốc chuẩn. Tham vấn trong tâm lí động thái bao gồm những kĩ thuật khuyến khích để thúc đẩy một môi trường trị liệu ở đó cá nhân khám phá những kiểu hình quan hệ của mình và "thấu hiểu" những đề tài của các mối quan hệ. Đặc biệt chú ý đến những đề tài liên quan đến sự phụ thuộc ma túy, vai trò của ma túy trong mối quan hệ với những cảm xúc và hành vi có vấn đề, và những vấn đề này cần được giải quyết như thế nào mà không cần đến ma túy. Trị liệu hành vi nhận thức dựa theo mô hình phòng ngừa tái phát đã mô tả ở trên trong phần về rượu. Tham vấn dùng thuốc chuẩn bao gồm khuyến khích, trợ giúp, giám sát việc sử dụng thuốc và khám phá những vấn đề hiện tại. Cả 2 dạng điều trị bổ sung đều làm tăng thêm hiệu quả của tham vấn cho đến 1 năm theo dõi sau điều trị theo các tiêu chí như tình trạng lao động (nghề nghiệp), những vấn đề về luật pháp, triệu chứng tâm thần và mẫu xét nghiệm nước tiểu ma túy âm tính. Không có điều trị nào là hiệu quả hơn điều trị nào.

Liệu pháp cặp đôi (couples therapy)

Cũng giống như những vấn đề về rượu, liệu pháp cặp đôi có thể hiệu quả hơn liệu pháp cá nhân trong trị liệu phụ thuộc ma túy. Trong tổng quan về những can thiệp với 1500 người sử dụng ma túy, Stanton và Shadish (1997) báo cáo rằng những người mà đã trải qua trị liệu cặp đôi đã phát triển được các mối quan hệ và dùng ít ma túy hơn cả trong thời gian ngắn và dài so với các nhóm đối chứng gồm trị liệu cá nhân hoặc không tham gia khóa trị liệu nào. Thêm nữa, tỉ lệ bỏ ngang trị liệu thấp hơn đáng kể so với bất kỳ một cách trị liệu nào khác. Điều này rất quan trọng vì nó có nghĩa là nhiều người có được những can thiệp hiệu quả cao thì vài người trong số đó lại là những cá nhân có động cơ yếu hơn và dễ dàng bỏ ngang trị liệu ở các cách tiếp cận khác. Rằng trị liệu cặp đôi vẫn tỏ ra hiệu quả hơn, kể cả đối với nhóm thân chủ "khó trị ", củng cố kết quả ở mức độ cao.

Đánh bạc bệnh lí

Hầu hết chúng ta đều tham gia trò đánh bạc may rủi vài lần. Tuy nhiên, với một vài người, đánh bạc trở nên một món nghiện và nó cũng gây nghiện như ma túy vậy. Mặc dù nó được xác định là một rối loạn xung năng trong DSM-IV-TR (APA 2000), đánh bạc bệnh lí được xem cùng thuật ngữ về hành vi như nghiện. Để chẩn đoán đánh bạc bệnh lí, ít nhất phải có 5 trong số các tiêu chuẩn dưới đây:

- mối bận tâm với đánh bạc
- nhu cầu chơi đánh bạc với số tiền mỗi lúc một tăng để đạt được niềm vui thú mong muốn
- luôn thất bại khi tìm cách kiểm soát hoặc ngưng không chơi nữa
- sử dụng trò đánh bạc như một cách trốn chạy những vấn đề hoặc làm dịu đi những trạng thái tâm lí khó chịu
- trở lại với đánh bạc sau mất mát trong hy vọng của "sự được mất"
- nói dối với các thành viên trong gia đình hoặc những người khác để giấu giếm chuyện đánh bạc
- có hành vi phạm pháp như gian trá, lừa lọc, trộm cắp để có thể tiếp tục chơi bạc
- gây nguy hại hoặc đánh mất các mối quan hệ ý nghĩa

Đánh bạc bệnh lí thường là điểm kết của sự thay đổi dần dần từ việc chơi cho vui, trong các mối quan hệ xã giao bạn bè, đến việc chơi thường xuyên hơn, sau đó thích thú, say sưa và cuối cùng là đánh bạc bệnh lí. Mỗi "bước" đòi hỏi sự đầu tư nhiều hơn về tâm trí cũng như tiền bạc cho đánh bạc đồng thời cũng làm tăng những vấn đề có liên quan. Một cuộc khảo sát được tiến hành bởi hội GamCare (Anh) cho thấy 0,8% những người chơi đánh bạc người Anh có thể được xếp vào loại "chơi bạc có vấn đề": ít hơn Mỹ (1,1%), Úc (2,3%) và Tây Ban Nha (1,4%).

Đánh bạc bệnh lí có thể kéo theo nguy hại hoặc mất đi một mối quan hệ ý nghĩa hoặc mất công việc. Khi họ không thể tăng số tiền đánh bạc thêm nữa, họ có thể lao đầu vào các hoạt động phạm pháp để xoay tiền: ước tính 60% những người nghiền đánh bạc bệnh lí có các hành vi phạm pháp để tiếp tục chơi bạc (Blaszczynski 1995). Điều này có thể có mối liên hệ với các rối loạn nhân cách như nhân cách chống đối xã hội, ái kỷ hoặc các rối loạn nhân cách ranh giới. Thêm nữa, có tới 30% những người nghiện đánh bạc bệnh lí có thể kèm với các vấn đề liên quan đến rượu. Mối quan hệ với rượu là quan trọng, vì uống rượu cùng với đánh bạc như là một chỉ báo nhân cách nghiện ngập. Khoảng 20% những người tham gia trị liệu đánh bạc bệnh lí có ý định tự sát (APA 1994).

Nguyên nhân đánh bạc bệnh lí

YẾU TỐ DI TRUYỀN

Một vài nghiên cứu (ví dụ, Eisen và cs. 1998-99) tiến hành trên một số lượng lớn các cặp sinh đôi đã cho rằng tính dễ nhiễm chứng đánh bạc bệnh lí (nhiều người cho rằng do yếu tố di truyền) chiếm tỉ trọng khoảng 35% đến 54%. Một quá trình di truyền tiềm tàng là qua gen thụ thể dopamine D2 (Comings và cs. 1996). Một biến thể của gen thụ thể dopamine D2 là D2A1 được tìm thấy ở những người có chứng đánh bạc bệnh lí nhiều hơn so với nhóm người bình thường (Potenza 2001: xem mối quan hệ của nó với phụ thuộc rượu và ma túy).

YẾU TỐ SINH HỌC

Một trong những yếu tố được xem như có liên quan tới đánh bạc là cái "thú" của thắng bạc hoặc gần thắng bạc, nó cũng tương đương với việc đạt được cái thú đó trong nghiện ma túy. Nhiều chất DTTK dường như gián tiếp cho câu trả lời này. Nồng độ dopamine tăng lên sau khi cá nhân thắng bạc (Shinohara và cs. 1999). Nồng độ norepinephrine cũng được thấy trong những pha đánh bạc. Những điều này có thể ảnh hưởng đến sự vận hành cả trong não bộ và trong hệ thống thần kinh giao cảm (xem chương 3). Trong những người chơi bạc cho vui, những quá trình hóa thần kinh thông thường diễn ra trong khi đang chơi bạc. Ở những người nghiện bạc bệnh lí, những quá trình này xảy ra trước khi chơi bạc hoặc khi một đáp ứng có điệu kiện tương ứng với những kích thích liên quan đến đánh bạc (Sharpe và cs. 1995). Như vậy có những bằng chứng cho thấy nồng độ endophin có thể tăng trong khi chơi đánh bạc, mặc dù vẫn cần nhiều bằng chứng hơn để chứng minh cho điều này (Shinohara và cs. 1999).

YẾU TỐ VĂN HÓA - XÃ HỘI

Nói chung, những cơ hội cho việc chơi đánh bạc cho vui cũng như dẫn đến bệnh lí là đều rất cao. Ví dụ, Ladouceur và cs. (1999) thấy rằng khả năng được (phép) chơi bạc ở nhiều nước khác nhau ngày càng tăng lên theo thời gian và tỉ lệ người chơi bạc bệnh lí cũng tăng lên. Ở Úc, Uỷ ban năng xuất (Productivity Commission) (1999) đã đánh giá tình hình đánh bạc ở nhiều bang khác nhau và thấy có sự khác biệt nhỏ trong những mức độ phí tổn liên quan đến đánh bạc và việc quá mê chơi đánh bạc như một hậu quả của những khác biệt đáng kể. Một ngoại trừ là chơi với máy. Trong trường hợp này,cơ hội chơi càng cao thì tỉ tệ những vấn đề liên quan đến đánh bạc cũng càng cao. Những dữ liệu này dẫn Uỷ ban đến nhận định rằng nếu cơ hội đánh bạc với máy ở những bang bị hạn chế, được tự do như những bang khác thì những người chơi có vấn đề ở những bang này có thể tăng lên đến 110%. Ở Anh, mặc dù có một vài lo lắng, việc đưa ra xổ số quốc gia vào năm 1994 không làm tăng thêm các vấn đề liên quan đến đánh bạc. Một cuộc khảo sát năm 1998 của GamCare cho thấy 65% dân số Anh đã chơi xổ số trong năm trước đó, và cũng trong thời gian đó gần 90% người lớn ở Thụy Điển và Niu Dilân đã chơi xổ số.

YẾU TỐ TÂM LÍ

Xung năng

Những cấp độ cao của xung năng trong thời thơ ấu, mà rõ ràng nhất là rối loạn tăng động giảm chú ý - ADHD (xem chương 13), có thể là một yếu tố nguy cơ cho chứng đánh bạc bệnh lí. Carlton và Manowicz (1994) đã chỉ ra rằng những người lớn nghiện đánh bạc bệnh lí có tỉ lệ mắc ADHD khi còn nhỏ cao hơn so với trẻ em bình thường. Những nghiên cứu lâu dài về sau đã ủng hộ bằng chứng trước đó này. Vitaro và cs. (1999) đã kiểm tra độ

mạnh dự báo của 4 thước đo của xung năng trong độ tuổi 13-14: sự phân loại của giáo viên, tự báo cáo; kết quả chơi bài và "kìm chế làm việc thích thú". Sau đó, năm 17 tuổi, nhóm đối khách thể được khảo sát về đánh bạc. Trong số các yếu tố đã được khảo sát, 2 yếu tố mang tính dự báo cao là ngồi/chơi dai trang đánh bài và không có khả năng trì hoãn làm việc thích thú. Những phát hiện này được xem như chỉ báo của xu hướng phản ứng quá mức với những kết quả tích cực (thắng bạc), của xu hướng yêu cầu sự củng cố tức thì và không cảm nhận được những hậu quả tiêu cực: những đặc trưng của người nghiền đánh bạc bệnh lí. Sharpe (2002) cho rằng chưa thể khẳng định được đây là do nguyên nhân sinh học hay do những yếu tố môi trường.

Lịch sử học tập

Cũng như với các chứng nghiện khác, điều kiện hóa quan sát được và điều kiện hóa kinh điển cũng cũng đã được dùng để giải thích hành vi đánh bạc. Những mô hình đánh bạc lúc ban đầu cho rằng đánh bạc về bản chất được duy trì bởi sự củng cố không liên tục - thuộc cả về sinh học và kinh tế - vốn có trong đánh bạc. Việc thua bạc sẽ được duy trì liên tục trong hi vọng sẽ gặp vận may trong những lần sau. Những kế hoạch củng cố đa dạng và gián đoạn dẫn đến sự tập nhiễm nhanh chóng về hành vi và giúp nó chống lại sự dập tắt. Sharpe (2002) đã cho rằng trong khi những điều này chắc chắn góp phần vào việc đánh bạc thông thường, ở đó việc thua đáng kể và liên tục không dẫn đến việc chấm dứt chơi bài. Sharpe (2002) cũng cho rằng một khoản lương hậu hĩnh và đặc biệt là sớm "quả đậm" trong sự nghiệp đánh bạc sẽ thiết lập và duy trì một thói chơi bài bệnh lí. Những điều này có lẽ bóp méo những hi vọng về kết quả của đánh bạc và củng cố cho những mất mát bằng việc mong chờ vào những cú thắng đậm trong tương lai.

Quá trình nhận thức

Những quá trình nhận thức khác nhau đã kích động và duy trì việc đánh bạc. Thái độ ủng hộ thói đánh bạc hướng đến việc tham gia vào các hoạt động chơi bài nhưng lại không duy trì hoạt động đó (Sharpe 2002). Những dạng khác của tự nói chuyện nhận thức (cognitive self-talk) có thể lại giữ vị trí quan trọng trong thời gian này. Delffabro và Winefield (1999) đã phát hiện ra rằng 75% nhận thức liên quan đến các trò chơi trong thời gian đánh bạc là vô lí về bản chất và là yếu tố ủng hộ cho việc tiếp tục chơi bài. Những suy nghĩ như thế có thể kích thích xung năng, sự mất mát và thậm chí làm cho cá nhân tin vào số mệnh. Kiểu hình tự nói chuyện này cũng có thể kích thích duy trì chơi: nhiều nghiên cứu (ví dụ, Sharpe và cs. 1995) đã thấy được mối quan hệ giữa tần xuất của những phát biểu bằng lời nói vô lí và mức độ kích thích.

Cảm xúc tiêu cực

Tâm trạng kém vui hoặc lo âu cũng là một trong những nguyên nhân đánh bạc ở một số người đánh bạc bệnh lí. Dickerson và cs. (1996) thông báo rằng 9% trong mẫu nghiên

cứu những người đánh bạc thường xuyên, đánh bạc để trốn khỏi cảm giác trầm buồn; 30% lại chơi bài sau một "ngày hụt hẫng". Cảm giác khó chịu có thể dẫn đến việc đánh bạc thường xuyên sau những mất mát. Để giải thích cho hiện tượng này, Dickerson và Baron (2000) cho rằng tâm trạng trầm buồn có thể giảm nhận thức về khả năng kiểm soát trò đánh bạc và vì thế giảm cố gắng bớt chơi bài ngay cả khi thua.

MÔ HÌNH TÂM-SINH-XÃ HỘI CỦA ĐÁNH BẠC

Những phát hiện đa dạng này góp phần vào mô hình tâm - sinh - xã hội của đánh bạc của Sharpe (2002). Sharpe đã cho rằng điều này có thể bao gồm 3 yếu tố nguy cơ :

- tính có thể bị tổn thương về mặt sinh học bao gồm những hệ thống dopaminergic và serotinergic
- thái độ của gia đình ủng hộ việc chơi bài
- mức độ cao của xung năng

Những yếu tố này có thể làm cho những người tương đối trẻ nhưng đã có nhiều kinh nghiệm đánh bạc. Trong những trường hợp này, cá nhân được xã hội hóa vào văn hóa đánh bạc. Thắng sớm cũng có thể củng cố việc chơi bài và bóp méo niềm tin cũng như thái độ về việc đó. Người chơi sẽ dành chú ý cho những trận thắng nhiều hơn thua. Cùng thời gian đó, về mặt sinh học, các nhân có thể được kích thích và cảm thấy dễ chịu khi chơi. Tất cả những yếu tố này đều nhằm duy trì hứng thú. Khi sự nghiệp chơi bạc phát triển, từng pha một có thể được khởi động bằng hi vọng tránh stress, giảm đi nỗi buồn hoặc cải thiện tâm trạng. Đánh bạc được dùng nhằm tăng kích thích và là một phương tiện chạy trốn thực tại. Một khi đã chơi, những định kiến trong nhận thức và kích thích đã được trải nghiệm sẽ duy trì hành vi đánh bạc dù thắng hay thua.

Trị liệu chứng đánh bạc bệnh lí

Có rất ít những đánh giá bằng thực nghiệm về việc trị liệu chứng đánh bạc bệnh lí, mặc dù rõ ràng là những phương pháp điều trị cũng có tác dụng khích lệ động viên. Những chương trình tự giúp mình, dạng như chương trình 12 bước của Hội những người không chơi bạc đã đạt được tỉ lệ thôi chơi hoàn toàn là 8% trong 1 năm và 7% trong 2 năm (Steward và Brown 1988). Những can thiệp chính thức hơn cũng thành công trong việc duy trì thôi chơi bài trong vòng 1 năm của tới 55% những người tham gia trị liệu.

TIẾP CẬN HÀNH VI

Một trong những nghiên cứu trị liệu sớm nhất (McConaghy và cs. 1983) đã so sánh hiệu quả của trị liệu gây phản cảm và giải mẫn cảm tưởng tượng. Trị liệu gây phản cảm yêu cầu những người tham gia đọc to những từ trong những thẻ đã được chuẩn bị trước, một vài từ liên quan đến hoạt động đánh bạc, một số khác mô tả những hoạt động khác như "đi thẳng về nhà". Mỗi khi họ đọc to một câu có liên quan đến đánh bạc, họ sẽ bị một sốc điện

nhẹ khoảng 2 giây - được tả như "không dễ chịu nhưng không gây cảm giác trầm buồn" (McConaghy và cs. 1983: 367). Giải mẫn cảm tưởng tượng yêu cầu những người tham gia cùng lúc hình dung ra thật nhiều cảnh tượng khác nhau liên quan đến đánh bạc khi đang sử dụng biện pháp thư giãn để giảm sức hấp dẫn của trò đánh bạc. Cách tiếp cận giải mẫn cảm này chứng tỏ hiệu quả cao nhất trong việc kiềm chế ham muốn mạnh mẽ và kiểm soát việc chơi đánh bạc trong một năm theo dõi sau trị liệu. Theo dõi trong một thời gian dài, từ 2 đến 9 năm sau khi kết thúc trị liệu, cho thấy 79% những người đã tham gia chương trình trị liệu giải mẫn cảm đã kiểm soát được, thậm chí ngừng chơi bài. Chỉ có 50% ở nhóm trị liệu gây phản cảm có được kết quả như thế (McConaghy và cs. 1991).

TIẾP CẬN HÀNH VI NHẬN THỨC

Một số nghiên cứu cho thấy kết quả tích cực của trị liệu hành vi nhận thức. Ladouceur và cs. (2001) đã phân chia một cách ngẫu nhiên những người nghiện đánh bạc bệnh lí vào nhóm trị liệu nhận thức hoặc nhóm đối chứng trong danh sách chờ. Can thiệp nhận thức bao gồm 2 thành tố. Thứ nhất là điều chỉnh nhận thức, ở đó nhận thức về tính ngẫu nhiên của cá nhân được đưa ra phân tích. Điều này bao gồm cả yếu tố giáo dục về bản chất của sự ngẫu nhiên và chỉ ra những nhận thức sai lầm khi đánh bạc. Điều này có thể đạt được bằng cách ghi băng lời nói ("... nếu tôi thua 4 lần trong một hàng, tôi chắc chắn sẽ thắng ở lần tiếp theo...") diễn ra trong lúc người tham gia đang tưởng tượng ra cuộc đánh bạc, tiếp sau đó nhà trị liệu sẽ cố gắng "chỉnh sửa" những nhận thức sai lầm đó trong thời gian trị liệu. Thành tố thứ hai bao gồm việc rèn luyện ngăn ngừa đánh bạc trở lại. Ở đó, những người tham gia xác định những tình huống nguy cơ cao và lên kế hoạch làm sao để đương đầu với những tình huống đó. Can thiệp này rất thành công: trong số 54% những người tham gia, ít nhất cũng có tới 50% giảm tần xuất chơi bài, nhận thức và kiểm soát được hành vi đánh bạc, so với 7% những người ở nhóm đối chứng. Thêm nữa, 85% những người tham gia chương trình điều trị so với chỉ có 14% thuộc nhóm đối chứng đạt được 50% sự tiến bộ trên ít nhất ở 3 trong tổng số 4 phép đo. Những tiến bộ này nói chung được duy trì trong 6 đến 12 tháng theo dõi sau trị liệu.

TRỊ LIỆU DƯỢC LÍ

Mới chỉ có một số đánh giá về trị liệu bằng thuốc trong điều trị chứng đánh bạc bệnh lí. Một trong số đó là của Hollander và cs. (2000). Các tác giả đã đánh giá hiệu quả của fluvoxamine, một SSRI, trong một nghiên cứu qui mô nhỏ bao gồm 15 người. Họ đều được điều trị lần đầu bằng placebo trước khi tham gia vào khóa trị liệu 8 tuần. Chỉ có 10 người hoàn thành nghiên cứu, nhưng thuốc đã cho thấy tác dụng làm giảm đáng kể hành vi và ham muốn đánh bạc so với điều trị bằng placebo trước đó. Rõ ràng là chúng ta cần có nhiều thử nghiệm hơn trước khi có bất kỳ một kết luận chắc chắn nào về hiệu quả của điều trị bằng thuốc.

Tóm tắt chương

1. Sử dụng chất kích thích khá là phổ biến trong các nhóm xã hội, mặc dù một vài nhóm dùng nhiều hơn những nhóm khác.
2. Sử dụng rượu quá mức dẫn đến nhiều hậu quả xã hội tiêu cực nhãn tiền như những hành vi nguy cơ và nguy hiểm, hay những hậu quả lâu dài về sức khỏe như bệnh xơ gan và hội chứng Korsakov.
3. Những yếu tố di truyền có thể tác động tới khả năng dung nạp rượu.
4. Rượu ảnh hưởng đến khí sắc thông qua tác động của nó đến nồng độ GABA và dopamine.
5. Những yếu tố xã hội, bao gồm sự dễ dàng tham gia, ảnh hưởng của nhóm bạn, giá cả và quảng cáo ảnh hưởng đến mức độ tiêu thụ.
6. Những lí giải tâm lí học cho việc uống rượu bao gồm những kinh nghiệm điều kiện hóa quan sát được và kinh điển và những nhận thức thuận lợi cho việc uống rượu.
7. Những can thiệp của xã hội và luật pháp ảnh hưởng đến mức độ uống rượu của người dân.
8. Điều trị cho những người nghiện rượu thường bắt đầu bằng giai đoạn cai.
9. Antidipstrotrophics có thể giúp duy trì việc thôi uống trong những nhóm có động cơ cao hoặc ở những người buộc phải dùng.
10. Mô hình 12 bước chủ trương bỏ uống hoàn toàn và cả những can thiệp nhận thức hành vi có thể ủng hộ việc bỏ uống và kiểm soát việc uống rượu đều tỏ ra hiệu quả như nhau trong việc duy trì cai rượu hoặc mức độ uống hợp lí.
11. Trị liệu đôi đặc biệt có hiệu quả đối với những người nghiện rượu.
12. Opioates tác động đến hành vi con người thông qua nồng độ dopamine, qua chất endophins và enkephalins.
13. Những chiến lược giảm tác hại bao gồm việc duy trì sử dụng methadone và chương trình trao đổi kim tiêm có thể thành công trong việc giảm tác hại do sử dụng ma túy.
14. Cũng như với rượu, trị liệu hành vi và những tiếp cận xã hội có thể có hiệu quả trong việc điều trị sự phụ thuộc ma túy: trị liệu đôi tỏ ra có hiệu quả nhất.
15. Đánh bạc dẫn đến những thay đổi hóa thần kinh tương tự như những thay đổi do việc sử dụng ma túy đem lại.
16. Mô hình tâm - sinh - xã hội bao gồm yếu tố sinh học, gia đình, tâm lí và lịch sử học tập trong căn nguyên của vấn đề đánh bạc.
17. Trị liệu nhận thức hành vi và thuốc chống trầm cảm đều tỏ ra có hiệu quả trong việc giảm bớt những vấn đề liên quan đến đánh bạc.

Câu hỏi thảo luận

1. Tại sao những cách tiếp cận khác nhau trong điều trị những vấn đề liên quan đến rượu khác nhau về hiệu quả?

2. Thụy Sĩ hướng đến hợp pháp hóa việc sử dụng chất kích thích năm 2004. Những giá phải trả cũng như lợi ích mà mỗi cá nhân và xã hội có được là gì?
3. Nhiều người được điều trị chứng nghiện tiếp tục nghiện. Liệu đây có phải một hành vi có thể thừa nhận trong trị liệu?
4. Liệu có cần phải kiểm soát việc đánh bạc trong các game?

Tài liệu tham khảo

Abela, J.R.Z. and Seligman, M.E.P. (2000) The hopelessness theory of depsession: a test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains, *Cognitive Therapy and Research*, 23: 361-78.

Abraham, H.C. (1956) Therapeutic and psychological approach to cases of unconsummated marriage, *British Medical Journal*, 1: 837-9.

Abramson, L.Y. Seligman, M.E. and Teasdale, J.D. (1978) Learned helpelessness in humans: critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Agras, W.S., Rossiter, E.M. and Arnow, B. (1994) One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treaments for bulimia nervosa, *Journal of Clinical Psychiatry*, 55: 179-83.

Allen, M.G. (1976) Twin studies of affective illness, *Archives of General Psychiatry*, 33: 1476-8.

Allison, R.B. and Schwarz, T. (1980) *Minds in Many Pieces*. New York: Rawson Wade.

Alloy, L.B. and Abramson, L.Y. (1979) Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: sadder but wiser?, *Journal of Experimental Psychology*: *General*, 108: 441-85.

Altmann, P., Cunningham, J., Dhanesha, U. et al. (1990) Disturbane of cerebral function in people exposed to drinking water contaminated with aluminium sulphate: retrospective study of Camelford water incident, *British Medical Journal*, 319: 807-11.

American Psychiatric Association (APA) (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, text revision. Washington DC: APA.

American Psychiatric Association (APA) (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington DC: APA.

American Psychiatric Association (APA) (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., text revision. (DSM-IV-TR). Washington DC: APA.

Anderson, D.A. and Maloney, K.C. (2001) The efficacy of cognitive-behavioural therapy on the core symptoms of bulimia nervosa, *Clinical Psychology Review*, 21: 971-88.

Anderson, I. M. (1998) SSRIS versus tricyckic antidepressants in depressed inpatients: a meta-analysis of efficacy and tolerability, *Depression and Anxiety*, 7: 11-17.

Andreasson, S., Allebeck, P. and Engstrom, A. (1987) Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts, *Lancet*, 2: 1483-6.

Andrews, G., Stewart, G., Allen, R. et al. (1990) The genetics of six neurotic disorders: a twin study, *Journal of Affective Disorders*, 19: 23-9.

Angst, J. (1999). The epidemiology of depressive disorders, *European Neuropharmacology* (suppl.): 95-8.

Aronson, K.J. (1997) Quality of life among pearsons with multiple sclerosis and their caregivers, *Neurology*, 48: 74-80.

Avants, S.K., Margolin, A. and McKee, S. (1999) A path analysis of cognive, affective, maitenance program, *Journal of Substance Abuse*, 11: 215-30.

Awad, A.D. and Vorungat, L.N. (1999). Quality of life and new antipsychotics in shizophrenia: are patients better off?, *International Journal of Social Psychiatry*, 45: 268-75.

Bacaltchuk, J., Trefiglio, R., Lima, M.S. et al. (1999) Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 24: 23-31.

Bacaltchuk, J., Hay, P. and Trefiglio, R. (2002) Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1.

Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I. et al. (1995) Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study, *Psychological Medicine*, 25: 63-77.

Bakker, A., van Dyck, R., Spinhoven, P. et al. (1999) Paroxetine, clomipramine and cognitive therapy in the tretment of panic disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 831-8.

Ballenger, J.C. (2000) Panic disorder and agoraphobia, in M.G. Gelder, J.J. Lopez-Ibor and N.C. Andreasen (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Bancroft, J. (1999) Central inhibition of sexual response in the male: a theoretical perspective, *Neuroscience Biobehavioral Review*, 84: 191-215.

Bandura, A. (1997) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change, *Psychological Review*, 84: 191-215.

Barbaree, H.E. (1990) Stimulus control of sexual arousal, in W.L. Marshall, D.R. Laws and H.E. Barbaree (eds). *Hanbook of SexualAssault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York: Plenum.

Barbaree, H.E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: assessment and treatment outcome, *Forum on Corrections Reseach*. 3: 30-3.

Barbaree, H.E. and Marshall W.L. (1989) Erectile responses among heterosexual child molesters, father-daugter incest offenders and matched nonoffenders: five distinct age preference profiles, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21: 70-82.

Barbaree, H.E. and Seto M.C. (1997) Pedophila: assessment and treatment, in D.R. Laws and W. O'Donohue (eds) Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment. New York: Guilford.

Bakley, A. (1997) Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions. Contructing a unifying theory of ADHD, Psychological Bulletin, 121: 65-94.

Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M. et al. (2001) The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone,and their combonation for parent-adolesent conflict teenagers with ADHD and ODD, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69: 926-41.

Barlow, D.H., Bruce, T.J., Gregg, M. K. et al. (2000) Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial, Journal of tha American Medical Association, 283: 2529-36.

Barrett, M.S. and Berman, J.S. (2001) Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69: 597-603.

Bass, E. and Davis, L. (1998) The courage to Heal: A Guide for WomenSurvivors of Sexual Abese. New York: Harper & Row.

Basso, M.R., Nasrallah, H.A., Olson, S.C. et al. (1998) Neuropsychological correlates of negative, disorganized and psychotic symptom in schizophrenia, Schizophrenia Research, 25: 99-111.

Bateson, G., Jackson, D., Harley, J. et al. (1956). Toward a theory of schizophrenia, Behavioral Science, 1: 251-64.

Battle Y.L., Martin, B.C., Dorfman, J.H. et al. (1999) Seasonality and infectious disease in schizophrenia: the birth hypothesis vevisited, Journal of Psychiatric Research, 33: 501-9.

Bebbington, P. and Ramana, R. (1995) The epidemiology of bipolar affective disorder, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 30: 279-92.

Beck, A.T. (1997) Cognitive Therapy of Depression. New York: Guidford.

Beck, A.T. (1997) Cognitive Therapy: reflection, in J.K. Zeig (ed.) The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference. New York: Brunner/Mazel.

Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J. et al. (1961) Inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry, 4: 561-71.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw B.F. and Emery, G. (1979) Cognitive Terapy for Depression. New York: Guilford .

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M. et al. (1962) Reliability of psychiatric diagnoses: 2. Astudy of consistency of clinical judgements and ratings, American Journal of Psychitry, 119: 351-7.

Beck, A.T., Freeman, A. and associates (1990) Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: Guilford.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. et al (1993) Cognitive Therapy of Substance abuse. New York: Guilford.

Beidel, D.C. and Turner, S.M. (1986) A critique of the theoretical base of cognitive-behavioral theories and therapy, Clinical Psychology Review, 6: 177-97.

Bennett, P. and Murphy, S. (1997) Psychology and Health Promotion. Buckingham: Open University Press.
Benett, P., Smith, C., Nugent, Z. et al. (1991) "Pssst…the really useful guide to alcohol": evaluation of an alcohol education television series, Health Education Research, Theory and Practice, 6: 57-64.
Bennett, P., Conway, M. and Clatworthy, J. (2001) Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients, Health and Lung, 30: 458-675.
Bennett, P., Lowe, R. and Honey, K. (2002) Appraisals and emotion: a test of the consistency of reporting and their association, Cognition and Emotion.
Bentall, R.P. (1993) Deconstructing the concept of 'Schizophrenia", Journal of Mental Health, 2: 223-38.
Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R. et al. (2001) Persecutory delusions: a review and theoretical integration, Clinical Psychology Review, 21: 1143-92.
Bergin, A.E. (1971) The evaluation of therapeutic outcomes, in A.E. Bergin and S.L. Garfild (eds) Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change. New York: Wiley.
Berlin, F.S. and Meinecke, C.F. (1981) Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities and preliminary findings, American Journal of Psychiatry, 138: 601-8.
Berreniti, W.H. (2000) Suceptibility loci for bipolar disorder: overlap with inherited vulnerability to shizophrenia, Biological Psychiatry, 47: 245-51.
Berrios, G.E. and Quemada, J.I. (1990) Depressive illness multiple sclerosis: clinical and theoretical aspects of the association, British Journal of Psychiatry, 156: 10-16.
Berrios, R.P. (1991) Delusions as 'wrong beliefs': a conceptual history, British Journal of Psychiatry, 159: 6-13.
Beswick, T. Best, D., Rees, S. et al. (2001) Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in population of opiate addict in treatment, Drug and Alcohol Review, 20: 201-4.
Bettelheim, B. (1967) The Empty Fortress. New York: Free Press.
Bettelheim, B. (1973) Bringing up children, Ladies Home Journal, 90: 28.
Beutler, L. and Consoli, A. (1993) Matching the therapist's interpersonal stance to clients' characteristics: contributions from systemic eclectic psychotherapy, Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 30: 417-22.
Beutler, L., Clarkin, J.F. and Bongar, B. (2000) Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient, New York: Oxford University Press.
Birch, H., Richardson, S.A., Baird, D. et al. (1970) Mental Subnormality in the Community: A Clinical and Epidemiological Study. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
Birchwood, M., Foler, D. and Jackson, C. (eds) (2000) Early Intervention in Psychosis. London: Wiley.
Bird, C.E. and Rieker, P.P. (1999) Gender matters: and integrated model for understanding men's and women's health. Social Science and Medicine, 48: 745-55.
Black, D.W., Noyes, R. Jr, Goldstein, R.B. et al. (1992) A family study of obsessive-cmpulsive disorder, Archives of General Psychiatry, 49: 362-8.
Blaszczynski, A. (1995). Criminal offences in pathological gamblers, Psychiatry, Psychology and Law, 1: 129-38.
Blazer, D.G., Hughes, D. and George, L.K. et al. (1991) Generalized anxiety disorder, in L.N. Robins and D.A. Regier (eds) PsychitricDisordes in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Maxwell Macmillan International.
Blazer, R.C., Hughes, W.D. and George, L.K. (1987) Stressful life events and the onset of a generalized anxiety disorder, American Journal of Psychiatry, 114: 1178-83.
Bleathman, C. and Morton, I. (1992) Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia suffers, Journal of Advanced Nursing, 17: 658-66.

Blehar, M.C. and Rosenthal, N.E. (1989) Seasonal affective disorders and phototherapy, Report of a National Institute of Mental Health-sponsored workshop, Archives of General Psychiatry, 46: 469-74.
Bleuler, E. (1908) Die prognose der Dementia praecox - Shizophreniegruppe, PragerMedicinishe Wochenshrift, 16: 321-5.
Bliss, E.L. (1986) Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis. New York: Oxford University Press.
Booth, P.G., Dale, B., Slade, P.D. etal (1992) A ffolow-up study of problem drinkers offered a goal choice option, Journal of Studies on Alcohol, 53: 594-600.
Borduin, C.M. (1999) Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents, Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38: 242-9.
Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T. et al. (1995) Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminal ang violence, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63: 569-78.
Borkovec, T.D. and Costello, E. (1993) Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51: 611-19.
Boyle, M. (1990) Is schizophrenia what it was? A re-analysis of Kraepelin's and Bleuler's population, Journal of the History of the Behavioral Scinces, 26: 323-33.
Brain, K., Norman, P., Gray, J. et al. (2002) A randomized trial of specialist genetic assessment: psychological impact on women at different levels of familial breast cancer risk, British Journal of Cancer, 86: 233-8.
Bransford, J.D. and Stein, B.S. (1984) The ideal Problem Solver: A guide for Improving Thinking, Learning, and Creativity. New York: W.H. Freeman.
Brassington, J.C. and Marsh, N.V. (1999) Neuropsychological aspects of multiple sclerosis, Neuropsychology Review, 8: 43-77.
Brewin, C.R. (2001) A Cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment, Behaviour Research and Therapy, 39: 373-93.
Brewin, C.R. and Andrews, B. (1998) Recovered memories of trauma: phenomenology and cognitive mechanism, Clinical Psychology Review, 18: 949-70.
Bronisch, T. (1996) The relationship between suicidality and depression, Archives of Suicide Research, 2: 235-54.
Bronisch, T. and Wittchen, H.U. (1994) Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorder, and sustance abuse disorder, European Archives of psichiatry and Clinical Neuroscience, 244: 93- 98.
Brooks, N., Campsie, L., Syminton, C. et al. (1986) The five years outcome of severe blunt head injury: a relative's view, Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 49: 764-70.
Brown, G.R. and Anderson, B. (1991) Psychiatric morbidity in adult clients with childhood histories of sexual and physical abuse, American Journal of Psychiatry, 148: 55-61.
Brown, G.W. and Harris, T.O. (1978) Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. London: Tavistock.
Brown, G.W., Birley, J.L.T. and Wing, J.K. (1972) The influence of famoly life on the course of Schizophrenic disorders: a relocation, British Journal of Psychiatry, 121: 241-58.
Brown, J.S.L., Cochrane, R. and Hancox, T. (2000) Large-scale health promotion stress workshop for the general public: a controlled evaluation, Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 28: 139-51.
Bruce, D. (1980) Changes in Scottish drinking habits and behaviour following extention of primitted evening opening hours, Health Bulletin, 38: 133-7.
Bruch, H. (1982) Anorexia nervosa: therapy and theory, American Journal of Psychiatry, 139: 1531-8.

Bryant, M.J., Simons, A.D. and Thase, M.E. (1999) Therapist skill and patient variables in homework compliance: controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research, Cognitive Therapy and Research, 23: 381-99.

Buccafusco, J.J. and Jackson, W.J. (1991) Benefical effects of nicotine administered prior to a delayed matching-to-sample task in young and aged monkeys, Neurobiology of Aging, 12: 233-8.

Bullough, V. and Weinberg, T. (1998) Women married to transvestites; problem and adjustments, Journal of Psychology and Human Sexuality, 1: 83-6.

Burgio, L., Engel, B.T., McCormick, K. et al. (1988) Behavioral treatment for urinary incontinence in elderly inpatients: initial attempts to modify prompting and toileting procedures, Behavioral therapy, 19: 345-57.

Burns, D.D. and Noen-Heoksema, S. (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model, Journal of consulting and Clinical Psychology, 60: 441-9.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. et al. (1991) A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 167-75.

Cadoret, R.J., Yates, G.A., Geyer, M.A. et al (1995) Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse, Archives of General Psychiatry, 52: 45-52.

Cambell, M., Adams, P., Perry, R. et al. (1998) Tardive and withdrawal dyskinesias in autistic children: a prospective study, Psychopharmacology Bulletin, 24: 251-5.

Cambell, M., Anderson, L.T., Small, A.M. et al. (1993) Naltrexone in autistic children: behavioral symptoms and attentional learning, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32: 1283-91.

Carey, G. and Gottesman, I.I. (1981) Twin and family studies of anxiety, phobic and obessive disorders, in D.F. Klein and J. Rabkin (eds) Anxiety: New Resarch and Changing Concepts. New York: Raven.

Carlton, P.L. and Manowicz, P. (1994) Factors determining the severityof pathologicalgam bling in males, Journal of Gambling Studies, 10: 147-57.

Carr, A.T. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literature, Psychological Bulletin, 81: 311-18.

Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L. et al. (1996) Quantitative brain Magnetic resonance imaging in attenion-deficit hyperactivity disorder, Archives of General Psychiatry, 53: 607-26.

Channon, S., deSilva, P., Helmsley, D. et al. (1989) A controlled trial of cognitive-behavioral tratments of anorexia nervosa, Behaviour Research and Therapy, 27: 529-35.

Charlop-Christy, M.H. and Haymes, L.K. (1998) Using obsessions as reiforcers with and without mild reductive procedures to decrease inappropriate behaviors of children with autism, Journal of Autism and Developmental Disorders, 26: 527-46.

Chen, D. (1995) Cultural and psychological influences on mental health issues for Chines Americans, in L.L. Adler and R.R. Mukherji (eds). Sririt versus Scapel: Traditional Healing and Modern Psychotherapy. Westport, CT: Bergin & Garvey.

Cherland, E. and Fitzpatrick, R. (1999) Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review, Cadian Journal of Psychiatry, 44: 811-13.

Chick, J. (1991) Early intervention for hazardous drinking in the general hospital, Alcohol and Alcoholism, 1: 477-9.

Chorpita, B.F. and Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early enviroment, Psychological Bulletin, 124: 3-21.

Chretien, R.D. and Persinger, M.A. (2000) 'Prefrontal deficits' discriminate young offenders from age-matched cohorts: juvenile deliquency as an expected feature of the normal distribution of prefrontal cerebral development, Psychologiacl Reports, 87: 1196-202.

Clark, D.M. (1986) A cognitive approach to panic disorder, Behaviour Research and Therapy, 24: 461:-70.

http://www.ebook.edu.vn

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Gelder, M. et al. (1988) Tests of a cognitive model of panic, in I. Hand and U. Wittchen (eds) Panic and Phobias, Vol. 2. Berlin: Springer Verlag.
Clark, L.A., Watson, D. and Reynold, S. (1995) Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions, Annual Review of Psychology, 46: 121-53.
Clarke, R. (2000) Perceptions of interethnic group racism predict increased vascular reactivity to a laboratory challenge in college women, Annals of Behavioral Medicine, 22: 214-22.
Clomipramine Collaborative Study Group (1991) Clomipramine in the treatment of patients with OCD, *Archives of General Psychiatry*, 48: 730-8.
Cloutier, S., Martin, S.L. and Poole, C. (2002) Sexual assault among North Carolina women: prevalence and health risck factors, Journal of Epidemilogy and Mommunity Health, 56: 265-71.
Cffey, M. (1999) Psychosis and medication: strategies for improving adherence, British Journal of Nursing, 8: 225-30.
Cole, S.W., Kemeny, M.E., Taylor, S.E. and Visscher, B.R. (1996) Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual indentity, Health Psychology, 15: 243-51.
Comings, D.E., Rosenthal, R.J., Lesiur, H.R. et al. (1996) A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling, Pharmacogenitics, 6: 223-34.
Compton, W.M., Helzer, J.E. Hwu H. et al. (1991) New methods in crosscultural psychiatry: psychiatric illness in Taiwan and the United States, *American Journal of Psychiatry,* 148: 1697-704.
Coons, P.M., Bowman, E.S. and Milstein, V. (1988) Multiple personality disorder: a clinical investigation of 50 cases, Journal of Nervous and Mental Disease, 176: 519-27.
Cooper, P.J. and Faibern, C.G. (1983) Binge-eating and self-induced vomiting in the community, British Journal of Psychiatry, 142: 139-44.
Corrigan, P.W. (1991) Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis, Journal of Behavior Therapy and Psychiatry, 22: 203-10.
Corsico, A. and McGuffin, P. (2001) Psychiatric genetics: recent advances and clinical implications, Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 10: 253-9.
Costa, P.T. and McCrae, R.R. (1995) Domains and facets: hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory, Journal of Personal Assessment, 64: 21-50.
Costello, E.J., Edelbrock, C.S. and Costello, A.J. (1985)Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for children: a comparision between psychiatric and pediatric referrals, Journal of AbnormalChild Psychology, 13: 579-95.
Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N. (2001) A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compusive disorder, Psychotherapy and Psychosomatics, 70: 288-97.
Cox, A., Rutter, M., Newman, S. et al. (1975) A comparative study of infatile autism and specific developmental language disorders: 2. Paretal characteristics, British Journal of Psychiatry, 126:146-59.
Craddock, N. and Jones, I. (1999) Genetics of bipolar disorder, Journal of Medical Ethics, 36: 585-94.
Cranston-Cuebas, M.A. and Barlow, D.H. (1990) Cognitive and affective contributions to sexual functioning, Annual Review of Sexual Research, 1: 119-61.
Crawford, L.L., Holloway, K.S. and Domjan, M. (1993) The nature of sexual reiforcement, Journal of Experimental Analysis of Behaviour, 60: 55-66.
Crits-Cristoph, P., Cooper, A. and Luborsky, L. (1998) The accuracy op therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56: 490-5.
Crowe, R. (1974) An adoption study of antisocial personality disorder, Archives of General Psychiatry, 31:785-91.

Curran, H.V. (1991). Benzodiazepines, memory and mood: a review, Psychopharmacology, 105: 1-8.
Dahl, A.A. (1994) Heritability in personality disorder – an overview, Clinical Genetics, 46: 138-43.
Dalgleish, T., Rosen, K. and Marks, M. (1996) Rhythm and blues: the theory and treatment of sesonal affective disorder, British Journal of Clinical Psychology, 35:163-82.
Dalos, N.P., Rabins, P.V., Brooks, B.R. et al. (1983) Disease activity and emotional state in multiple sclerosis, Annal of Neurology, 13: 573-7.
Dare, C., Eisler, I., Russell, G. et al. (2001) Psychological therapies for adults with anorexia nervosa, British Journal of Psychiatry, 178: 216-21.
Davey Smit, G., Dorling, D., Gordon, D. et al. (1999). The widening health gap: what are the resolutions?, Critical Public Health, 9: 151-70.
Davidson, J.R.T. (2001) Pharmacotherapy of Generalized Anxiety Disorder, Journal of Clinical psychiatry, 62 (suppl. 11): 46-50.
Davidson, K. (2000) Cognitive Therapy for Personality Disorder, Oxford: Butterworth-Heinemann.
Davidson, P.R. and Parker, K.C.H. (2001) Eye movement desensization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69: 305-16.
Delffabbro, P.H. and Witnefifld, A.H. (1999) Pocker machine gambling: an analysis of within session chracteristics, British Journal of Psychology, 90: 425-32.
DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z. et al (1999) Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisions, American Journal of Psychiatry, 156: 1007-13.
Demyttenaere, K., van Ganse, E., Gregoirre, J. et al. (1998) Compliance in depressed patients treated with fluoxetine or amitriptyline. Belgian Compliance Study Group, International Clinical Psychopharmacology, 13: 11-17.
Desai, N. (1999) Switching from depot antipsychitics to respiridone: results of a study of chronic shizophrenics, Advances in Therapy, 16: 78-88.
Devanand, D.P., Dwork, A.J., Hutchinson, E.R. et al. (1994) Does ECT alter brain structure?, American Journal of Psychiatry, 151: 957-70.
Devilly, G.J. and Spence, S.H. (1999) The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amilioration of posttraumatic stress disorder, Journal of Anxiety Disorder, 13: 131-57.
Dhawan, S. and Marshall, W.L. (1996) Sexual abese histories of sexual offenders, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 8: 7-15.
Dickerson, M. and Baron, E. (2000) Contemporary issues and future directionsfor research into pathological gambling, Addiction, 95: 1145-59.
Dickerson, M.G., Baron, E., Hong, S-M. et al. (1996) Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: a national survey, Journal of Gambling Studies, 12: 161-78.
Dobkin, B.H. (1996) Neurologic Rehabilitation. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
Docter, R.F. and Prince, V. (1997) Transvetism: a survey of 1032 crossdressers, Archives of Sexual Behavior, 26: 589-605.
Dodge, K.A. and Frame, C.L. (1982) Social cognitive biases and deficits in aggressive boys, Child Development, 53: 620-35.
Dolan M. (1994) Psychopathy – a neurobiological perspective, British Journal of Psychiatry, 165: 151-9.
Dollard J. and Miller N.E. (1950) Personality and Psychotherapy. New York: McGraw-Hill.
Donohoe G., Owens N., O'Donnell, C. et al. (2001) Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with shizophrenia: a discriminal function analysis, European Psychiatry, 16: 293-8.
Drury, V., Birchwood, M. and Cochrane, R. (2000) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up, British Journal of Psychiatry, 177: 8-14.

Duncan,G.E., Sheitman, B.B. and Lieberman, J.A. (1999) An intergated view of pathological models of schizophrenia, Brain Research Reviews, 29: 250-64.
Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T. et al. (1994) Cognitive therapy , analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder, British Journal of Psychiatry, 16: 315-23.
Durkheim, E. ([1897] 1951) Suicide. New York: Free Press.
Dyer, C. (1997) High court detains girl with anorexia, British Journal of Psychiatry, 314: 845.
Eagles, J.M., Wileman, S.M., Cameron, I.M. et al. (1999) Seasonal affective disorder among primary care attenders and a community sample in Aberdeen, British Journal of Psychiatry, 175: 472-5.
Eaton,W.W., Kramer, M., Anthony, J.C. et al. (1989) The incidence of specific DIS/DSM-III mantal disorder: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area program, Acta Psychiatrica Scadinavica, 79: 163-78.
Eddy, J.M. and Chamberlain, P. (2000) Family management and deviant peer associations as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial hehavior, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68: 857-63.
Edward,G., Anderson, P., Bebor, T.F. et al. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.
Ehlers, A., Mayou, R.A. and Bryant, B. (1989). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehile accidents, Journal of Abnormal Psychology, 107: 508-19.
Ehrhardt, A. and Money, J. (1967) Progestin-induced hermaphroditism: IQ and psychosexual indetity in a study of ten girls, Journal of Sex Research, 3: 83-100.
Eisen,S.A., Lin, N., Lyon, M.J. et al. (1998-99) Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3,359 twin pairs, Addiction, 93: 1375-84.
Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T. et al. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments, Archives of General Psychiatry, 46: 971-82.
Elliot, M. (2000) Gender differences in the causes of depression, Women and Health, 33: 163-77.
Ellis, A. (1977) The basic clinical theory of rational-emotive therapy, in A. Ellis and R. Grieger (eds). Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer.
Emerson, E. (1998) Working with people with challenging hebaviour, in E. Emerson, C. Hatton, J. Bromley et al. (eds) Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities. Chichester: Wiley.
Emerson, E., Hatton, C., Felce, D. et al. (2001) Learning Disabilities: The Fundamental Facts. London: Mental Health Foundation.
Epstein, J., Wiseman, C.V., Sunday, S.R. et al. (2001) Neurocognitive evidence favors 'top down' over 'bottom up' mechanism in the pathogenesis of body size distortions in anorexia nervosa, Eating and Weight Disorder, 6: 140-7.
Erikson, E. (1980) Growth and Crisis of the Healthy Personality: Identity and the Life Cycle. New York: W.W. Norton.
Evans, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M. et al. (1992) Three-year outcomes for maintenance therapies in recurent depression, Archives of General Psychiatry, 47: 1093-9.
Fairburn, C.G. (1997). Eating disorder, in D.M. Clark and C.G. Fairburn (eds) Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy. Oxford: Oxford University Press.
Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C. et al (1993) Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer-term effect of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy, Archives of General Psychiatry, 50: 419-28.
Fairburn, C.G., Norman, P.A. and Welch, S.L. (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effect of three psychological treatment, Archives of General Psychiatry, 52: 304-12.

Faloon, I.R., Boyd, J.L., McGill, C.W. et al. (1982) Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study, New England Journal of Medicine, 306: 1437-40.
Farber, S. (1990) Institutional mental health and social control: the revages of epistemological hurbis, Journal of Mind and Behavior, 11: 285-300.
Farrell, J.M. and Shaw, I.A. (1994) Emotional awareness training: a prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder, Cognitive and Behavioral Practice, 1: 71-91.
Farrington, D.P. (2000) Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions, Behavioral Sciences and Law, 18: 605-22.
Farris, B. and Stancliffe, R.J. (2001) The co-worker training model: outcomes of an open employment pilot project, Journal of Intelectual and Developmental Disability, 26: 143-59.
Feil, N. (1990) Validation therapy helps staff reach confused patients, Nursing, 16: 33-4.
Feingold, B.F. (1979) The Feingold Coobook for Hyperactive Children. New York: random House.
Feinstein, A., Ron, M. and Thomson, A. (1993) A serial study of psychometric and magnetic resonance imagin changes in multiple sclerosis, Brain, 116: 569-602.
Feldman-Summers, S. and Pope, K.S. (1994) The experience of 'fogetting' childhood abuse: a national survey of psychologists, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62: 636-9.
Ferguson, C.P., La Via, M.C., Crossan, P.J. et al. (1999) Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa?, International Journal of Eating Disorder , 25: 7-11.
Fergusson, D.M. and Horwood, L.J. (1995) Predictive validity of caterigorically and dimensionally scores measures of disruptive childhood behaviors, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34: 477-85.
Ferrie, J.E., Martikainen, P., Shipley, M.J. et al. (2001) Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study, British Medical Journal, 322: 647.
Fielding, J.E. and Piserchia, P.V. (1989) Frequency of worksite health promotion activities, American Journal of Public Health, 79: 16-20.
Fink, D. and Golinkoff, M. (1990) Multiple personality disorder, borderline personality disorder, and schizophrenia: a comparative study of clinical features, Dissociation, 3: 127-34.
Finn, P.R., Earleywine, M. and Pihl R.O. (1992) Sensation seeking, stress reactivity, and alcohol dampening discriminate the density of a family history of alcolism, Alcoholism: Clinica and Experimental Research, 16: 585-90.
Foa, E.B., Steketee, G. and Rothbaum, B.O. (1989) Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder, Behavior Therapy, 20: 155-76.
Foa, E.B. Rothbaum,B.O., Riggs, D.S. et al. (1991) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive and behavioral procedures and counselling, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 715-23.
Forette, F. and Rockwood, K. (1999) Therapeutic intervention in dementia, in G.K. Wilcock, R.S. Bucks and K. Rockwood (eds) Diagnosis and Management of Dementia: A Manual for Memory Disorder Teams. Oxford: Oxford University Press.
Forsythe, A.J.M (1996). Placed and Patterns of drug used in the Scottish Dance Scene, Addiction, 91: 511-21.
Fox, J.W. (1990) Social class, mental illnes, and social mobility: the social selection-drift hypothesis for serious mantal illness, Journal of Health and Social Behavior, 31: 344-53.
Frank, J.D. (1961) Persuasion and Healing : A Comparative Study of Psychotherapy. Baltimore, CA: John Hopins University Press.
Fraser, G.A. (1992) Multiple personality Disorder, British Journal of Psychiatry, 161: 416-17.
Freeman, C. (1995) The ECT Handbook, London: Royal College of Psychitrists.

Freeman, C.P.L., Trimble, M.R. Deakin, J.F.W. et al. (1994) Fluvoxamine versus Clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder: a multicenter. Randomised, double-blind, parallel group comparison, Journal of Clinical Psychiatry, 55: 301-5.
Freud, S. (1900) The Interpretation of Dreams. New York: Wiley.
Freud, S. (1992) Introductory Lectures on Psychoanalysis. London: George Allen and Unwun.
Freud, S. ([1917] 1957) Mourning and melancholia, in J. Strachey (ed. And trans.) The Standard Edition of Comnpete Psychological Works, Vol. 14, Londin: Hogarth Press.
Freud, S. ([1920] 1990) Beyond the Pleasure Principle. New York: Norton.
Friedberg, J. (1977) Shock tretment, brain damage, and memory loss: a neurological perspective, American Journal of Psychiatry, 13: 1010-14.
Fromm-Reichman, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenia by psycho-analytic psychotherapy, Psychiatry, 11: 263-73.
Fukunishi, I.,Sasaki, K., Chisima, Y. et al. (1996) Emotional distrubances in trauma patients during the rehabilitation phase: studies of post-traumatic stress disorder and alexithymia, General Hospital Psychiatry, 18: 121-7.
Gaebel, W., Janner, M., Frommann, N. et al. (2002) First vs multiple episode schizophrenia: two-year outcome of ontermittent and maintenance medication strategies, schizophrenia Research, 53: 145-59.
Gagné, G.G. Furman, M.J., Carpenter, L.L. et al. (2000) Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long-term anti-depressants alone in depressed patients, American Journal of Psychiatry, 157: 1960-9.
Gallagher-Thomson, D. and Steffen, A,M. (1994) Comparative effect of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62: 543-9.
Garner, D.M. and Bemis, K.M. (1985) Cognitive therapy for anorexia nervosa, in D.M. Garner and P.E. Garfinkel (eds) Hanbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. New York: Guilford.
Geddes, J.R., Verdoux, H., Takei, N. et al. (1999) Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis, Schizophrenia Bulletin, 25: 413-23.
Geoffrey, C. (1991) A Prozac backlash, Newsweek, 1 April: 64.
Gibson, D.R., Flynn, N.M. and Perales, D. (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV rick behavior and HIV seroconversion among injecting drug users, AIDS, 15: 1329-41.
Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. et al. (2002) Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb, Behaviour Research and Therapy, 40: 345-57.
Gladue, B.A. (1985) Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation, Science, 230: 961.
Gleaves, D.H. (1996) The sociocognitive model of dissociative indentity disorder: a reexamination of the evidence, Psychological Bulletin, 120: 42-59.
Gleaves, D.H., May, M.C. and Cardena, E. (2001) Reductions in occipital cortex GABA levels in panic disorder detected with 1h-magnetic resonace spectroscope, Archives of General Psychiatry, 58: 556-61.
Goldman, A. and Carroll, J.L. (1990) Educational intervention as an adjunct to treatment of erectile dysfunction in older couples, Journal of Sexual and Marital Therapy, 16: 127-41.
Goldstein, F.C., McKendall, R.R. and Haut, M.W. (1992) Gist recall in multiple sclerosis, Archives of Neurology, 49: 1060-4.
Goldstein, I., Lue T.F., Padma-Nathan, H. et al. (1998) Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction: Sildenafil Study Group, New England Journal of Medicine, 338: 1397-404.
Goodman, R. and Stevenson, J. (1989) A twin study of hyperactivity – II: the etilogical role of genes, family relationship, and perinatal adversity, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30: 691-709.

Goodyear-Smith, F.A., Laidlaw, T.M. and Large, R.G. (1997) Memory recovery and represion: what is the evidence?, Health Care Analysis, 5: 99-111.
Gordon, C.T., State, R.C., Nelson, J.E. et al. (1993) A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder, Archives of General Psychiatry, 50: 441-7.
Gorski, T.T. (1989) Understanding the Twelve Steps. New York: Prentice Hall/Parkside.
Gould, R.A., Otto, M.W. and Pollack, M.N. (1995) A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder, Clinical Psychology Review, 15: 819-44.
Goyer, P., Andreason, P.J., Semple, W.E. et al. (1994) Positron-emision tomography and personlity disorder, Neuropsychopharmacology, 10: 21-8.
Gray, J.A. (1983) A theory of anxiety: the role of the limbic system, Encephale, 9 (suppl 2): 161B-6B.
Green, R. (1987) The 'Sissi Boy Syndrome' and the Development of Homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press.
Green,R. and Blanchard, R. (1995) Gender identity disorder, in H,I. Kaplan and B.J. Sadock (eds) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
Grenberg, D.M., Bradford, J. and Curry, S. (1993) A comparison of sexual victimmizations in childhoods of pedophiles and hebephiles, Journal of Forensic Scienes, 38: 432-6.
Gresham, F.M. and MacMillan, D.L. (1998) Early intervention project: can its claims be substantiaed and its effects replicated?, Journal of Autismand Developmental Disorder, 28: 5-13.
Grinspoon, L. and Bakalar, J.B. (1986) Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process, American Journal of Psychotherapy, 40: 393-404.
Gruber, K., Chutuape, M.A. and Stitzer, M.L. (2000) Reinforcement – based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation, Drug Alcohol Dependence, 57: 211-23.
Gupta, M.A. and Jonson, A.M. (2000) Nonweight-related body image concerns among female eating-disordered patients and nonclinical controls: some preliminary observations, International Journal of Eating Disorders, 27: 304-9.
Gurvits, I.G., Koenigsberg, H.W. and Siever, L.J. (2000) Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder, Psychiatric Clinics of Noth America, 23: 27-40.
Guscott, R. and Taylor, L. (1994) Lithium prophylaxis in recurent affective illness: efficacy, effectivness and efficiency, British Journal of Psychiatry, 164: 741-6.
Haaga, D.A. and Beck, A.T. (1995) Perspectives on depsessive realism: implications for cognitive theory of depression, Behaviour Research and Therapy, 33: 41-8.
Haddock, G., Slade P.D., Bentall, R.P. et al. (1998) A comparison of the longterm effectiveness of distreation and focusing in the treatment of auditory hallucinations, British Journal of Medical Psychology, 71: 339-49.
Haines, J.L. and Pericak-Vance, M.A. (1999) Genetics of multiple sclerosis, Current Directions in Autoimmunology, 1: 273-88.
Hall, G.C.N. (1995) Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63: 802-9.
Hanson, R.K. and Slater, S. (1988) Sexual victimization in the history of child sexual abusers: a review, Annals of Sex Research, 1: 485-99.
Hardy, G.E., Stiles, W.B., Barkham, M. et al. (1998) Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limite treatments for depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66:304-12.
Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C. et al. (1999) Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-indentified significant events in psychodinamic-interpersonal psychotherapy, Psychotherapy Research, 9: 36-53.
Hare, R.D. (1991) Te Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R.D., Clark, D., Grann, M. and Thorton D. (2000) Psychopathy and the predictive utility of the PCL-R: an international respective, Behavioural Sciences and the Law. 18: 623-45.
Harris, J.K., Godfrey, H.P., Partridge, F.M. et al. (2001) Caregiver depression following traumatic brain injury (TBI): a consequence of adverse effects on family members?, Brain Injury, 15: 223-38.
Haworth-Hoeppner, S. (2000) The critical shapes of body image: the role of culture and family in the production of eating disorder, Journal of Marriage and the Family, 62: 212-27.
Hawton, K. (1997) Attemped suicide, in D.M. Clark and C.G. Fairburn (eds) Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Oxford: Oxford University Press.
Hawton, K., Catalan, J. and Fagg, J. (1992) Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome and prognostic factor, Archives of Sexual Behavior, 21: 161-75.
Hawton, K., Catalan, J., Martin, et al. (1986) Long-term outcome of sex therapy, Behaviour Research and Therapy, 24: 665-75.
Heather, N. (1995) The great controlled drinking consensus: is it premature?, Addiction, 90: 1160-3.
Heiman, J.R. and LoPiccolo, J. (1988) Becoming orgasmic. London: Piatkus.
Hemmingsson, T., Lundberg, I., Romelsjo, A. et al. (1997) Alcoholism in social classes and occupations in Swenden, International Journal of Epidemiology, 26: 584-91.
Hendin, H. (1992) The psychodynamics of suicide, International Review of Psychiatry, 4: 157-67.
Henggeler, S.W., Melton, G.B. and Smith, L.A. (1992) Family preservation using multisystemic therapy: an effective to incarcerating serious juvenile offenders, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60: 953-61.
Henry, D.B., Tolan, P.H. and Gorman-Smith, D. (2001) Longitudinal family and peer group effects on violence and nonviolent delinquency, Journal of Clinical Child Psychology, 30: 172-86.
Hermann, B.P. and Chabria, S. (1980) Interical psycho-pathology in patients with ictal fear, Archives of Neurology, 37: 667-8.
Herz, M.I. and Melville, C. (1980) Relapse in schizophrenia, American Journal of Psychiatry, 137: 801-5.
Hettema, J.M., Neale, M.C. and Kendler, K.S. (2001a) A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders, American Journal of Psychiatry, 158: 1568-78.
Hettema, J.M., Prescott, C.A. and Kendler, K.S. (2001b) A population-based twin study of generalized anxiety disorder in men and women, Journal of Nervous and Mental Disorders, 189: 413-20.
Heumann, K.A. and Morey, L.C. (1990) Reliability of categorical and dimentional judgments of personality disorders, American Journal of Psychiatry, 147: 498-500.
Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (1997) The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among studients in 26 European Countries. Stockholm: Council of Europe Pompidou Group.
Hill, C.E., Nutt-Williams, E., Heaton, K.J. et al. (1996) Therapist retrospective recall of impasses in long term psychotherapy: a qualitative analysis, Journal of Counseling Psychology, 43: 207-17.
Hill, P. (1998) Attention deficit hyperactivity disorder, Archives of Diseases of childhood, 79: 381-5.
Hirschfeld, R.M.A. (1999) Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: comparison with TCAs, Journal of Clinical Psychiatry, 60: 326-35.
Hobfoll, S.E. (1989) Conservation of resources: a new attempt at conceptualisting stress, American Psychologist, 44: 513-24.
Holden, U.P. and Woods, R.T. (1995) Positive Approaches to Dementia Care. Edinburgh: Churchill Livingstone.
Holen-Hoeksema, S. (1990) Sex Difference in Depression. Stanford, CA: Stanford University Press.
Hollander, E., DeCaria, C.M., Finkell, J.N. et al. (2000) A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling, Biological Psychiatry, 47: 813-17.

Holmes, S. (2000) Treatment of male sexual dysfunction, Britsh Medical Bulletin, 56: 798-808.
Horowitz, M.J. (1986) Stress response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders, Hospital amnd Community Psychiatry, 37: 241-9.
Horowitz, M.J., Marmar, C.R. Weiss, D.S. et al. (1984) Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome, Archives of General Psychiatry, 41: 438-48.
Horvath, A.O. and Luborsky, L. (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 561-73.
Horvath, A.O. and Symonds, B.D. (1991) Relaton between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38: 139-49.
House, J.S., Kessler, R., Herzog, A.R. et al. (1991) Socia stratification, age, and health, in K.W. Sheie, D. Blazer and J.S. House (eds) Aging, Health Behaviours, and Health Outcomes. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M. et al. (1997) Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), Psychological Addiction and Behavior, 4: 1303-10.
Huber, S.J., Borstein, R.A., Rammohan, K.W. et al. (1992) Magnetic resonance imaging and correlates of neuropsychological impairtment in multiple sclerosis, Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 4: 152-8.
Hughes, J.C. and Cook, C. (1997) The efficacy of disulfram – a review of outcome studies, Addictions, 92: 383-96.
Hunter, E. (1997) Memory loss for childhood sexual abuse: distinguishing between encoding and retrieval factor, in D. Read and D.S. Lindsay (eds) Recollection of Trauma: Scientific Research and Clinical Practice. New York: Plenum.
Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H. et al. (2001) Therapists, trerapist variables and cognitive-behavioral therapy outcome in a multi-center trial for panic disorder, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69: 747-55.
Hyman, I.E., Husband, T.H. and Billings, F.J. (1995) False memories of childhood experiences, Applied Cognitive Psychology, 9: 181-97.
International Molecular Genetic Study of Autism Consortium (1998) A full genome screen for autism with evidence for linkage to a region on chromosome 7q, Human Molecular Genetics, 7: 571-8.
Intrator, J., Hare, R., Strizke, P. et al (1997) A brain imaging (single photon emission computerized tomography) study of semantic and affective processing in psychopaths, Biological Psychiatry, 42: 96- 103.
Ishihara, K. and Sasa, M. (1999) Mechanism underlying the therapeutic affects of electroconvulsive therapy (ECT) on depression, Japanese Journal of Pharmacology 80: 185-9.
Jacobson, N.S. and Hollon, S.D. (1996) Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64: 74-80.
Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A. et al. (2002) Dfferences in early childhood risk factors for juvenile-onset depression, Archives of General Psychiatry, 59: 215-22.
Janssen, P.L. (1985) Psychodynamic study of male potency disorder: an overview, Psychotherapy and Psychosomatics, 44: 6-17.
Jenike, M.A. (1998) Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder, British Medical Journal, 163 (suppl. 35): 75-90.
Jenike, M.A., Ballantine, H.T., Martuza, R.L. et al. (1991) Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: a long-term follow-up of 33 patients, Archives of General Psychiatry, 48: 548-55.
Jenkins, R.L., Lewis, G., Bebbington, P. et al. (1997) The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: initial findings from the household survey, Psychology and Medicine, 27: 775-89.

Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T.S. et al. (1998) British psychitric morbidity survey, British Journal of Psychiatry, 173: 4-7.
Jennett, B. (1996) Epidemiology of head injury, International Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 60: 362-9.
Jennett, B., Snoek, F.J. and Bond, M.R. (1981) Disability after severe head injury: observations on the use of Glasgow Outcome Scale, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 44:285-93.
Jick, S.S., Dean, A.D. and Jick, H. (21995) Antidepressants and suicide, British Medical Journal, 310: 215-18.
Jimerson, D.C., Herzog, D.B. and Brotman, A.W. (1993) Pharmacologic approaches in the treatment of eating disorder, Harvard Review of Psychiatry, 1: 82-93.
Johnston, M., Earll, L., Giles, M. et al. (1999) Mood as a predictor of disability and survival in patients newly diagnosed with ALS/MND, British Journal of Health Psychology, 4: 127-36.
Johnstone, L.(2000) Users and Abusers of Psychitry: A Critical Look at Psychiatric Practice. London: Routledge.
Jones, C., Cormac, I., Mota, J. et al. (2000) Cognitive behaviour therapy for Schizophrenia (Cochrane Review), in The Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software.
Jones, P. anf Cannon, M. (1998) The new epidemiology of schizophrenia, Psychiatric Clinics of North America, 21: 1-25.
Joseph, S., Dalgleish, T., Thrasher, S. et al. (1996) Crisis support following th Herald of Free-Enterprise disaster: a longitudinal perspective, Journal of Traumtic Stress, 9: 833-45.
Joseph, S., Williams, R. and Yule, W. (1995) Psychosocial perspectives on post-traumatic stress, Clinical Psychology Review, 15: 515-44.
Jung, C.G. ([1912] 1956) Symbol of Transformation. New York : Bollingen, no. 5. (Original edition published in 1912 as The Psycholy of the Unconscious.)
Kabat-Zin, J., Massion, A.O., Kristeller, J. et al. (1992) Effectiveness of a mediation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder, American Journal of Psychiatry, 149: 936-43.
Kamann, M.P. and Wong, B.Y. (1993) Inducing adaptive coping self-statements in children with learnig disabilities through self-instruction training, Journal of Learnig Disabilities, 26: 630-8.
Karno, M., Goling, J.M., Sorensen, S.B. et al. (1998) The epidemiology of OCD in five US communities, Archives of General Psychiatry, 45: 1094-9.
Katan, M. (1953) Mania and the pleasure principle, in P. Greenacre (ed.) Affective Disorders. New York: International University Press.
Kawachi, I. And Berkman, L.F. (2001) Social ties and mental health, Journal of Urban Health, 78: 458-67.
Kaye, W.H., Klump, K.L., Frank, G.K. et al. (2001a) Anorexia and bulimia nervosa, Annual Review of Medicine, 51: 299-313.
Kaye, W.H., Nagata, T., Weltzin, T.E. et al. (2001b) Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting - and restricting-purging-type anorexia nervosa, Biological Psychiatry, 49: 644-52.
Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M. et al. (1989) Implosive (flooding) therapy reduces the simptoms of PTSD in Vietnam combat veterans, Behavior Therapy, 20: 245-60.
Keesey, R.E. and Corbett, S.W. (1984) Metabolic defense of the body weight set-point, Research Publications - Association of Research in Nervous and Mental Disease, 62: 87-96.
Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. and Hoogduin, C.A.L. (2000) The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive behavioral therapy: a review of empirical studies, Behavior Modification, 24: 264-97.
Keller, M.B., Klerman, G.L., Lavori, P.W. et al. (1984) Long term outcome of episodes of major depression: clinical and public health significance, Journal of the American Medical Association, 252: 788-92.

Kelly, K.A. (1993) Multiple personality disorders: treatment coordination in a partial hospital setting, Bulletin of the Menninger Clinic, 57: 390-8.
Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M. et al. (1991) The genetic epidemiology of bulimia nervosa, American Journal of Psychiatry, 148: 1627-37.
Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C. et al. (1993) Panic disorder in women: a population-based twin study, Psychological Medicine, 40: 397-406.
Kernberg, O.F. (1985) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Northvale, NJ: Jason Aronson.
Kerns, A., Eso K., Thomson, J. et al. (1999) Investigation of a direct intervention for improving attention in young children with ADHD, Developmetal Neuropsychology, 16: 273-95.
Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey, Archives of General Psychiatry, 52: 1048-60.
Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H. et al. (1975) Metal illness in the biological and adoptive families of adopted individual who become schizophrenic: a preliminary report based on psychiatric interviews, in R.R. Fieve D. Rosenthal and H. Brill (eds) Genetic Research in Psychiatry. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
Kiehl, K.A., Smith, A.M., Hare, R.D. et al. (2001) Limbic abnormalities in affective psocessing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging, Biological Psychiatry, 50: 677-84.
Klein, M. (1927) The psychological principles of infant analysis, International Journal of Psychoanalysis, 8: 25-37.
Kluft, R.P. (1994) Multiple personality disorder: observations on the etiology, natural history, recognition, and resolution of a long-neglected condition, in R. Klein and B.K. Doane (eds) Psychological Concepts and Dissociative Disorders. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Kluf, R.P. (1999) An overview of the psychotherapy of dissocitive indentity disorder, American Journal of Psychotherapy, 53: 289-319.
Klump, K.L., Miller, K.B., Keel, P.K. et al. (2001) Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample, Psychological Medicine, 31: 737-40.
Knight, B.G., Lutzsky, S.M. and Macofsky-Urban, F. (1992) A meta-analytic review of interventions for care-giver distress: recommendations for future research, Gerontologist, 33: 475-8.
Knivsberg, A.M., Reichelt, K.L., Hoien, T. et al. (1998) Parents' observations afterone year of dietary intervention for children with autistic syndromes, Psychobiology of Autism: Current Research and Practice, 13-24.
Koegel, R.L., O'Dell, M.C. and Dunlap, G. (1988) Producing speech use in nonverbal autistic children by reiforcing attempts, Journal of Autism and Developmental Disorders, 18: 525-38.
Koegel, R.L., Koegel, L.K. and McNerney, E.K. (2001) Pivotal areas in intervention for autism, Journal of Clinical Child Psychology, 30: 19-32.
Korten, A.E., Jorm, A.F., Henderson, A.S. et al. (19930 Assessing the risk of Alzheimer's disease in firt-degree relatives of Alzheimer's disease cases, Psychological Medicine, 23: 915-23.
Kovach, C. (1990) Promise and problems in reminiscence research, Journal of Gerontological Nursing, 16: 10-14.
Kownacki, R.J. and Shadish W.R. (1999) Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments, Substance Use and Misuse, 34: 1897-1916.
Kraepelin, E. ([1883] 1981) Clinical Psychiatry (trans. A,R. Diefendorf). Delmar, NY: Scholar's Facsimiles and Reprints.
Kringlen, E. (1993) Genes and environment in mental illness: perspectives and ideas for future research, Acta Psychiatrica Scandinavica, 370: 79-84.
Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J,A. et al. (1990) Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel.

Laakso, M.P., Vaurio, O., Koivisto, E. et al. (2001) Psychopathy and the posterior hippocampus, Behaviour Brain Research, 118: 187-93.
Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F. et al. (1999) Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later, Canadian Journal of Psychiatry, 44: 802-4.
Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. et al. (2001) Cognitive treatment of pathological gambling, Journal of Nervous and Mental Diseases, 189: 774-80.
Larcombe, N.A. and Wilson, P.H. (1984) An evaluation of cognitive behaviour therapy for depression in patients with multiple sclerosis, British Journal of Psychiatry, 145: 366-71.
Laumann, E.O., Paik, A. and Rosen, R. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, Journal of the American Medical Association, 21: 537-44.
Lawford, B.R., Young, R., Rowell, J.A. et al. (1997) D2 dopamine receptor A1 allele with alcoholism: medical severity of alcoholism and type of controls, Biological Psychiatry, 41: 386-93.
Laws, D.R. and Marshall, W.L. (1991)Masturbatory reconditioning with sexual deviates: and evaluative review, Advances in Behavior Research and Therapy, 13: 13-25.
Lechtenberg, R. (1988) Multiple Sclerosis Fact Book: Philadelphia, PA: F.A. Davis.
Leff, J. and Vaughn, C. (1985) Expressed Emotions in Families: Its Significane For Mental Illness. New York: Guilford.
Lenox, R.H., McNamara, R.F., Papke, R.L. et al. (1998) Neurobiology of lithium: an update, Journal of Clinical Psychiatry, 59 (suppl. 6): 37-47.
Leskin, G.A., Kaloupek, D.G. and Keane, T.M. (1998) Treatment for traumatic memories: review and recommendations, Clinical Psychology Review, 18: 983-1002.
Levin, H.S. (1993) Neurobehavioral sequelae of closed head injury, in P.R. Cooper (ed.) Head Injury, Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
Lewinsohn, P.M. (1988) A prospective study of risk factors for unipolar depression, Journal of Abnormal Psychology, 97: 251-84.
Lewinsohn, P.M., Yongren, M.A. and Grosscup, S.J. (1979) Reinforcement and depression, in A. Depue (ed.) The Psychobiology of the Depressive Disorders. New York: Academic Press.
Lewy, A.J., Bauer, V.K. and Cutler, N.L. (1998) Morning vs evening light treatment of patients with winter depression,. Archives of General Psychiatry, 55: 890-6.
Ley P. (1997) Compliance among patients, in A. Baum, S. Newman, J. Weinman et al. (eds) Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
Liau A.K., Barriga A.Q. and Gibbs J.C. (1998) Relations between self-serving cognitive distortions and overt vs. covert antisocial behavior in adolescents, Aggressive Behavior, 24: 335-46.
Liddle P., Carpenter W.T. and Crow T. (1994) Syndromes of schizophrenia: classic literature, British Journal of Psychiatry, 165: 721-7.
Lieberman, J.A., Kinon, B.J. and Loebel, A.D. (1990) Dopaminergic mechanisms in idiopathic and drug-induced psychoses, Schizophrenia Bulletin, 16: 97-109.
Linde, K. and Mulrow, C.D. (2002) St John's wort for depression, Cochrane Database of Systemic Reviews, issue 1.
Linehan, M.M., Heard, H.L. and Amstrong, H.E. (1993) Naturalistic follow-up of behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, Archives of General Psychiatry, 50: 971-4.
Lingjaerde, O., Ahlfors, U.G., Bech, P. et al. (1987) The UKU side effect rating scale: a new comprehensive rating scale for psychtropic drugs and a cross-sectional study os side effects in neuroleptic-treated patients, Acta Psychiatrica Scandinavica, 334: 1-100.
Lipinski, K.F., Mallya, G., Zimmerman, P. et al. (1989) Fluoxetine-induced akathisia: clinical and theoretical implications, Journal of Clinical Psychiatry, 59: 339-42.
Lipton, A.A. and Somon, F.S. (1985) Psychiatric diagnosis in a state hospital: Manhattan state revisited, Hospital and Community Psychiatry, 36: 368-73.

Lisanby, S.H., Maddox, J.H., Prudic, J. et al. (2000) The effects of Electoconvulsive Therapy on memory of autobiographical and public events, Archives of General Psychiatry, 57: 581-90.
Lloyd, G.G. and Lishman, W.A. (1975) Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences, Psychological Medicine, 5: 173-80.
Loebel, J.P., Loebel, J.S., Dager, S.R. et al. (1991) Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among the elderly, Journal of the American Geriatric Socity, 39: 407-8.
Loewe, B., Zipfel, S., Buchholz, C. et al. (2001) Long-term of anorexia nervosa in prospective 21-year follow-up study. Psychological Medicine, 31: 881-90.
Loftus, E.F. and Coan, D. (1998) The construction of chilhood memories, in D. Peters (ed.) The child Witness in Contex: Cognitive, Social, and Legal Perspectives. New York: Kluwer.
Loftus, E.F. and Ketcham, K. (1994) The Myth of Repressed Memory. New York: St Martin's Press.
Longabaugh, R. and Morgenstern, J. (2000) Cognitive-behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions, Alcohol Research and Health, 23: 78-87.
Lopez, V.A. and Emmer, E.T. (2002) Influences of beliefs values on male adolescents' decision to commit violent offenses, Psychology of Men and Masculinity, 3: 28-40.
Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A. et al. (1994) The International Personality Disorder Examination: the World Health Organisation/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international study of personality disorders, Archives of General Psychiatry, 51: 215-23.
Lovaas, O.I. (1987) Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55: 3-9.
Lundberg, U., de Chateau, P., Weinberg, J. et al. (1981) Catecholamine and cortisol excretion patterns in three year old children and their parents, Journal of Human Stress, 7: 3-11.
Lyon, H.M., Strartup, M. and Bentall, R.P. (1999) Social cognition and the manic defense: atrributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder, Journal of Abnormal Psychology, 108: 273-82.
Lyon-Caen, O., Jouvent, R., Hauser, S. et al. (1986) Cognitive function in recent-onset demyelinating diseases, Archives of Neurology, 43: 1138-41.
McBride, P.A., Anderson, G.M. and Shapiro, T. (1996) Autism research: bringing together approaches to pull apart the disorder, Archives of General Psychiatry, 53: 980-3.
McCall, W.V. (2001) Electroconvulsive therapy in the era of modern psychopharmacology, International Journal of Neuropsychopharmacology, 4: 315-24.
McClure, G.M. (2000) Changes in suicide in England and Wales, 1960- 1977, British Journal of Psychiatry, 176: 64-7.
McConaghy, N., Amstrong, M.S., Blaszczyncki, A. et al. (1983) Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling, British Journal of Psychiatry, 142: 366-72.
McConaghy, N., Blaszczyncki, A. and Frankova, A. (1991) Comparison of imaginal desensitization with other behavioral treatments of pathological gamling: a two to nine year follow-up, British Journal of Psychiatry, 159: 390-3.
McDougle, C.J., Naylor, S.T., Volkmar, F.R. et al. (1994) A double-blind, placebo-controlled investigation of fluvoxamine in adults with autism, Society for Neuroscience Abstracts, 20: 396.
McDowell, I. (2001) Alzheimer's disease: insights from epidemiology, Aging, 13: 143-62.
McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S. et al. (1996) A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression, Archives of General Psychiatry, 53: 129-36.
McKenzie, S.J., Williamson, D.A. and Cubic, b.a. (1993) Stable and reactive body image disturbances in bulimia nervosa, Behavior Therapy, 24: 195-207.
McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordason, D.S. et al. (2001) Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69: 205-14.

McMahon, A. and Rhudick, P. (1964) Reminiscing, Archives of General Psychiatry, 10: 292-8.
Maden, P.A.F., Heath, A.C., Rosenthal, N.E. et al. (1996) Seasonal changes in mood and behavior: the role of genetic factors, Archives of General Psychiatry, 53: 47-55.
Maes, S., Verhoeven, C., Kittel, F. et al. (1998) Effects of the Brabantia-project, a Dutch wellness-health programme at the worksite, American Journal of Public Halth, 88: 1037-41.
Mahmood, T. and Silverstone, T. (2001) Serotonin and bipolar disorder, Journal of Affective Disorders, 66: 1-11.
Malizia, A.L. (2000) Neurosurgery for psychitric disorders, in M.G. Gelder, J.J. Lopez-Ibor Jr and N.C. Andreasen, (eds) New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
Malizia, A.L. and Bridges, P.K. (1991) The management of treatment resistant affective disorders: clinical perspectives, Journal of Psychopharmacology, 6: 145-55 and 172-5.
Mannuzza, S. and Klein, R.G. (2000) Long-term prognosis in attention-dificit/hyperactivity disorder, Child and Adolescent Psychitric Clinics of North America, 9: 711-26.
Marks, I., Gelder, M. and Bancroft, J. (1970) Sexual deviants after two years after electric shock aversion, British Journal of Psychiatry, 117: 173-85.
Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H. et al. (1996) Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognition restructing, Archives of General Psychiatry, 55: 317-25.
Marmar, C.R. (1991) Brief dynamic psychotherapy for post-traumatic stress disorder, Psychitric Annals, 21: 405-14.
Marmat, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S. et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study, Lancet, 337: 1378-93.
Marques, J.K., Nelson, C., Alaacon, J-M and Day, D.M. (2000) Preventing relapse in sex offenders: what we learned from SOTEP's experimental treatment program, in D.R. Laws S.M. Hudson and T. Ward (eds) Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders. A Sourcebook. Thousand Oaks, CA: sage.
Marshall, W.L. (1994) Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders, Behaviour Research and Therapy, 32: 559-64.
Maslow, A.H. (1970) Motivation and Personality, New York: Harper & Row.
Masters, W.H.and Johnson, V.E. (1970) Human sexual Inadequacy. Boston, MA: Little, Brown.
Matano, R.A., Futa, K.T., Wanat, S.F. et al. (2000) The Employee Stress and Alcohol Project: the development of a computer-based alcohol abuse prevention program for employee, Journal of Behavioral Helth Service Research, 27: 152-65.
Meichenbaum, D. (1985) Stress Inoculation Training. New York: Pergamon.
Meltzer, H.Y. (1998) Suide schizophrenia: risk factors and clozapine treatment, Archives of General Psychiatry, 52: 200-2.
Merskey, H. (1992) The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder, British Journal of Psychiatry, 160: 327-40.
Meyer, R.E. (1995) Biology of psychoactive substance dependence disorders: opiates, cocaine, ethanol, in A.F. Schatzberg and C.B. Nemeroff (eds) The American Psychiatric Press Handbook of Psychopharmacology. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Meyer-Bahlung, H. (1979) Sex hormones and female homosexuality: a critical examination, Archives of Sexual behavior, 8: 101-19.
Miles, C., Green, R., Sanders, G. et al. (1998) Estrogen and memory in a transexual population, Hormones and Behavior, 34: 199-208.
Miller, W.R. and Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing, 2nd edn. New York: Guilford.
Minden, S.L. and Schiffer, R.B. (1990) Affective disorders in multiple sclerosis: review and recommendations for clinical research, Archives of Neurology, 47: 98-104.
Minuchin, S., Rosman, B. and Baker, L. (1978) Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Contex. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Miranda, J. and Gross, J.J. (1997) Cognitive vulnerability depression, and the mood-state dependent hypothesis: is it out of sight out of mind? Cognition and Emotion, 11: 585-605.

Modestin, J. (1992) Multiple personality disorder in Switzerland, American Journal of Psychiatry, 149: 88-92.
Mohr, D.C. and Goodkin, D.E. (1999) Treatment of depression in multiple sclerosis: review and meta-analysis, Clinical Psychology: Science and Practice, 6: 1-9.
Mohr, D.C., Goodkin, D.E., Bacchetti, P.et al. (2002a) Psychological stress and the subsequent appearance of new brain MRI lesions in MS, Neurology, 55: 55-61.
Mohr, D.C., Likosky, W., Bertagnolli, A. et al. (2002b) Telephone-administered cognitive - behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68: 356-61.
Montgomery, S.A., Dufour, H., Brion, S. et al. (1993) Guidelines for treatment of depressive illness with antidepressants, Journal of Psychopharmacology, 7: 19-23.
Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P. et al. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67: 989-94.
Moos, R.H., Cronkite, R.C., and Moos, B.S. (1998) Family and extrafamily resources and the 10-year course of treated depression, Journal of Abnormal Psychology, 107: 450-60.
Morton, J., Andrews, B., Bekerian, D. et al. (1995) Recovered Memories. Leicester: British Psychological Society.
Mowrer, O.H. (1947) On the dual nature of learning: a reinterpretation of “conditioning” and “problem-solving”, Harvard Education Review, 17: 102-48.
Murphy, K. and Barkley, R.A. (1996) Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments, Comprehensive Psychiatry, 37: 393-401.
Murphy, P.M., Cramer, D. and Lillie, F.J. (1984) The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: an exploratory study, British Journal of Medical Psychology, 57: 187-92.
Murrey, J.B. (2000) Psychological profiles and child molesters, Journal of Psychology, 134: 211-24.
Myers, E.D. and Branthwaite, A. (1992) Out-patient compliance with antidepressant medication, British Journal of Psychiatry, 160: 83-6.
Najavitis, L.M., Gasfriend, D.R., Barber, J.P. et al. (1998) Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse collaboration cocaine treatment study, American Journal of Psychiatry, 155:214-19.
National Institutes of Health (1985) Electroconvulsive therapy, NIH Consensus Statement Online, 5: 1-23.
Nazroo, J.Y. (1998) Genetic, Cultural or Socio-economic Vulnerability? Explaning Ethnic Inequalities in Health. Oxford: Blackwell.
Neisser, U. and Harsch, N. (1992) Phantom flashbulbs: false recollections of hearing the news about Challenger, in E. Winograd and U. Neiser (eds) Affect and Accuracy in recall: Studies in Flashbulb Memories. Cambridge: Cambridge University Press.
Neumeister, A., Praschak-Rieder, N., Hesselmann, B. et al. (1997) Rapid trytophan depletion in drug-free depressed patients with seasional affective disorder, American Journal of Psychiatry, 154: 1153-5.
Newcomb, M.D. (1985) The role perceived relative parent personality in the development of heterosexuals, and transvestites, Archives of Sexual behavior, 14: 147-64.
NIH Consensus Development Panel (1991) Rehabilitation of persons with traumatic brain injury, Journal of the American Medical Association, 182: 974-83.
NIH Consensus Development Panel on Effective Treatment of Opiate Addiction (1998) Effective madical treatment of opiate addiction, Journal of the American Medical Association
NIH Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury (1999) Rehabilitation of persons with traumatic brain injury, Journal of the American Medical Association, 282: 974-83.

Nutt, D.J. and Law, F.D. (2000) Pharmacological and psychological aspects of drugs abuse, in M.G. Gelder, J.J. Lopez-Ibor Jr and N.C. Andreasen (eds) New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.

O'Connor, T.G., Deater-Deckard, K., Fulker, D. et al. (1998) Genotype-enviroment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting, *Developmental Psychology*, 34: 970-81.

O'Farrell, T.J. and Falt-Stewart W. (2000) Behavioral couple therapy for alcoholism and drug abuse, Journal of Drug Abuse Treatment, 18: 51-4.

Oie, T. and Shuttlewood, G.J. (1995) Comparison of specific and non-specific factors in a group cognitive therapy for depression, Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 28: 221-31.

Oke, S. and Kanigsberg, E. (1991) Occupational therapy in the treatment of inhdividuals with multiple personality disorder, Canadian Journal of Occupational Therapy, 58: 234-40.

Oldenburg, B. and Harris, D. (1996) The workplace as setting for promoting health and preventing disease, Homeostasis in Health and Disease, 37: 226-32.

O'Malley, S.S., Foley, S.H., Rounsaville, B.J. et al. (1998) Therapist competance and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56: 496-501.

Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R.L. et al. (1985) Adverse sexual experience in childhood and clinical rating disorders: a preliminary description, Journal of Psychiatric Research, 19: 357-61.

Orlinxky, D.E. and Howard, K.I. (1986) Process and outcome in psychotherapy and Behavior Change, 4th edn. New York: Wiley.

Ovesey, L. and Person, E. (1973) Gender indentity and sexual pathology in men: a psychodynamic analysis of heterosexuality, transsexuallism, and transvestism, Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 1: 53-72.

Owen, M., Liddell, M. and McGuffin, P. (1994) Alzheimer's disease, British Medical Journal, 308: 672-3.

Palumbo, R., Fontanillas, L., Salmaggi, A. et al. (1998) Streful life events and multiple sclerosis: a retrospective study, Italian Journal of Neurological Sciences, 19: 259-60.

Paris, J. (1991) Rersonality disorders, parasuicide, and culture, Transcultural Psychiatric Research, 28: 25-39.

Paris, J. (1996) Antisocial personality disorder: a biopsychocial model, Canadian Journal of Psychiatry, 41: 75-80.

Paris, J. and Zweig-Frank, H. (2001) A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder, Comprehensive Psychiatry, 42: 482-7.

Park, N.W., Proulx, G.B. and Towers, W.M. (1999) Evaluation of the Attention Process Training programme, Neuropsychological Rehabilitation, 9: 135-54.

Parker, G. (1981) Parental representations of patients with anxiety neurosis, Acta Psychiatrica Scandinavica, 63: 33-6.

Parker, G. and Lawton, D. (1990) Futher Analysis of the 1985 General Housohold Survey Data on Informal Care. Report 1: A Typology of Caring, Working Paper DHSS 716, 12.90. York: Social Policy Research Unit, University of York.

Partonen, T. and Lonnqvist, J. (1998) Seasonal affective disorder, Lancet, 532: 1369-74.

Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar J. et al. (1988) Return of symtoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder, American Journal of Psychiatry, 145: 1521-5.

Pavlov, I.P. ([1927] 1960) Conditioned Reflexes (ed. And trans. G.V. Anrep.). New York: Dover.

Paykel, E.S. (1994) Life events, social support and depression, Acta Psychiatrica Scandinavica, 377: 50-8.

Peele, S. (1992) Alcoholism, politics, and bureaucracy: the consensus against controlled-drinking therapy in America, Addictive Behaviors, 17: 49-62.

Pelham, W.E., Carlson, C., Sams, S.E. et al. (1993) Separare and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit/hyperactivity in the classroom, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 506-15.
Peralta, V. and Cuesta, M.J. (1992) Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology, Acta Psychiatrica Scandinavica, 85: 127-30.
Perreira, K.M. and Sloan, F. (2001) Life events and alcohol consumption among mature adults: a longitudinal analysis, Journal of Studies on Alcohol, 62: 501-8.
Pharoah, F.M., Mari, J.J. and Streiner, D. (2000) Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review), in The Cochrane Library, issue 4. Oxford: Update Software.
Piaget, J. (1954) The Child's Construction of Reality. London: Routledge & Kegan Paul.
Pike, K.M. (1998) Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery, Clinical Psychology Review, 18: 447-75.
Pike, M.J. and Rodin, J. (1991) Mothers, daughters, and disordered eating, Journal of Abnormal Psychology, 100: 198-204.
Pinkston E.M., Links N.L. and Young R.N. (1998) Home-based behavioral family therapy treatment of the impaired elderly, Behavior Therapy, 19: 331-44.
Piper, W.E., Azim, H.F.A., Joyce, A.S. et al. (1991) Quality of object relations vs interpersonal functioning as a predictor of the therapeutic alliance and psychotherapy outcome, Journal of Nervous and Mental Disease, 179: 432-8.
Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M. et al. (1993) Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 586-95.
Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S. et al. (199a) Follow-up findings for interpretive and supportive forms of therapy and patient personality variables, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67: 267-73.
Piper, W.E., Ogrodniczuk ,J.S., Joyce, A.S. (1999b) Prediction of dpopping out in time-limited,interpretive individual psychotherapy, Psychotherapy, 36: 114-22.
Piper, W.E., McCallum, M., Joyce ,A.S. (2001) Patient personality and time: limited outcome in short-term individual psychotherapy, International Journal of Group Psychotherapy, 51: 525-52.
Pithers, W.D. (1990) Relapse prevention with sexual aggressors: a method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision, in W.L. Marshall D.R. Laws and H.E. Barbaree (eds) Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender. New York: Plenum.
Pols, R. and Hawks, D. (1991) Is there a Safe Level of Daily Consumption of Alcohol for Men and Women? Canberra: Australian Government Publishing Service.
Potenza, M.N. (2001) The neurobiology of pathological gambling, Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 6: 217-26.
Powell, G.E. and Lindsay, S.J.E. (1994) The handbook of Clinical Adult Psychology. London: Routledge.
Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V. et al. (1990) A controlled study of cognitive behavior therapy, diazepam, and placebo in the management of generalised anxiety, Behavioral Psychotherapy, 17: 10-14.
Prescott, C.A. and Kendler, K.S. (1999) Genetic and enviromental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins, American Journal of Psychiatry, 156: 34-40.
Price, V.A. (1982) Type A Behavior Pattern: A Model for Research and Pracrice. New York: Academic Press.
Productivity Commission (1999) Australia's Gambling Industries: Inquiry Report. Melbourne: Productivity Commission.

Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heretogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22: 1300-11.
Quinsey, V.I., Harris, G.T. and Rice, M.E. (1995) Actuarial prediction of sexual recidivism, Journal of Interpersonal Violence, 10: 85-105.
Rachman, S.J. and de Silva, P. (1978) Abnormal and normal obsessions, Behaviour Research and Therapy, 16: 233-8.
Raine, A., Reynolds, C. and Venables, P.H. (1998) Fearlessness, stimulation seeking, and large body size at 3 years as early predispositions to childhood aggression at age 11 years, Archives of General Psychiatry, 55: 745-51.
Raine, A., Lencz, T., Birhle, S. et al. (2000) Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder, Archives of General Psychiatry, 57: 119-27.
Ralph, D. and McNocolas, T. (2000) UK management guidelines for erectile dysfunction, British Medical Journal, 321: 499-503.
Rampello, L., Nicoletti, F. (2000) Dopamine and depression: therapeutic implications, CNS Drugs, 13: 35-45.
Rapee, R., Mattick, R. and Murrell, E. (1986) Cognitive mediation of anxiety and panic: a cognitive account, Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 17: 245-53.
Raskin, M., Peeke, H.Y., Dickman, W. et al. (1982) Panic and generalized anxiety disorders. Developmental antecedents and precipitants, Archives of General Psychiatry, 39: 687-9.
Reed, G.F. (1985) Obsessional Experience and Compulsive Behaviour. London: Academic Press.
Reeve, W. and Ivison, D. (1985) Use of enviromental manipulation and classroom and modofield informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients, Age and Ageing, 14: 119-21.
Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E. et al. (1998) Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders, British Journal of Psychiatry, 173 (suppl. 34): 24-6.
Reichelt, K.L., Knivsberg, A.M., Lind, G. et al. (1991) Probable etiology and possible treatment of childhood autism, Brain Dysfunction, 4: 308-19.
Reid, W.H. and Gacono, C. (2000) Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes, Behavioral Science and Law, 18: 647-62.
Reimers, T.M., Wacker, D.P., Cooper, L.J. et al. (1992) Clinical evaluation of the variables associated with treatment acceptability and their relation to compliance, Behavioral Disorders, 18: 67-76.
Reimherr, F.W., Wender, P.H., Wood, D.R. et al. (1987) An open trial of 1-tyrosine in the treatment of attetion deficit disorder, residual type, American Journal of Psychiatry, 144: 1071-3.
Reskers, G.A. and Lovaas, O.I. (1974) Behavioral treatment of deviant sex role behaviours in a male child, Journal of Applied Behavioral Analysis, 7: 173-90.
Remafedi, G., French, S., Story, M. et al. (1998) The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study, American Journal of Public Health, 88: 57-60.
Revill, S. and Blunden, R. (1977) Home Training of Pre-school Children with Developmental Delay: Report of the Development and Evaluation of the Portage Service in South Glamorgan. Cardiff: Mental Handicap in Wales Applied Research Unit.
Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.M. et al. (2000) Family enviroment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders, Australia and New Zealand Journal of Psychiatry, 34: 453-7.
Rice, M.E., Quinsey, V.L. and Harris, G.T. (1991) Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 381-6.

Rice, M.E., Harris, G.T. and Cormier, C.A. (1992) An evaluation of a maximum security therapeutic community fo psychopaths and other metally disordered offenders, Law and Human Behavior, 16: 399-412.
Rieker, P.P. and Bird, C,E. (2000) Sociological explanations of gender differences in mental and physical health, in C.E. Bird, P. Conrad and A.M. Fremont (eds) Handbook of Medical Sociology. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Ritsher, J.E.B., Warner, V., Johnson, J.G. et al. (2001) Inter-generation longitudinal study of social class and depression: a test of socialcausation and social selection models, British Journal of Psychiatry, 178 (suppl. 40): s84-s90.
Roberts, J.S. (2000) Schizophrenia epigenesis?, Theoretical Medicine and Bioethics, 21: 191-215.
Robin,A.L., Siegel, P.T. and Moye, A. (1995) Family therapy versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict, International Journal of Eating Disorders: 17: 313-22.
Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. et al. (1981) National Institute of Metal Health Diagnostic Interview Schedule. Its histiry, characteristics and validity. Archives of General Psychiatry, 38: 381-9.
Roca, W., Cha, R. and Waring, S. (1998) Incidence of Dementia and Alzheimer's Disease: a reanalysis of data from Rochester, Minnesota, 1975-1984, American Journal of Epidemiology, 48: 51-2.
Rocca, P., Fronzo, V., Scotta, M. et al. (1997) Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder, Acta Psychiatrica Scandinavica, 95: 444-50.
Roeleveld, N., Zielhuis, G.A. and Gabreels, F. (1997) the prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature, Developmental Medicine and Child Neurology, 39: 125-32.
Rogers, C.R. (1961) On Becoming a Person. Boston MA: Hougton Mifflin.
Rogers, S.L., Farlow M.R., Doody R.S.et al. (1998) A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer' s disease, Neurology, 50: 136- 45.
Roggla, H. and Uhl, A. (1995) Depression and relapses in treated alcoholic alcoholics, Iternational Journal of Addictions, 30: 337-49.
Romme, M.A. and Escher, A.D. (1989) Hearing voices, Schizophrenia Bulletin, 15: 209-16.
Roodney, B., McClelland, L., Crisp, A.H. et al. (1995) The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in south west London, U.K., International Journal of Eating Disorders, 18: 299-307.
Rose, S., Lewontin, R.C. and Kamin, L.J. (1984) Not in our Genes: Biology, Ideology, and Human Nature. New York: Penguin.
Rose, S., Bisson, J. and Wessely, W. (2002) Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD), Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 1.
Rosen, R.C. (2001) Psychogenic erectile dysfunction: classification and management, Urologic Clinics of North America, 28: 269-78.
Rosenhan, D.L. (1973) On being sane in insane places, Science, 179: 250-8.
Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C. et al. (1984) Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy, Archives of General Psychiatry, 41: 72-80.
Ross, C.A. and Norton, R. (1989) Effects of hypnosis on the features of multiple personality disorder, American Journal of Clinical Hypnosis, 32: 99-106.
Ross, C.A., Norton, R. and Wozney, K. (1989) Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases, Canadian Journal of Psychiatry, 34: 97-101.
Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P. et al. (1991) Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centres, American Journal of Psychiatry, 147: 596-600.
Rossel, R. (1998) Multiplicity: the challenges of finding place in experience, Journal of Constructivist Psychology, 11: 221-40.
Roth, A., Fonagy, P., Kadzin, A.E. et al. (1998) What Works for Whom? New York: Guilford.
Rothschild, A. J. and Locke, C.A. (1991) Reexposure to fluoxetine after serious suicide attempts by three patients: the role akathisia, Journal of Clinical Psychiatry, 12: 491-3.

Royal College of Psychiatrists (RCP) (1986) Alcohol: Our Favourite Drug. London: RCP.
Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D. et al. (1984) Psychosocial influences on mortality after myocardial infraction, New England Journal of Medicine, 311: 552-9.
Rubinstein, S. and Caballero, B. (2000) Is Miss America an undernourished role model?, Journal of the American Medical Association, 283: 1569.
Rudd, M.D. (2000) The suicidal made: a cognitive-behavioral madel of suicidality, Suicide and Life Threatening Behavior, 30: 18-33.
Rush, A.J., Weissenburgerr, J. and Eaves, G. (1986) Do thinking patterns predict depressive symtoms, Cognitive Therapy and Research, 10: 225-35.
Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C. et al. (1987) An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa, Archives of General Psychiatry, 44: 1047-56.
Russon, L. and Alison, D. (1998) Palliative care does not mean giving up, British Medical Journal, 317: 195-7.
Sadnovick, A.D., Eisen, K., Paty, D.W. et al. (1991) Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics, Neurology, 41: 1193-6.
Salekin, R.T. (2002) Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? Clinical Psychology Review, 22: 79-112.
Salkovskis, P. and Kirk, J. (1997) Obsessive-compulsive disorder, in D.M. Clark and C.G. Fairburn (eds) Scince and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Oxford: Oxford University Press.
Salkovskis, P.M., Atha, C. and Storer, D. (1990) Cognitive-behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial, British Journal of Psychiatry, 157: 871-6.
Sarti, P. and Cournos, F. (1990) Medication and psychotherapy in the treatment of chronic schizophrenia, Psychiatric Clinics of North America, 13: 215-28.
Satel, S.L. and Edell, W.S. (1991) Cocaine-induced paranoia and psychosis proneness, American Journal of Psychiatry, 141: 1708-11.
Satz, P., Zaucha, K., Forney, D.L. et al. (1998) Neuropsychological, psychosocial, and vocational carrelates of the Glasgow Outcome Scale at 6 months post-injury: a study of moderate to severe traumatic brain injury patients, Brain Injury, 12: 555-67.
Schenk, D., Barbour, R., Dunn, W. et al. (1999) Immunization with amyloid-beta attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse, Nature, 400: 173-7.
Schofield, W. (1964) Psychotherapy, the Purchase of Frienship. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Schotte, D.E. and Clum, G.A. (1987) Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55: 49-54.
Schubert, D.S. and Foliart, R.H. (1993) Increased depression in multiple sclerosis patients: a meta-analysis, Psychosomatics, 34: 124-30.
Schukit, M.A., Tsuang, J.W., Anthenelli, R.M. et al. (1996) Alcohol challenges in yong men from alcoholic pedigreers and control families: a report from the COGA project, Journal of Studies in Alcohol, 57: 368-77.
Schwartz, C.E., Foley, F.W., Rao, S.M. et al. (1999) Stress and course of disease in multiple cslerosis, Behavioral Medicine, 25: 110-16.
Schwartz, D.M. and Thomson, M.G. (1981) Do anorexics get well? Current reseach and future nedds, American Journal of Psychiatry, 138: 319-23.
Schwarz, T. (1981) The Hillside Strangler: A Muderer's Mind. New York ; New American Library.
Schwitzer, A.M., Rodriguez, L.E., Thomas, C. et al. (2001) The eating disorders NOS diagnostic profile among college women, Journal of the American College of Health, 49: 157-66.
Scott, J. (2001) Cognitive-behavioral management of patients with bipolar disorder who relapse while on lithium prophylaxis, Journal of Clinical Psychiatry, 62: 556-9.
Scott, J., Garland, A. and Moorhead, S. (2001) A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders, Psychological Medicine, 31: 459-67.

Secker, J. 91998) Current conceptualisations of Metal health and mantal health promotion, Health Education Research Theory and Practice, 13: 57-66.
Sel, R. (1997) Dissociation as complex adaptation, Medical Hypothesis, 48: 2205-8.
Seligman, M.E.P. (1970) On the generality of the laws of learning, Psychological Review, 77: 406-18.
Seligman, M.E.P. (1975) Helplessness. San Francisco, CA: Freeman.
Sellman, J.D., Sullivan, P.F., Dore. G.M. et al. (2001) A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence, Journal of Studies in Alcohol, 62: 389-96.
Semrud-Clikeman, M., Nielsen, K.H., Clinton, A. et al. (1999) An intervention approach for the children with teacher- and parent-indentified attentional difficulties, Journal of Learning Disabilities, 32: 581-90.
Seto, M.C. and Barbaree, H.E. (1999) Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism, Journal of Interpersonal Violence, 14: 1235-48.
Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilson P. et al. (1993) Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 992-1002.
Shapiro, D.A. and Shapiro, D. (1983) Comparative therapy outcome research: methodological implications of meta-analysis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45: 543-51.
Shapiro, F. (1995) Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basic Principles. New York: Guilford.
Sharpe, L. (2002) A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: a biopsychosocia perspective, Clinical Psychology Review, 22: 1-25.
Sharpe, L., Tarrier, N., Schotte, D. et al. (1995) The role of autonomic aroysal in problem gambling, Addiction, 90: 1529-40.
Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D. et al. (1992) Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, Archives of General Psychiatry, 49: 782-7.
Shea, S.C. (1998) Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding, 2nd edn. Philadelphia: Saunders.
Sheard, M.H. (1971) Effect of lithium on human aggression, Nature, 20: 113-14.
Sherer, M., Madison, C.F. and Hannay, H.J. (2000) A review of outcome after moderate and severe closed head injury with and introduction to life care planning, Journal of Head Truma and Rehabilitation, 15: 767-82.
Shinohara, K., Yanagisawa, A., Kagota, Y. et al. (1999) Physiological changes in Pachinko players: beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate, Applied Human Science, 18: 37-42.
Simon, R. (1995) Gender, multiple roles, role meanings, and mental health, Journal of Helth and Social Behavior, 36: 182-94.
Sinclair, J.D. (2001) Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism, Alcohol and Alcoholism, 36: 2-10.
Sinha, S., Anderson, J., John, V. et al. (2000) Recent advances in the understanding of the processing Of APP to beta amyloid peptide, Annals of the New York Academy of Science, 920: 206-8.
Sinnakaruppan, I. And Williams, D.M. (2001) Head injury and family carers: a critical appraisal of case management programmes in the community, Brain Injury, 15: 653-72.
Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S. et al. (2001) Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illnes as predictors of antidepressont drug adherence, Psychiatric Services, 52: 1615-20.
Skinner, B.F. (1953) Science and Human Behavior. New York: Macmillan.

Slade, P. and Brodie, D. (1994) Body-image distortion and eating disorder: a reconceptualization based on the recent literature, European Eating Disorders Review, 2: 32-46

Smith, A.J., Brown, R.T., Bunke, V. et al. (2002) Psychosocia adjustment and peer competence of siblings of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disoder, Journal of Attention Disorder, 5: 165-77.

Smith, C.A and Lazarus, R.S. (1993) Appraisal components, core relational themes and the emotions, Cognition and Emotion, 7: 233-96.

Smith, M.L., Glass, G.V. (1997) Meta-analysis-analysis of psychotherapy outcome studies, American Psychologist, 32: 752- 60.

Smith, M.L., Glass, G.V and Miller, T.I. (1980) The Benefits of Psychotherapy. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Smith, T., Buch, G.A. and Gamby, T.E. (2000) Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder, Research in Development Disabilities, 21: 297-309.

Smith, Y.L.S., vanGoozen, S.H.M. and Cohen-Kettenis, P.T. (2001) Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejects for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study, Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40: 472-81.

Smyth, B.P.,O'Brien, M. and Barry, J. (2000) Trends in treated opiate misuse in Dublin: the emergence of chasing the dragon, Addiction, 95: 1217-23.

Sohlberg, M.M. and Mateer, C.A. (2001) Improving attention and managing attentional problems: adapting rehabilitation techniques to adults with ADD, Annals of the New York Academy of Sciences, 931: 359-75.

Soloff, P.H., Anselm, G., Nathan, R.S. et al. (1986) Paradoxical effect of amitriptyline on borderline patients, American Journal of Psychiatry, 143: 1630-5.

Soloff, P.H., Cornelius, J.R., George, A. et al. (1993) Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder, Archives of General Psychiatry, 50: 377-85.

Solomon, R.L. (1980) The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain, American Psychologist, 35: 691-712.

Spanos, N.P. (1994) Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective, Psychological Bulletin, 116: 143-65.

Spanos, N.P., Weekes, J.R. and Bertrand, L.D. (1985) Multiple personality: a social Psychological perspective, Journal of Abnormal Psychology, 94: 362-76.

Spiegel, D. (1993) Multiple post-traumatic personality disorder, in R.P. Kluft and C.G. Fine (eds) Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiegel, D. (1999) Commentary: deconstructing self-destruction, Psychiatry, 62: 329-30.

Spiegel, D.A. and Barlow, D.H. (2000) Generalized anxiety disorders, in M.G. Gelder, J.J. Lopez-Ibor Jr. and N.C. Andreasen (eds) New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.

Spiegel D.A., Bruce, T.J. Gregg, S.F. et al. (1994) Does cognitive behavior therapy assist slow-tape alprazolam discontinuation in panic disorder?, American Journal of Psychiatry, 151: 876-81.

Squire, L.R. and Slater, P.C. (1983) Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: a prospective three-year follow-up, British Journal of Psychiatry, 142: 1-8.

Stanton, M.D. and Shadish, W.R. (1997) Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies, Psychological Bullentin, 122: 170-91.

Steege, M.W., Wacker, D.P., Cigrand, K.C. et al. (1990) Use of negative reinforcement in the treatment of self-injurious behavior, Journal of Applied Behavior Analysis, 23: 459-67.

Stein, D.J., Zungu-Dirwayi, N., van der Linden, G.J.H. et al (2002) Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder, Cochrane Database of Systemaric Reveiws, issue 1.

Stein, D.M. and Lambert, M.J. (1995) Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced?, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63: 182-96.

Steiberg, M., Cichetti, D., Buchanan, J. et al.(1993) Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the Structured Clinical interview for DSM-III dissociative disorders (SCID-D), Dissociation, 6: 3-15.

Steiner, H., Smith, C., Rosenkranz, R.T. et al. (1991) The early care and feeding of anorexics, Child Psychiatry and Human Development, 21: 163-7.

Steinhausen, H.C. and Glanville, K. (1983) Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findingd, Psychological Medicine, 13: 239-49.

Sterling, R.C., Gottheil, E., Weinstein, S.P. et al. (2001) The effect of therapist/ patient race- and sex-matching in individual treatment, Addiction, 96:1015-22.

Stewart, R.M. and Brown, R.I. (1998) An outcome study of Gambles Anonymous, British Journal of Psychiatry, 152: 284-8.

Stoller, R.J. (1968) Sex and Gender: Vol1. The Development of Masculinity and Femininity. New York: Jason Aronson.

Strange, P.G. (1992) Brain Biochemistry and Brain Disorders. New York: Oxfod University Press.

Strickland, B.R. (1992) Women and depression, Current Directions in Psychological Science, 1: 123-5.

Strigeal-Moore, R.H. and Smolak, L. (2000) The influence of etniccity on eating disorders in women, in R.M. Esler and M. Hersen (eds) Handbook of Gender, Culture, and Helth. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sullivan, H.S. (1953) The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton.

Sumaya, I., Rienzi, B.M., Deegan II, J.F. et al. (2001) Bright light treatment decreases depression in institutionalized older adults: a placebo-controlled crossover study, Journal of Gerontology, 56A: M356-M360.

Suppes, T., Baldessarini, R.J., Faedda, G.L. et al. (1991) Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder, *Archives of General Psychiatry*, 48: 1082-8.

Sutherland, I. And Wilner, P. (1998) Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents, Addiction, 93: 1199-208.

Swanson, M.C. Bland, R.C. and Newman, S.C. (1994) Antisocial personality disorders, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl. 37: 63-70.

Szasz, T.S. (1971) From the slaughterhouse to the madhouse, Psychotherapy Theory Research and Practice, 8: 64-7.

Takei, N., van Os, J. and Murray, R.M. (1995) Maternal exposure to influenza and risk of schizophrenia: a 22-year study from the Netherlands, Journal of Psychiatric Research, 29: 435-45.

Tallmade, J. and Barkley, R.A. (1983) The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers, Jouranal of Abnormal Child Psychology, 11:565-79.

Tan, E., Marks, I.M. and Marset, P. (1971) Bimedial leucotomy in obsessive-compulsive neurosis: a controlled serial inquiry, British Journal of Psychiatry, 118: 155-64.

Tang, T.Z. and DeRubeis, R. (1999) Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67:1-11.

Tarrier, N., Kinney, C., McCathy, E. et al. (2000) Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68: 917-22.

Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S. et al. (2001) High risk injecting behaviour among injectors from Glasgow: cross sectional community wide surveys 1990-1999, Journal of Epidemiology and Community Health, 55: 766-7.

Taylor, B., Miller, E., Farringdon, C.P. et al. (1999) MMR vaccine and autism: no epidemiological evidence of causal association, Lacet, 353: 2026-9.

Teasdale, J.D. (1993) Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science, Behaviour Research and Therapy, 31: 339-54.

Teasdale, J. and Fennell, M. (1982) Immediate effect on depression of cognitive therapy interventions, Cognitive Therapy and Research, 6: 342-52.

Teasdale, W. and Engberg, A.W. (2001) Suicide after traumatic brain injury: a population study, Journal of Neuroblogy, Neurosurgery and Psychiatry, 71: 436-40.

Terman, M. (1988) On the question of mechanism in phototherapy for seasonal affective disorder: considerations of clinical efficacy and epidemiology, Journal of Biological Rhytms, 3: 155-72.

Terman, M., Terman, J.S., Quitkin, F.M. et al. (1989) Light therapy for seasonal affective disorder: a review of efficacy, Neuropsychopharmacology, 2: 1-22.

Terr, L.C. (1991) Unchained Memories. New York: Basic Books.

Tharyan, P. (2002) Electroconvulsive therapy for schizophrenia, Cochrane Data-base of Systematic Reviews, issue 1.

Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J. et al. (2000) Finnish adoptive family study: sample selectionand adoptee DSM-III-R, Acta Psychiatrica Scandinavica, 101: 433-43.

Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W. et al. (2000) Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment, Journal of Studies in Alcohol, 61: 529-40.

Torgersen, S. (1983) Genetic factors in anxiety disorders, Archives of General Psychiatry, 40: 1085-90.

Torrey, E.F., Miller, J., Rawlings, R. et al. (1997) Seasonality of biths in schizophrenia and bipolar disorders: a review of the literature, Schizophrenia Research, 28: 1-38.

Touchette, P.E., McDonald, R.F. and Langer, S.N. (1985) A scatter plot for indentifying stimulus control of problem behavior, Journal of Applied Behavior Analysis, 18: 343-51.

Treasure, T. (2001) The Mental Health Act and Eating disorders. Institute of Psychiatry, Division of Psychological Medicine, Eating Disorders Research Unit: www.iop.kcl.ac.uk.

Treasure, J., Todd, G., Brolly, M. et al. (1995) A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa, Behaviour Research and Therapy, 33: 363-7.

Truax, C.B. (1996) Reiforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy, Journal of Abnormal Psychology, 71: 1-9.

http://www.ebook.edu.vn

Tsuang, M.T. (2000) Schizophrenia: genes and enviroment, Biological Psychiatry, 47: 210-20.

Tsuang, M.T., Simpson, S.J.C. and Fleming, J.A. (1986) Diagnostic criteria for subtyping schizoaffective disorder, in a. Marneros and M.T. Tsuang (eds) Schizoaffective Disorder, Berlin: Springer-Verlag.

Tucker, T.K. and Ritter, A. (2000) Naltrexone in the treatment of heroin dependence: a litarature review, Drug and Alcohol Review, 19: 73-82.

Turner, R.J., Lloyd, D.A. and Roszell, P. (1999) Personal resources and the social distribution of depression, American Journal of Community Psycholgy, 27: 643-72.

Turner, R.M. (1989) Case study evaluations of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorder, Behavior Therapy, 20: 477-89.

Uhlmann, V., Martin, C.M., Sheils, O. et al. (2001) Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease, Journal of Clinical Pathology: Molecular Pathology, 55: 1-6.

Ulbrich, P.M., Warheit, G.J. and Zimmerman, R.S. (1989) Race, Socio-economic status, and psychological distress: an examination of differential vulnerability, Journal of Helth and Social Behavior, 30: 131-46.

Ullrich, S., Borkenau, P. and Marneros, A. (2001) Personality disorder in offenders: categorical versus dimentional approaches, Journal of Personality Disorders, 15: 442-9.

Van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E. et al. (1997) Psychosocial interventin following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions, Acta Psychiatrica Scandinavica, 96: 43-50.

Van Goozen, S.H.M., Cohen-kettenis, P.T., Gooren, L.J.G. et al. (1995) Gender differences in behaviour: activating effects of cross-sex hormones, Psychoneuroendocrinology, 20: 343-63.

Van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A.J. et al. (1995) Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder, Behaviour Research and Therapy, 33: 379-90.

Van Os, J. and Selten, J.P. (1998) Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia: the May 1940 invasion of The Netherlands, British Journal of Psychiatry, 172: 324-6.

Vaughn, C,E. and Leff, J.P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric patients, British Journal of Psychiatry, 129: 125-37.

Vernberg, E.M., Jacobs, A.K. and Hershberger, S.L. (1999) Peer victimization and attitudes about violence during early adolescene, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 28: 386-95.

Vitaro, F., Arseneault, L. and Tremblay, R.E. (1999) Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males, Addiction, 94: 5665-75.

Wagenaar, A.C., Zobeck, T.S., Williams, G.D. et al. (1995) Methods used in studies of drink-drive control efforts: a meta-analysis of the literature from 1960 to 1991, Accident Analysis Review, 27: 307-16.

Wahlberg, K-E., Jackson, D., Haley, H. et al. (2000a) Gene-enviroment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia, American Journal of Psychiatry, 154: 355-62.

Wahlberg, K.E., Wynne, L.C., Oja, H. et al. (2000b) Thought disorder index of Finnish adoptees and communication deviance of their adoptive parents, Psychological Medicine, 30: 127-36.

Wakefield, A.J., Murch, S.H., Anthony, A. et al. (1998) Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children, Lancet, 351: 637-41.

Walker, E.F. and Diforio, D. (1997) Schizophrenia: a neural diathesis-stress model, Psychological Rview, 4: 667-85.

Walters, E.E. and Kendler, K.S. (1995) Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in population-based female twin sample, American Journal of Psychiatry, 152: 64-71.

Ward, E. and Odgen, J. (1994) Experiencing vaginismus: sufferers' beliefs about causes and effects, Sexual and Marital Therapy, 9: 33-45.

Ward, T., Hudson, S.M. and Marshall, W.L. (1996) Attachment style in sex offenders: a preliminary study, Lournal of Sex Research, 33: 17-26.

Wardle, J. and Marsland, L. (1990) Adolescent concerns about weight and eating: a social-developmental perspective, Journal of Psychosomatic Research, 34: 377-91.

Warwick Daw, E., Payami, H., Nemens, E.J. et al. (2000) The number of trait loci in late-onset Alzheimer disease, American Journal of Human Genetics, 66: 196-204.

Watson, J.B. and Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reaction, Journal of Experimental Psychology, 3: 1-14.

Watzlawick, P., Weakland, J. H. and Fisch, R. (1974) Change: Principles of Problem Formulation and Problem Resolution. New York: W.W. Norton.

Weich, S., Sloggett, A. and Lewis, G. (1998) Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders, British Journal of Psychiatry, 173: 489-93.

Weiner, H.L., Lemere, C.A., Maron, R. et al. (2000) Nasal administration of amyloid-beta peptide decrceases cerebra amyloid burden in a mouse model of Alzheimer's disease, Annals of Neurology, 48: 567-79.

Wells, A. (1995) Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder, Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23: 301-20.

Wender, P.H., Kety, S.S., Rosenthal, D. et al. (1986) Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders, Archives of General Psychiatry, 43: 923-9.

Wender, P.H., Wolf, L.E. and Wasserstein, J. (2001) Adult with ADHD: an overview, Annals of the New York: Academy of Science, 931: 1-16.

Wessex Institute for Health Research and Development (WIHRD) (1998) Surgical Gender Reassignment for Male to female Transsexual People, Development and Evaluation Committee Report. Southamton: WIHRD.

Westra, H.A. and Stewart, S.H. (1998) Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy: complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety? Clinical Psychology Review, 18:307-40.

Wetzel, J.W. (1994) Depression: women-at-risk, in M.M. Olsen (ed.) Women's Health and Social Work. Stroud: Hawthorn Press.

Whalen, C.K., Henker, B. and Hinshaw, S.P. (1985) Cognitive-behavioral therapies for hyperactive children: premises, problems, and prospects, Journal of Abnormal Child Psychology, 13: 391-409.

http://www.ebook.edu.vn

Whitehouse, P.J., Struble, R.G., Clark, A.W. et al. (1982) Alzheimer disease: plagues, tangles, and the basal forebrain, Annals of Neurology, 12:494.

Whittal, M.L. and Zaretsky, A. (1996) Cognitive-behavioral strategies for the treatment of eating disorders, in M.H. Pollack, M.W. Otto and J.F. Rosenbaum (eds) Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic anf Psychosocial Strategies. New York: Guilford.

Wicki, W., Angst, J. and Mericangas, K.R. (1992) The Zurich Study, XIV: epidemiology of seasonal depression, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 241: 301-6.

Widiger, T.A. and Corbitt, E.M. (1995) Antisocial personality disorder, in W.J. Livesley (ed.) The DSM-IV Personality disorders: Diagnosis and Treatment of Mental disorders. New York: Guilford

Widiger, T.A. and Costa, P.T. Jr (1994) Pessonality and personality disorders, Journal of Abnormal Psychology, 95: 43-51.

Widiger, T.A., Frances, A. and Trull, T.J. (1987) A psychometric analysis of the social-interpepsonal and cognitive-perseptual items for the schizotypal personality disorder, Archives of General Psychiatry, 44: 786-95.

Wiesma, D., Nienhuis, F.J., Slooff, C.F. et al. (1998) Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year following of Dutch incidence cohort, Schizophrenic Bulletin, 24: 75-85.

Wileman, S.M., Eagles, J.M., Andrew, J.E. et al. (2001) Light therapy for seasonal affective disorder in primary care, British Journal of Psychiatry, 178: 311-16.

Wilkinson, M. (1992) Income distribution and life expectancy, British Medical Journal, 304: 165-8.

Willemsen-Swinkels, S.H., Buitlaar, J.K., Nijhof, G.J. et al. (1995) Failure of naltrexone hydrochloride to reduce self-injurios and autistic behavior in mentally retasded adults: double-blind placebo-controlled studies, Archives of General Psychiatry, 52: 766-73.

Williams, D.R. (1999) Race, socioeconomic status, and health: the added effects of racism and discrimination, Annals of the New York: Academy of Science, 896: 173-88.

Williams, G-J., Power, K.G., Millar, H.R. et al. (1993) Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups of perceived control, assertiveness, sef-esteem, and self-directed hostility, International Journal of Eating disorders, 4: 7-32.

Wilson, B. (1989) Models of cognitive rehabilitation, in R.L. Wood and P.G. Eames (eds) Models of Brain Injury Rehabilitation. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Wilson, B.A., Emslie, H.C., Quirk, K. et al. (2001) Reducing everyday memory and planning problems by means of paging system: a randomised control crossover study, Journal of Neurology, Neurosurgegy and Psychiatry, 70: 477-82.

Wilson, G.T. (1988) Alcohol use and abuse: a social learning analysis, in C.D. Chaudron and D.A. Wilkinson (eds) Theories on Alcoholism. Toronto: Addiction Research Foundation.

Wilson, G.T. (1996) Treatment of bulimia nervosa: when CBT fails, Behaviour Research and Therapy, 34: 197-212.

Winters, K.C. and Neale, J.M. (1985) Mania and low self-esteem, Journal of Abnormal Psychology, 94: 282-90.

Wiser, S. and Goldfried, M.R. (1998) Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66: 634-40.

http://www.ebook.edu.vn

Wittchen, H.U. and Essau, C.A. (1993) Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. Journal of Psychiatric Research, 27 (suppl 1): 47-68.

Wolfensberger, W. (1972) The Principle of Normalization in Human Services. Toronto: National Institutes of Mental Retardation.

Wolfensberger, W. (1983) Social role valorization: a proposed new term for the principle of normalization, Mental Retardation, 21: 234-9.

Wolfersdorf, M. (1995) Depression and suicidal behaviour: psychopathological differences between suicidal and non-suicidal depressive patients, Archives of Suicide Research, 1: 273-88.

Wolpe, J. (1982) The Practice of Behavior Therapy, 3rd edn. New York: Pegamon.

Wong, S. and Hare, R.D. (2002) Program Guidelines for the Institutional Treatment of Violent Psychopathic Offenders. Toronto: Multi-Health Systems.

Woods, R. and Bird, M. (1999) Non-pharmacological approaches to treatment, in G.K. Wilcock, R.S. Bucks and K. Rockwood (eds) Diagnosis and Management of Dementia: a Manual for Memory Disorders Teams. Oxford: Oxford University Press.

Woods, R. and Roth, A. (1996) Effectiveness of psychological therapy with older people, in A. Roth and P. Ponagy, What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford.

Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T. et al. (1983) Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? Archives of General Psychiatry, 40: 639-45.

World Health Organization (1979) Schizophrenia: an International Follow-up Study. Chichester: Wiley.

World Health Organization (WHO) (1992) Tenth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (1996) Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.

Yale, R. (1995) Developing Support Groups for Individuals with Early Stage Alzheimer's Disease: Planning, Implementation and Evaluation. Baltimore, MD: Health Profession Press.

Yalom, I.D., Green, R. and Fisk, N. (1973) Prenatal exposure to female hormones: effect on psychosocial development in boys, Archives of General Psychiatry, 28: 554-61.

Yoast, R., Williams, M.A., Deitchman, S.D. et al. (2001) Report of the Council on Scientific Affairs: methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public helth consequences of drug abuse, Journal of Addictive Diseases, 20: 15-40.

Yong, and Lindemann, M.D. (1992) An integrative schema-focused model for personality disorders, Journal 0f Cognitive Psychotherapy, 6: 11-23.

Zerbe, K.J. (2001) The crucial role psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders, Psychiatric Clinics of North America, 24: 305-13.

Zhou, J-N., Hofman, M.A. and Black, K. (1995) A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality, Nature, 378: 68-70.

Zilbergeld, B. (1992) The New Male Sexuality. New York: Bantam.

Zlotnick, C., Elkin, I., Shea, M.T. et al. (1998) Does the gender of a patient or the gender of a therapist affect the treatment of patients with major depression? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66: 655-9.

http://www.ebook.edu.vn

Zola, S.M. (1998) Memory, amnesia, and the issue of recovered memory: neurobiological aspects, Clinical Psychology Review, 18: 915- 32.

Zucker, K.J. and Bradley, S.J. (1995) Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. New York: Guilford.

Zucker, K.J. , Green, R., Garofano, C. et al. (1994) Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: relation to sibling sex composition and bird order, Journal of Abnormal Child Psychology, 22: 1-13.