

CHẨN ĐOÁN VÀ LẬP KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở TRẺ EM VÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Barry Nurcombe

Phiên bản tiếng Việt

Hiệu đính: Phạm Minh Triết

Dịch thuật: Đỗ Minh Loan, Nguyễn Thị Huệ, Trần Kim Phú



Học sinh lớp 8 tham gia vào giai đoạn thử nghiệm của chương trình can thiệp "Reverect4U" tại trường trung học ở Masiphumelele, Cape Town, Nam Phi (Ảnh: Julius Oatts)

Barry Nurcombe MD

Emeritus Professor of Child & Adolescent Psychiatry, the University of Queensland, Brisbane, Australia

Conflict of interest: none reported.

Ấn phẩm này hướng tới đối tượng các chuyên gia đào tạo hoặc thực hành trong lĩnh vực Sức khỏe tâm thần và không dành cho cộng đồng nói chung. Ý kiến của các tác giả đưa ra không nhất thiết phải thể hiện quan điểm của Biên tập viên hoặc IACAPAP. Ấn phẩm cung cấp các phương pháp điều trị và thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng khoa học có sẵn tại thời điểm viết sách theo đánh giá của các tác giả và có thể thay đổi so với kết quả của những nghiên cứu mới sau này. Độc giả nên áp dụng kiến thức này cho bệnh nhân theo hướng dẫn và luật pháp của quốc gia đang hành nghề. Một số quốc gia có thể không có đầy đủ các loại thuốc cũng như liều lượng và tác dụng không mong muốn được đề cập đến vì vậy độc giả nên tham khảo thông tin thuốc cụ thể. Chúng tôi có bổ sung thông tin về một số tổ chức, ấn phẩm và trang web được trích dẫn hoặc liên kết để minh họa cho các vấn đề. Điều này không có nghĩa là các tác giả, biên tập viên hoặc IACAPAP tán thành các nội dung đó, người đọc cần đánh giá nghiêm túc các khuyến nghị trên. Trang web cũng có thể đã bị thay đổi hoặc không còn tồn tại.

© IACAPAP 2014. Đây là ấn phẩm truy cập mở theo Giấy phép của tổ chức phi lợi nhuận Creative Commons Attribution. Bất cứ hình thức sử dụng, phát hành và tái bản trong bất kỳ phương tiện được cấp phép nào mà không có sự cho phép trước của tác giả cần đảm bảo điều kiện ấn phẩm gốc được trích dẫn chính xác và sử dụng mang tính chất phi lợi nhuận. Gửi ý kiến về cuốn sách điện tử hoặc dự án này đến địa chỉ jmreyATbigpond.net.au.

Gợi ý trích dẫn: Nurcombe B. Diagnosis and treatment planning in child and adolescent mental health problems. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (phiên bản tiếng Việt; Phạm Minh Triết, Nguyễn Thị Huệ, Trần Kim Phú, eds). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2014.

Thuật ngữ *chẩn đoán* có nguồn gốc từ Hy Lạp có nghĩa là *phân biệt, khác biệt hoặc quyết định*. *Chẩn đoán* được Hippocrates sử dụng để chỉ quá trình suy luận về y học. Ngày nay, thuật ngữ này được áp dụng trong cả quá trình và kết quả cuối cùng của việc đưa ra quyết định.

Chẩn đoán bao gồm một số chức năng:

- Cho phép các nhà lâm sàng mô tả các trường hợp từ một quan điểm chung
- Cho phép thu thập dữ liệu cho mục đích quản trị thông tin
- Có thể được sử dụng cho các mục đích khoa học như thu thập các trường hợp có biểu hiện tương tự và đưa chúng vào các phương pháp điều trị tương phản
- Là chìa khóa để lập kế hoạch điều trị.

Chương này đề cập đến việc thực hiện một chẩn đoán có hệ thống theo một cách thức thuận lợi cho việc lập kế hoạch điều trị trên từng cá nhân.

Một rối loạn tâm thần là một khuôn mẫu quan trọng về mặt lâm sàng của các triệu chứng tâm lý-hành vi (psycho-behavioural symptoms) và dấu hiệu liên quan đến tình trạng đau khổ hoặc suy yếu hiện tại được trải nghiệm bởi bệnh nhân hoặc con người trong môi trường sống, hoặc liên quan đến nguy cơ bị đau khổ hoặc suy yếu trong tương lai. Khái niệm *rối loạn (disorder)* có giá trị khoa học thấp hơn *bệnh tật (disease)*. Rối loạn và bệnh tật thể hiện sự *bất lợi sinh học (biological disadvantage)* (Scadding, 1967). Một số rối loạn được mô tả trong DSM-5 (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 2013) hoặc ICD-10 (Tổ chức Y tế Thế giới, 1992) có thể phân biệt và phân loại được. Tuy nhiên, hầu hết các rối loạn có thể được nhìn nhận theo chiều hướng, với điểm “giới hạn” (cut-off point) chẩn đoán được xác định tùy ý hoặc dựa trên công thức thống kê. Điều này đặc biệt quan trọng khi một số xáo trộn về hành vi (behavioural disturbances) xảy ra cùng thời điểm, gây tranh luận để xem liệu đây là biểu hiện đa dạng chiều hướng (polymorphous dimensionality) hay là sự xuất hiện cùng lúc của nhiều loại rối loạn riêng biệt (categorical comorbidity). Để đạt mức độ chiều hướng, một rối loạn có khả năng đã được xác định bởi sự pha trộn đa dạng giữa các yếu tố gen và tính khí cùng với các đáp ứng thích nghi đã học được (learned adaptive response) (ví dụ, rối loạn cư xử), trong khi đó, một rối loạn thực sự theo hướng phân loại có thể có nền tảng sinh học (ví dụ như hội chứng Rett). Không phải tất cả các rối loạn hoặc hội chứng đều được phân biệt rõ ràng theo hướng phân loại; và một số rối loạn ngày nay được phân biệt rõ ràng theo hướng phân loại thì cuối cùng sẽ do nhiều yếu tố gây ra (be heterogeneous).

Nhà lâm sàng kết hợp sự khác biệt giữa chẩn đoán phân loại nguyên mẫu với sự xuất hiện của các yếu tố thay đổi liên tục liên quan đến sự hình thành và duy trì tình trạng của người bệnh. Chương này đề cập đến cách thực hiện một chẩn đoán có hệ thống được xây dựng theo một hình thức nhằm hỗ trợ việc lập kế hoạch điều trị.

CHIỀU HƯỚNG CỦA CHẨN ĐOÁN

Khái niệm hóa việc thực hiện một chẩn đoán có hệ thống theo ba trục hoặc chiều mang lại nhiều lợi ích. (Xem thêm chương A.10):

- Bạn có câu hỏi?
- Bình luận?

Nhấn vào đây để đến trang Facebook của đầu sách giáo khoa này nhằm chia sẻ quan điểm của bạn về chương này với các độc giả khác, đặt câu hỏi cho các tác giả hoặc biên tập viên và đưa ra nhận xét.

Chẩn đoán được Hippocrates sử dụng để chỉ quá trình suy luận y học. Ngày nay, thuật ngữ này thể hiện cả quá trình và kết quả cuối cùng của việc ra quyết định.

Phân loạn so với chiều hướng

Chẩn đoán phân loại hàm ý sự khác biệt rõ ràng, về chất giữa có và không có rối loạn (ví dụ: ung thư vú) trong khi chẩn đoán theo chiều hướng cho thấy sự khác biệt về lượng (ví dụ: tăng huyết áp).

Đã có nhiều tranh luận về những ưu điểm và khuyết điểm của cả hai cách tiếp cận. Trong thực hành, chẩn đoán theo cách tiếp cận phân loại thì thực tế hơn về mặt lâm sàng (ví dụ, cho thấy cần điều trị). Tuy nhiên, hầu hết các phân loại gần đây (chẳng hạn như DSM-5) cố gắng kết hợp cả hai cách tiếp cận, ví dụ, bao gồm cả đánh giá mức độ nghiêm trọng trong chẩn đoán hoặc bằng cách xác định một ‘phổ – spectrum’ (ví dụ, rối loạn phổ tự kỷ).

- Sinh học tâm lý xã hội
- Sự phát triển
- Thời gian.

Chiều hướng sinh học tâm lý xã hội (biopsychosocial dimension)

Tại bất kỳ thời điểm nào, một người bệnh bao gồm các chức năng ở cấp độ sinh học (dưới cùng), cấp độ tâm lý và xã hội (trên cùng) (ví dụ: chức năng phân tử, tế bào và hệ thống cơ quan; chức năng tâm lý vô thức và có ý thức, và sự thích ứng gia đình – xã hội). Mỗi cấp độ sẽ nổi trội lên từ cấp độ thấp hơn. Cấp độ cao không giảm xuống cấp độ thấp, mặc dù khoa học có thể cố gắng tìm hiểu mối liên quan giữa các cấp độ (ví dụ như giữa rối loạn chức năng mức độ phân tử của synap và loạn thần).

Nhà lâm sàng phân tích các cấp độ sau đây trong việc chẩn đoán có hệ thống:

1. Cấp độ thực thể (sinh học):

- Triệu chứng cơ quan ngoại vi
- Hệ thống miễn dịch
- Hệ thống thần kinh thực vật
- Hệ thống vận động – cảm giác

2. Cấp độ tâm lý học

- Xử lý thông tin (định hướng, chú ý, trí nhớ, hiểu, phán đoán)
- Học tập
- Giao tiếp
- Thái độ với bản thân và người khác
- Năng lực xã hội
- Triệu chứng tâm lý
- Xung đột vô thức và cơ chế phòng vệ (ego defense)

3. Cấp độ xã hội

- Cấu trúc và động lực học gia đình (family structure and dynamics)
- Quan hệ xã hội
- Sự thích ứng với trường học và nghề nghiệp

Chiều hướng phát triển (developmental dimension)

Nhà lâm sàng đánh giá các lĩnh vực khác nhau trong trục sinh học tâm lý xã hội để xác định xem liệu có bất kỳ lĩnh vực nào *bị chậm (delayed)*, *sớm (advanced)* hoặc *lệch (deviant)* bất thường so với kỳ vọng theo tuổi của bệnh nhân không. Ví dụ, tự kỷ liên quan đến sự phát triển chậm và lệch (trong giao tiếp, quan hệ xã hội, và tư duy ngôn ngữ). Chiều hướng phát triển là quan trọng nhất trong đánh giá trẻ em và trẻ vị thành niên.

Chiều hướng thời gian (temporal dimension)

Cuộc sống con người giống như một bộ phim: được bắt đầu từ một nơi nào đó, mỗi khoảnh khắc trong cuộc đời giống như một khung hình trong bộ phim, và đang trong tiến trình đi tới tương lai. Chiều hướng thời gian đòi hỏi sự hiểu biết về những điểm sau đây:

Cơ địa (Predisposition)

Đâu là ảnh hưởng từ thể chất, tâm lý hoặc xã hội – liên quan đến di truyền, quá trình phát triển trong bào thai, giai đoạn chu sinh hoặc giai đoạn phát triển ban đầu – khiến bệnh nhân có cơ địa bị xáo trộn tâm lý tại thời điểm thăm khám. Liệu có bất kỳ nguồn gốc gây căng thẳng, chấn thương hay thiếu hụt trong những năm phát triển không?

Sự thúc đẩy (Precipitation)

Liệu có bằng chứng nào về yếu tố gây căng thẳng về thể chất hoặc tâm lý xã hội xảy ra cùng lúc với sự khởi phát các xáo trộn tâm lý và có thể đẩy một cá nhân đến tình trạng mất cân bằng không? Các yếu tố gây căng thẳng thường gặp bao gồm bệnh thực thể (ví dụ, viêm gan gây trầm cảm), tiếp xúc với sang chấn hoặc mất mát tâm lý, bất hòa trong hôn nhân và chia ly. Một số yếu tố gây căng thẳng tâm lý gần đây có thể là sự tái hiện (recapitulations) của nhiều sang chấn từ thời thơ ấu chưa được giải quyết. Không phải tất cả các vấn đề hiện tại đều có sự thúc đẩy: một số rối loạn (ví dụ, tự kỷ – autism) tiến triển dần từ sự phát triển lệch hoặc chậm đã có từ trước đó.

Sự hiện diện (Presentation)

Rất cần thiết đặt câu hỏi, tại sao lại là *bây giờ*? Nếu một vấn đề đã rõ ràng trong một thời gian khá lâu, tại sao một cá nhân hoặc gia đình cần sự giúp đỡ tại thời điểm hiện tại. Liệu có thêm một yếu tố căng thẳng mới nào phá vỡ hệ thống tâm lý xã hội hoặc thể chất đã được thiết lập cân bằng trước đó?

Khuôn mẫu (Pattern)

Khuôn mẫu của các triệu chứng và dấu hiệu sinh học tâm lý xã hội cấu thành nên xáo trộn hiện tại (các hiện tượng đại diện cho một hoặc nhiều rối loạn nào đó được xác định theo DSM hoặc ICD). Có phải các dấu hiệu và triệu chứng thể hiện sự mất bù hoặc sắp mất bù đối với tình trạng thích nghi không đầy đủ (với lo âu, triệu chứng cơ thể hay giải tỏa căng thẳng), sự xuất hiện nhiều hơn của các cơ chế ứng phó nguyên thủy (primitive coping mechanisms) (ví dụ, từ chối – denial, dồn nén – repression, phân ly – dissociation), sự phân mảnh của chức năng tâm thần (the fragmentation of mental functioning) (như trong loạn thần) hoặc phần còn lại của tình trạng mất bù trong quá khứ (như trong rối loạn chuyển dạng mạn tính – chronic conversion disorder) không? Các triệu chứng có phải là thể hiện của chức năng giao tiếp hay bất chước một cách vô thức (như trong một số hình thái chuyển dạng) không? Nếu vậy, điều gì đang được truyền tải và cho ai? Các triệu chứng có phải căn cứ trên bệnh thể chất thực sự hay tưởng tượng? Nếu vậy, bệnh nhân có được lợi ích thứ phát gì từ bệnh không?

Sự duy trì (Perpetuation)

Nhiều vấn đề tâm lý chỉ tồn tại trong một thời gian ngắn; yếu tố căng thẳng thúc đẩy sẽ mất đi hoặc được thích ứng, đôi khi do chức năng được cải thiện. Tuy nhiên có những vấn đề nào không thuyên giảm? Điều gì khiến các vấn đề này tiếp tục tiến triển? Liệu yếu tố thúc đẩy vẫn còn tồn tại dai dẳng khiến duy trì sự mất cân bằng không? Liệu các cơ chế ứng phó bệnh lý (pathological coping mechanisms) có gây căng thẳng hơn nữa và khiến cho vấn đề tiếp tục duy trì không? Hiểu biết về yếu tố thúc đẩy và yếu tố duy trì là rất cần thiết để lập kế hoạch điều trị.

Tiên lượng

Những gì chúng ta dự đoán liệu có trở thành kết cục cuối cùng, khi được điều trị hay khi không được điều trị? Tình trạng hiện tại có cần điều trị hay có khả năng tự thuyên giảm?

Tiềm năng

Không nhất thiết chỉ tập trung vào các vấn đề và khiếm khuyết. Bệnh nhân có những điểm mạnh về mặt sinh học tâm lý xã hội nào? Chẳng hạn, vẻ đẹp ngoại hình, cơ thể khỏe mạnh, khả năng nghệ thuật, tài năng thể thao, kỹ năng xã hội, khả năng về máy móc, tất cả đều có thể được khai thác để bù đắp cho khiếm khuyết hoặc vấn đề, trong việc xây dựng một kế hoạch điều trị toàn diện.

Thực hiện chẩn đoán có hệ thống có thể được bắt nguồn từ sự kết hợp của



Trẻ em biểu diễn tại lễ khai mạc Đại hội Thế giới IACAPAP 2010 tại Bắc Kinh

các trục sinh học – tâm lý – xã hội, trục thời gian và trục phát triển trong một ma trận (matrix), được minh họa trong Bảng A.11.1.

Chẩn đoán sinh học tâm lý xã hội (Nurcombe & Gallagher, 1986) giúp nhà lâm sàng xác định các trọng tâm của kế hoạch điều trị, các điểm cốt yếu xung quanh để thiết kế điều trị. Các hệ thống chẩn đoán khác (ví dụ Amchin 1991; Faulkner và cộng sự 1985; Leigh & Reiser 1993; Perry và cộng sự, 1987; Shapiro 1989; Sperry 1992; Sperry và cộng sự, 1992) đã được đề xuất nhưng chỉ Shapiro (1989) mới đưa ra đủ các bằng chứng thuyết phục về các yếu tố tâm động học (psychodynamic), phát triển, giáo dục và gia đình.

Hình A.11.1 Tích hợp dữ liệu dưới dạng mô hình chẩn đoán: ma trận chẩn đoán

	Cơ địa	Yếu tố thúc đẩy	Khuôn mẫu	Yếu tố duy trì	Yếu tố tiềm năng
Sinh học					
Tâm lý					
Gia đình/Xã hội					

VÍ DỤ CA BỆNH: MÔ HÌNH CHẨN ĐOÁN

Janet, 17 tuổi, là con lớn trong gia đình có cha mẹ đã ly dị. Cô có một em trai (10 tuổi) và một em trai cùng cha khác mẹ (2 tuổi). Janet đã được giới thiệu bởi một bác sĩ gia đình, bác sĩ lo lắng về tình trạng trầm cảm, ý tưởng tự tử và tự gây tổn thương bản thân của cô sau khi cô bị hiếp dâm 18 tháng trước đó. Janet chỉ mới tiết lộ việc bị hiếp dâm với bác sĩ của mình. Cô không muốn phàn nàn điều đó với mẹ hoặc cảnh sát. Bác sĩ của cô cân nhắc liệu cô có bị rối loạn stress sau sang chấn (posttraumatic stress disorder).

Janet là một cô gái trẻ ăn mặc sành điệu, hấp dẫn, có vẻ chững chạc hơn so với tuổi, cô có quan hệ tốt với bác sĩ đang điều trị. Cô đã ứa nước mắt khi giải thích chuyện gì đã xảy ra với mình 18 tháng trước. Khi nhà không có ai vì mẹ và em trai cô đang thăm họ hàng. Janet dẫn người bạn trai chơi xã giao học cùng trường về nhà, người bạn này đã chế ngự cô và buộc cô phải quan hệ tình dục. Sau đó, Janet cảm thấy bị xúc phạm, tội lỗi và “mất kết nối” với thế giới xung quanh và cả cơ thể của mình. Cô đã không nói với mẹ hoặc cảnh sát bởi vì cô cho rằng mình thật dại dột. Thực ra, cô đã quan hệ tình dục với một số chàng trai, không phải vì tình yêu (“Tôi quá trẻ để yêu”) mà vì cô muốn cảm thấy được có ai đó gần gũi với mình. Khi được hỏi ý nghĩa sâu xa về lý do tại sao cô ấy muốn có ai đó gần gũi với mình, cô đã kể câu chuyện sau đây.

Khoảng ba năm trước, cha cô, một giáo viên, đi xa nhà, tham dự một khóa học giáo dục ở một thành phố khác. Một ngày nọ, cha cô gọi điện cho vợ nói rằng ông ấy đã yêu một người phụ nữ khác và muốn ly hôn. Cha cô đã không trở về nhà. Mẹ Janet, một người môi giới bất động sản, trở nên suy sụp. Janet giúp đỡ mẹ và thay mẹ chăm sóc em trai.

Hai năm sau kể từ khi cha mẹ cô ly hôn, Janet bắt đầu đến thăm cha, mẹ kế và em trai cùng cha khác mẹ của cô. Tuy nhiên, người cha mà cô đã yêu mến trước đó (“tôi là con cưng của cha”) đã chỉ trích, phàn nàn rằng

cô đã tăng cân (năm pounds – 2.3 kg) sau khi ngừng múa ba lê vì bị chấn thương mắt cá chân. Cha và cô cãi nhau. Cha nói cô vô ơn và vô lễ. Mẹ kể cùng quan điểm với cha cô. Kể từ đó, Janet đã không đến thăm cha trong khoảng mười hai tháng, và đã không nói chuyện với cha.

Janet phàn nàn về cảm giác chán nản nhưng không bị mất ngủ hoặc không bị chán ăn. Cô có những suy nghĩ mơ hồ về việc tự tử. Đôi khi, cô cảm thấy “mất kết nối” với chính cơ thể mình và với thế giới xung quanh. thỉnh thoảng cô tự rạch đùi của mình bằng một lưỡi dao lam để làm dịu đi cảm giác về cảm xúc “đã chết” (feeling of emotional “deadness”).

Mẹ Janet không biết gì về việc cô bị hiếp dâm, và bác sĩ cũng không nói gì với bà về việc đó. Mẹ cô nói rằng con gái bà đã trở nên suy sụp về mặt tinh thần và cáu kỉnh kể từ khi cha mẹ ly hôn. Bản thân bà đã phải điều trị trầm cảm sau khi chia tay, nhưng bà đã hồi phục và hiện đang làm việc toàn thời gian. Bà bị chồng cũ ghẻ lạnh và không liên lạc với ông ấy.

Gia đình không có ai bị rối loạn tâm thần, có vấn đề học tập, hoặc hành vi chống đối xã hội. Mẹ Janet nói rằng quá trình bà mang thai và sinh Janet hoàn toàn bình thường. Janet là một đứa con được chờ đợi và các mốc phát triển của cô rất tốt. Cô gần gũi với cả cha và mẹ, nhưng đặc biệt là với người cha mà cô thần tượng. Janet vốn vẫn như là “người mẹ thứ hai” với em trai của mình. Cô không bị bệnh tật, phẫu thuật hay tai nạn đáng kể. Cô là một đứa trẻ thông minh và luôn có thành tích học tập tốt. Cô dự định vào đại học.

Thực hiện chẩn đoán có hệ thống

Janet là một trẻ vị thành niên nữ da trắng 17 tuổi, xuất thân từ gia đình trung lưu, là chị cả trong gia đình có ba chị em. Cuộc sống ban đầu của cô không có sự kiện gì bất thường và cô lớn lên là một đứa trẻ thông minh, hòa đồng, rất gần gũi với người cha yêu quý của cô. Sự liên kết chặt chẽ với người cha là cơ địa khiến cô bị rối loạn trầm cảm khi có sự ly dị, bởi việc từ bỏ bất ngờ của người cha khỏi gia đình. Sau khi cha mẹ ly dị, cô phải giúp đỡ người mẹ bị trầm cảm và thay mẹ chăm sóc em trai. Tuy nhiên, cô có bất hòa với cha mình, có thể vì cảm giác tội lỗi của chính người cha, mà ông trở nên phê phán cô. Janet trở nên xa cách với cha khi cô cảm thấy người em 2 tuổi cùng cha khác mẹ đã chiếm chỗ tình cảm của cha cô. Để tìm kiếm sự xoa dịu cảm xúc, cô đã quan hệ tình dục bừa bãi. Vụ hiếp dâm xảy ra trong bối cảnh này. Triệu chứng trầm cảm của cô sau đó trở nên phức tạp bởi cảm giác tội lỗi, ghét bỏ bản thân (self-hatred), giải thể nhân cách (depersonalization), ý tưởng tự tử mơ hồ và tự gây tổn thương cơ thể (để giảm bớt sự mất đáp ứng về mặt cảm xúc). Tình trạng rối loạn tâm thần hiện tại của cô được duy trì bởi sự mất mát người cha cũng như cô không thể chia sẻ với cha mẹ về tình trạng khó khăn của mình. Với điều trị thích hợp, tiên lượng sẽ tốt. Nếu không được điều trị, tình trạng trầm cảm của cô có khả năng trở thành mạn tính và các mối quan hệ tình cảm khi trưởng thành của cô sẽ trống rỗng, không thỏa mãn và mang tính xung đột. Tuy nhiên, cô có nhiều điểm mạnh, đặc biệt là kỹ năng xã hội và khả năng nghệ thuật (múa ba lê).

Tóm lại, Janet bị rối loạn trầm cảm nhẹ. Cô không bị rối loạn stress sau sang chấn, vì không có các cơn hồi tưởng (flashbacks), ác mộng, hoặc phản ứng căng thẳng cấp tính hệ thần kinh tự chủ (autonomic hyperarousal), nhưng cô bị rối loạn stress cấp tính, đã giảm đi ngay sau khi việc bị hiếp dâm xảy ra, cùng với giải thể nhân cách và ý tưởng tự sát. Kế hoạch điều trị định hướng đích (goal-directed treatment plan) sẽ được thiết kế trong phần tiếp theo.

CÁC MÔ HÌNH XÂY DỰNG KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Có 4 kiểu lập kế hoạch điều trị được các nhà lâm sàng sử dụng. Kiểu đầu tiên dựa vào phán đoán, các kiểu còn lại dựa trên việc suy xét kỹ lưỡng:

1. Trị liệu ghép cặp (Therapy matching)
2. Định hướng theo vấn đề (Problem orientation)
3. Kế hoạch điều trị nội trú có trọng tâm (Focal inpatient treatment planning)
4. Định hướng đích (Goal-direction)

Trị liệu ghép cặp

Đây là phương pháp điều trị cơ bản (natural mode). Kỹ thuật ghép mẫu được hầu hết các bác sĩ lâm sàng sử dụng. Dựa trên những biểu hiện lâm sàng được cung cấp (ví dụ, trẻ nam bảy tuổi, tăng động, hay ngo ngoạ, thiếu tập trung và bốc đồng; có các vấn đề về học tập; cha mẹ có xu hướng cưỡng chế và trừng phạt; năng lực trí tuệ có thể ở giới hạn thấp trong phạm vi trung bình), nhà lâm sàng ghép một kế hoạch chẩn đoán và điều trị (ví dụ: kiểm tra trí tuệ và học vấn; giáo dục cho cha mẹ và giáo viên; giáo dục bổ túc; thuốc kích thích thần kinh; liệu trình hành vi có thể giúp gia tăng khả năng tập trung). Tiến trình điều trị của trẻ được đánh giá tổng thể, cho đến khi gia đình cảm thấy hài lòng vì trẻ cải thiện, hoặc không hài lòng và chấm dứt điều trị.

Mặc dù cách trị liệu ghép cặp có ưu điểm là nhanh chóng, hiệu quả và *cơ bản*, nhưng cũng có những hạn chế đáng kể. Việc thiếu các trọng tâm cụ thể và sự ước tính thời gian cần thiết để tạo ra sự thay đổi trong trọng tâm trị liệu dẫn đến sự mơ hồ và có nguy cơ “chệch hướng”: nhà trị liệu không có trách nhiệm để quyết định chọn nếu kế hoạch điều trị có hiệu quả hoặc để thay đổi điều trị đối với trường hợp ngược lại. Khi một đội ngũ các nhà lâm sàng tham gia vào việc điều trị, như trong môi trường điều trị nội trú, họ không thể phối hợp với nhau vì thiếu một sự logic rõ ràng trong việc phân công vai trò và đưa ra quyết định chung.

Định hướng vấn đề

Weed (1969) đã giới thiệu *bản ghi chép định hướng theo vấn đề (problem-oriented record)* cho y học nhằm khắc phục sự thiếu phối hợp giữa các liệu trình điều trị nội trú chuyên sâu. Trong hệ thống Weed, các vấn đề chẩn đoán và điều trị được trích xuất từ một cơ sở dữ liệu. Các vấn đề này sẽ được sắp xếp hoặc vào nhóm không có chẩn đoán hoặc nhóm chẩn đoán phân loại; từ đó, một hoặc nhiều phương pháp điều trị đặc hiệu được đề xuất. Kết quả là, các vấn đề điều trị sẽ trở thành một trong 3 nhóm: tồn tại, tự mất đi hoặc được giải quyết. Logic rõ ràng của hệ thống sẽ thúc đẩy sự giao tiếp và hợp tác giữa các chuyên ngành, và ngăn ngừa bệnh nhân khỏi bị ảnh hưởng bởi việc không bàn giao đầy đủ giữa các chuyên khoa sâu.

Thật không may, định hướng vấn đề đã không thành công trong tâm thần học. Grant & Maletzky (1972) khuyến cáo rằng các vấn đề tâm thần được trình bày thành hành vi lệch lạc cần hạn chế hoặc hành vi khiếm khuyết cần được hỗ trợ. Tuy nhiên, đã không có những hướng dẫn cách trích xuất các vấn đề từ một

Ghi chép định hướng vấn đề được giới thiệu vào y khoa nhằm khắc phục sự thiếu phối hợp giữa các chương trình điều trị nội trú chuyên sâu. Thật không may, định hướng vấn đề chưa thành công trong tâm thần học.

cơ sở dữ liệu hoặc quyết định chúng nên được tích hợp với nhau như thế nào. Một vấn đề khác xảy ra tương đối thường xuyên là bản ghi chép định hướng vấn đề thường bị suy biến thành một danh sách rời rạc *các hành vi* mà bỏ qua ý nghĩa chung của một mô hình liên tục tương tác với nhau. Vì vậy, kiểu lập kế hoạch này có nguy cơ bị đội ngũ điều trị coi đó là “công việc giấy tờ” được thực hiện để thỏa mãn các đánh giá bề ngoài.

Lập kế hoạch điều trị nội trú có trọng tâm

Harper (1989) đã giới thiệu *lập kế hoạch có trọng tâm* để nhằm tạo thuận lợi hơn trong việc điều trị nội trú. Các nhà lâm sàng xác định các vấn đề trọng tâm, tổ chức chúng thành các thuật ngữ có thể xác định được (operationalized term), và gắn liền chẩn đoán với điều trị bằng cách sử dụng các mục tiêu rõ ràng. Với việc sử dụng ngôn ngữ rõ ràng, không sử dụng thuật ngữ chuyên môn, đội ngũ trị liệu và bệnh nhân cũng như gia đình đều có thể dễ dàng tiếp cận kế hoạch điều trị. Kế hoạch điều trị có trọng tâm được liên kết chặt chẽ với *định hướng đích*.

Lập kế hoạch điều trị định hướng đích

Định hướng đích được giới thiệu bởi Nurcombe & Gallagher (1986) và Nurcombe (1989). Các trọng tâm trị liệu quan trọng được rút ra từ thực hiện chẩn đoán có hệ thống. Các trọng tâm quan trọng là những khía cạnh của chẩn đoán vừa có thể sửa đổi, vừa có khả năng tạo ra hiệu quả tổng thể lớn nhất khi thay đổi. Trong việc lựa chọn các đích điều trị cũng như phương pháp điều trị, nhà lâm sàng phải quan tâm đến thời gian, kinh phí và nguồn lực có sẵn. Trái ngược với kế hoạch điều trị nội trú có trọng tâm, định hướng đích được áp dụng cho tất cả các hình thức điều trị: ví dụ, điều trị nội trú nhằm tới mục đích *ổn định (stabilization)* nhanh chóng hành vi nguy hiểm trước khi điều trị mở rộng. Điều trị nội trú hoặc ngoại trú bao gồm một hoặc sự kết hợp *giải quyết* xung đột có ý thức hoặc vô thức (*resolution of conscious or unconscious conflict*), *khắc phục* khiếm khuyết (*remediation of defect*), *giáo dục lại (re-education)*, *phục hồi chức năng (rehabilitation)*, *tái cấu trúc* gia đình (*reconfiguration of the family*) và *thúc đẩy (promotion)* điểm mạnh hay tiềm năng để bù đắp khiếm khuyết.

THIẾT KẾ MỘT KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ THEO ĐỊNH HƯỚNG ĐÍCH

Các bước lập kế hoạch điều trị định hướng đích bao gồm (Hình A.11.2):

1. Xác định các vấn đề trọng tâm và yếu tố tiềm năng
2. Trình bày lại các vấn đề/các tiềm năng thành các đích điều trị
3. Ước tính thời gian cần thiết để đạt được từng đích điều trị
4. Đối với mỗi đích điều trị, cần xác định ít nhất hai mục tiêu
5. Đối với mỗi đích điều trị, cần quyết định một hoặc nhiều phương pháp điều trị dựa trên cơ sở bằng chứng, phù hợp văn hóa xã hội và nguồn lực sẵn có

- Đối với mỗi đích điều trị hoặc mỗi mục tiêu, cần có sự giám sát để đánh giá xem quá trình điều trị có đang tiến triển hay đã đạt được đích điều trị chưa.

Xác định các vấn đề và các tiềm năng

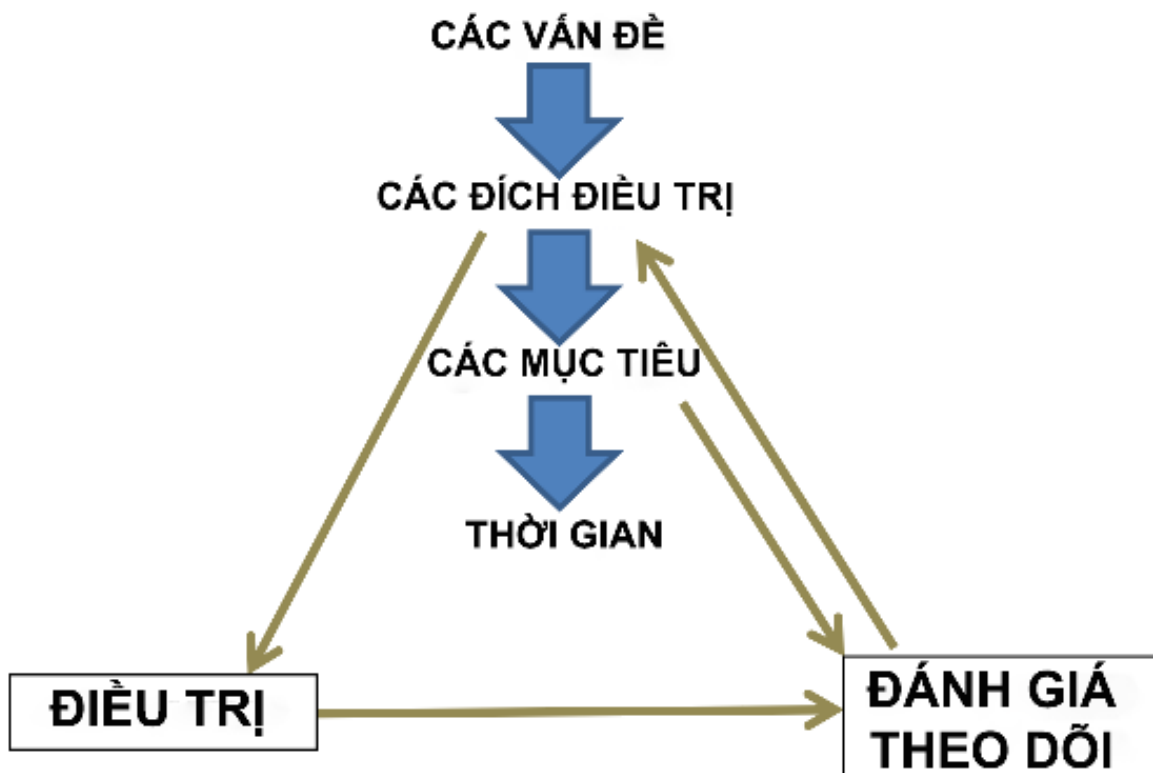
Một nhà lâm sàng (hoặc nhóm thảo luận lâm sàng) trích xuất từ thực hiện chẩn đoán có hệ thống sinh học tâm lý xã hội những vấn đề trọng tâm hoặc các tiềm năng mà nếu được sửa đổi, loại bỏ hoặc tăng cường, có khả năng tạo ra lợi ích lớn nhất. Ví dụ:

- Các căng thẳng về mặt thực thể hoặc tâm lý xã hội là cơ địa khiến bệnh nhân phát triển rối loạn trong tương lai
- Các yếu tố gây căng thẳng thực thể hoặc tâm lý xã hội thúc đẩy rối loạn hiện tại
- Các yếu tố thực thể, tâm lý xã hội hoặc về mặt quản lý khiến bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên/chuyên khoa
- Các yếu tố từ mô hình sinh học tâm lý xã hội hiện tại có khả năng thay đổi được: rối loạn chức năng thực thể và thần kinh tâm lý; các triệu chứng được xem như một cách thức ứng phó.

Các đích điều trị giúp ổn định, phục hồi, hay tạo lại sự cân bằng được trích xuất từ thực hiện chẩn đoán có hệ thống bằng cách đặt các câu hỏi sau:

- Những triệu chứng, dấu hiệu, sự thay đổi về hành vi – cảm xúc, các khuynh hướng hoặc các rối loạn chức năng nào phải thay đổi nếu bệnh nhân được điều trị ở điều kiện mức độ chăm sóc ít bị giới hạn.*

Hình A.11.2 Lập kế hoạch định hướng đích



- *Những yếu tố thúc đẩy hoặc duy trì nào có thể được thay đổi hoặc loại bỏ?*
- *Những tiềm năng nào có thể được phát huy để bù đắp cho rối loạn chức năng hoặc khiếm khuyết?*

Thông thường, một kế hoạch toàn diện cần bốn đến sáu vấn đề và một tiềm năng. Nhìn chung, các vấn đề thường có liên quan đến *hành vi* (ví dụ: tự gây tổn thương cơ thể), *tâm lý* (ví dụ, xung đột chưa được giải quyết liên quan đến lạm dụng tình dục trẻ em), *gia đình* (ví dụ: sự ghẻ lạnh giữa cha mẹ và con cái, sự bất đồng của cha mẹ), *xã hội* (ví dụ: quan hệ với bạn cùng tuổi nghèo nàn), *giáo dục* (ví dụ: khuyết tật trong học tập), hoặc *y tế* (ví dụ, đái tháo đường không ổn định). Mỗi vấn đề và tiềm năng đại diện cho những gì nhà lâm sàng hoặc nhóm điều trị muốn giúp bệnh nhân và gia đình giải quyết.

Trình bày lại các vấn đề/các tiềm năng thành các đích điều trị

Điều trị nhằm thay đổi các vấn đề/tiềm năng, ví dụ:

- Giảm mức độ khí sắc trầm
- Giảm tần suất của hành vi cưỡng chế
- Giải quyết xung đột liên quan đến lạm dụng trong quá khứ
- Thúc đẩy sự giao tiếp giữa cha mẹ và con theo chiều hướng đồng cảm hơn
- Tăng cường kỷ luật của cha mẹ theo cách thức nhất quán và mang tính hỗ trợ (đảo ngược/thay đổi cách nuôi dạy con mang tính cưỡng chế)
- Bồi dưỡng (nâng cao) khả năng nghệ thuật.

Lựa chọn phương pháp trị liệu

Đối với mỗi vấn đề trọng tâm hoặc tiềm năng, bác sĩ lâm sàng thiết lập một hoặc nhiều liệu pháp điều trị phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân và gia đình bằng cách sử dụng các tiêu chí sau đây. Trong trường hợp lâm sàng này, loại trị liệu nào:

- Được hỗ trợ từ kinh nghiệm tốt nhất (ví dụ, cơ sở bằng chứng)?
- Có ít rủi ro nhất (ví dụ: với ít tác dụng phụ hơn)?
- Phù hợp nhất với các nguồn lực y tế có sẵn?
- Có lợi nhất về mặt thời gian và chi phí?
- Phù hợp nhất với đặc điểm văn hóa xã hội của gia đình?

Thời gian dự kiến

Nhà lâm sàng ước tính thời gian trị liệu hoặc bao lâu thì trị liệu sẽ có hiệu quả (ví dụ, để đạt được đích điều trị). Thời gian dự kiến là một thước đo để đánh giá mức độ tiến triển.

Thiết kế các mục tiêu

Mục tiêu điều trị là trạng thái mà bệnh nhân hoặc gia đình đạt được khi

hoàn thành đích điều trị, ngược lại đích điều trị là điều mà nhà lâm sàng hoặc nhóm điều trị nhắm đến để giúp đỡ bệnh nhân. Mục tiêu được viết lại dưới dạng các ví dụ về hành vi nhằm giám sát việc đạt được đích điều trị. Mục tiêu cũng chỉ ra mức độ đạt được đích điều trị. Đích điều trị mà không có các mục tiêu có nguy cơ trở thành bảng tóm tắt không có nội dung (empty abstraction). Mục tiêu không có đích điều trị có nguy cơ bỏ qua điểm chính của vấn đề. Dưới đây là một ví dụ từ điều trị nội trú:

Đích điều trị: Giảm mức độ khí sắc trầm/ý tưởng tự tử

Mục tiêu:

- Khi thăm khám trạng thái tinh thần hàng ngày, bệnh nhân sẽ không biểu lộ cảm xúc trầm buồn và không có ý định tự tử trong hai tuần liên tục
- Các điều dưỡng quan sát thấy bệnh nhân giao tiếp với các bạn cùng tuổi
- Giáo viên sẽ báo cáo rằng bệnh nhân có làm bài tập ở trường
- Cha mẹ sẽ báo cáo rằng trẻ không còn bị trầm cảm và trẻ đang lên kế hoạch theo hướng tích cực.

- **Mục tiêu** là trạng thái mà bệnh nhân hoặc gia đình đạt được khi hoàn thành được đích điều trị.
- **Đích điều trị** thể hiện điều mà bác sĩ lâm sàng hoặc nhóm điều trị nhắm đến để giúp đỡ bệnh nhân.

Đánh giá

Trong một số trường hợp, có thể sử dụng các đánh giá về thể chất (ví dụ: trọng lượng cơ thể trong rối loạn ăn uống), đánh giá số lượng triệu chứng (ví dụ: cố gắng tự gây thương tích trong rối loạn tự kỷ) hoặc kết quả trắc nghiệm (ví dụ: thay đổi điểm số đánh giá). Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, thăm khám trạng thái tâm thần với sự thấu cảm là phương pháp đánh giá thích hợp nhất.

Quá trình lập kế hoạch điều trị theo định hướng đích được minh họa trong hình A.11.2. Những điểm chính yếu nhà lâm sàng cần tự đặt ra:

- Đích đến cuối cùng (*đích điều trị*) là gì?
- Làm thế nào để bệnh nhân đạt được đích đó (*điều trị*)?
- Làm thế nào bạn biết bệnh nhân đang theo đúng hướng hoặc đã đạt được đích đến cuối cùng (*các mục tiêu*)?

Làm việc theo nhóm

Lập kế hoạch điều trị định hướng đích cho phép một nhóm lâm sàng lên kế hoạch, hợp tác và thực hiện điều trị dưới sự hỗ trợ của trí tuệ tập thể. Mỗi thành viên trong nhóm biết mình phải làm gì để thực hiện trị liệu và theo dõi các mục tiêu. Việc giao tiếp với người giám sát bên ngoài trở nên rõ ràng và súc tích hơn.

Thảo luận với gia đình

Thực hiện chẩn đoán có hệ thống và kế hoạch điều trị được thảo luận với gia đình. Mô tả về đích điều trị, liệu pháp điều trị và chi phí điều trị (về thời gian và kinh phí). Gia đình có cơ hội tán thành hoặc không đồng tình, hoặc sửa

đổi, hoặc đưa ra các lựa chọn trong kế hoạch điều trị. Gia đình và nhà lâm sàng hoặc nhóm trị liệu đồng ý hợp tác, ký kết kế hoạch, một bản sao được cung cấp cho gia đình. Do đó nhà trị liệu sẽ đạt được sự đồng thuận với sự hiểu biết đầy đủ từ bệnh nhân.

Sửa đổi

Việc chú ý đến các mục tiêu sẽ cảnh báo cho nhà lâm sàng nếu quá trình điều trị bị ngưng trệ, tình trạng bệnh nhân xấu đi hoặc phát sinh các biến chứng không mong muốn. Kế hoạch tổng thể có thể cần phải được sửa đổi. Liệu đích điều trị có đại diện đầy đủ bản chất rối loạn của bệnh nhân không? Đích điều trị và mục tiêu có khả năng thực hiện được không? Các mục tiêu phản ánh được đích điều trị không? Các liệu pháp trị liệu đưa ra có phù hợp, và có được thực hiện đúng không? Liệu đích điều trị và các mục tiêu có cần được viết lại không?

THÁCH THỨC VÀ CƠ HỘI

Cần có thời gian để nắm bắt và làm chủ được phương pháp lập kế hoạch điều trị định hướng đích. Phương pháp này được huấn luyện/truyền đạt hiệu quả nhất thông qua thực hiện chương trình mẫu trong các buổi hội thảo và trao đổi các ca lâm sàng. Một số nhà lâm sàng miễn cưỡng thực hiện việc xác định thời gian điều trị hoặc mục tiêu điều trị. Những người khác không hài lòng vì mất thời gian với các “công việc giấy tờ” này, thích điều trị ghép cặp theo phán đoán cá nhân. Đích điều trị về tâm động học được thừa nhận là khó bố trí hơn, trái ngược với các mục tiêu y tế, giáo dục hoặc hành vi. Tuy nhiên, một khi kế hoạch đã được đề xuất rõ ràng, lợi ích về giáo dục, giao tiếp, quy định và pháp lý trong y tế (medico-legal) trở nên rõ ràng hơn. Cuối cùng, kế hoạch dựa trên định hướng đích có thể hỗ trợ trong việc nghiên cứu về hiệu quả tương đối của các phương pháp trị liệu khác nhau.

KẾT LUẬN

Từ khi giới thiệu DSM, độ tin cậy trong chẩn đoán rối loạn tâm thần của các nhà lâm sàng đã được cải thiện. Tuy nhiên, giá trị của các phân loại chẩn đoán theo DSM thì chưa rõ ràng. Insel (2013) chỉ ra rằng hệ thống chẩn đoán DSM dựa trên sự đồng thuận của các uỷ ban về các nhóm triệu chứng, chứ không dựa trên các tiêu chuẩn đánh giá khách quan. Chỉ chú ý đơn thuần đến các triệu chứng hiếm khi giúp nhà lâm sàng đưa ra phương pháp điều trị tốt nhất. Insel khuyến nghị rằng ngành tâm thần học cần thiết kế một hệ thống phân

Nhấp vào hình để xem bác sĩ Nurcombe tóm tắt lập kế hoạch điều trị định hướng đích (2:44)



VÍ DỤ CA BỆNH: KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Trở lại với trường hợp của Janet, cô gái 17 tuổi bị trầm cảm, có ý định tự tử và tự gây tổn thương cơ thể sau khi bị hiếp dâm – đỉnh điểm của các biến cố đau buồn chưa được giải quyết do những mất mát trong gia đình, các vấn đề trọng tâm và các tiềm năng sau đây có thể được xác định:

- Trầm cảm / ý tưởng tự tử
- Đau buồn không nguôi sau khi mất cha
- Phản ứng căng thẳng chưa được giải quyết sau vụ hiếp dâm với sự hận thù bản thân và tự gây tổn thương cơ thể
- Giao tiếp giữa các thành viên trong gia đình kém; sự bất hòa giữa cha và mẹ, giữa cha và bệnh nhân
- Khả năng nghệ thuật.

Từ những vấn đề này được trình bày lại thành 5 đích điều trị:

1. Giảm khí sắc trầm và loại bỏ ý tưởng tự tử
2. Giải quyết nỗi đau buồn sau khi mất cha
3. Giải quyết phản ứng căng thẳng sau khi bị hiếp dâm
4. Thúc đẩy giao tiếp giữa cha mẹ và giữa cha mẹ với con cái tốt hơn
5. Phát huy khả năng nghệ thuật

Đối với mỗi đích điều trị, các liệu pháp sau đây có thể được áp dụng:

1. Giảm khí sắc trầm:

- Trị liệu tâm lý cá nhân (tâm động học hoặc liên cá nhân – interpersonal), hàng tuần, trong 12 tuần liên tục, giảm dần đến sáu tháng
- Thuốc chống trầm cảm (nếu trị liệu tâm lý đơn thuần thất bại sau bốn tuần)

2. Giải quyết nỗi đau sau khi mất cha

- Trị liệu tâm lý cá nhân, như trên

3. Giải quyết phản ứng căng thẳng sau khi bị hiếp dâm

- Trị liệu tâm lý cá nhân, như trên

4. Tăng cường giao tiếp gia đình

- Trị liệu gia đình, hàng tuần trong 3 tháng

5. Nuôi dưỡng khả năng nghệ thuật

- Khuyến khích bệnh nhân tiếp tục học múa ba lê.

Vì vậy, quá trình điều trị bao gồm sự kết hợp của trị liệu tâm lý cá

nhân, thuốc chống trầm cảm, và trị liệu gia đình, quá trình trị liệu được thích ứng và điều chỉnh phù hợp lại dựa trên những tiến triển của bệnh nhân sau sáu tháng.

Các mục tiêu cho từng đích điều trị như sau:

1. Giảm khí sắc trầm

- Không có tâm trạng buồn chán (hoặc điểm số trong phạm vi không có biểu hiện lâm sàng (non-clinical range) trên thang đánh giá trầm cảm) hoặc không có ý tưởng tự tử khi thăm khám tình trạng tâm thần trong hai tháng
- Tương tác tốt với bạn bè mà không quan hệ tình dục bừa bãi
- Đạt yêu cầu trong quá trình học ở trường.

2. Giải quyết đau buồn

- Trong trị liệu cá nhân, bệnh nhân sẽ nhận thức được mối liên hệ giữa sự mất mát, suy sụp tinh thần, nhu cầu yêu thương và tình dục bừa bãi.

3. Giải quyết phản ứng căng thẳng

- Trong trị liệu cá nhân, bệnh nhân sẽ hiểu được mối liên hệ giữa sang chấn tâm lý do bị hiếp dâm, sự mặc cảm và việc tự gây thương tổn cho cơ thể
- Không tự gây tổn thương cơ thể trong một tháng.

4. Thúc đẩy giao tiếp trong gia đình

- Cha mẹ cô sẽ có thể cùng nhau lên kế hoạch để đem lại lợi ích tốt nhất cho Janet
- Janet sẽ có thể chia sẻ với bố mẹ việc cô bị ảnh hưởng như thế nào bởi sự chia ly của họ
- Janet sẽ tiếp tục các chuyến thăm cha cô và việc này sẽ khiến mọi người cùng vui vẻ.

5. Nuôi dưỡng khả năng nghệ thuật

- Janet sẽ tiếp tục tham gia khóa học múa ba lê.

loại liên quan đến nhận thức, đường vòng thần kinh (neural circuit) và dấu ấn sinh học di truyền. Ông cho rằng, một hệ thống như vậy sẽ trở thành biển chỉ dẫn chính xác hơn cho quá trình điều trị.

Tuy nhiên, các xáo trộn tâm lý có tính đặc hiệu đa dạng từ các chẩn đoán phân loại (ví dụ: rối loạn lưỡng cực) tới các chẩn đoán theo chiều hướng (ví dụ: rối loạn nhân cách ranh giới). Một số rối loạn có liên quan chủ yếu đến cơ địa, sự thúc đẩy và duy trì về mặt tâm lý xã hội, và việc điều trị phải hướng đến bệnh học tâm thần của cá nhân và gia đình cũng như đặc tính sinh học, ví dụ như trong lo âu hoặc trầm cảm.

Thực hiện chẩn đoán có hệ thống sinh học tâm lý xã hội và kế hoạch điều

- Bạn có câu hỏi?
- Bình luận?

Nhấn vào đây để đến trang Facebook của đầu sách giáo khoa này nhằm chia sẻ quan điểm của bạn về chương này với các độc giả khác, đặt câu hỏi cho các tác giả hoặc biên tập viên và đưa ra nhận xét.

**VUI LÒNG SANG
PHẦN PHỤ LỤC
A.11.1 ĐỂ LÀM CÁC
BÀI TẬP TỰ ÔN
LUYỆN**

trị định hướng đích được thiết kế để giải thích được cả về yếu tố sinh học và yếu tố tâm lý xã hội, được xem là trọng tâm của bệnh học tâm thần. Trái ngược với các phương pháp tiếp cận đơn giản hóa (reductionistic approach) chỉ liên quan đến các yếu tố sinh học hoặc tâm lý xã hội đơn thuần.

Thực hành các kỹ năng này được minh họa trong ca bệnh tại phụ lục

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Amchin J (1991). Psychiatric Diagnosis. A Biopsychosocial Approach Using DSM-III-R. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Faulkner LF, Kinzie JD, Angell R et al (1965). A comprehensive psychiatric formulation model. Journal of Psychiatric Education, 9:189-203.
- Grant RL, Maltzky B (1972). Application of the Weed system to psychiatric records. International Journal of Psychiatry in Medicine, 3:119-129.
- Harper G (1989). Focal inpatient treatment planning. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28:31-37.
- Insel TR (2013). Transforming diagnosis. Director's Blog, NIMH, April 29. <nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Leigh H, Reiser, MF (1993). The Patient: Biological, Psychological and Social Dimensions of Medical Practice (2nd ed), New York, NY: Plenum.
- Nurcombe B (1989). Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28:26-30.
- Nurcombe B, Gallagher RM (1986). The Clinical Process in Psychiatry: Diagnosis and Management Planning, New York, NY: Cambridge.
- Perry S, Cooper AM, Michels MD (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. American Journal of Psychiatry, 144:543-550.
- Scadding JG (1967). Diagnosis: The clinician and the computer. Lancet, 2 (7521):877-882.
- Shapiro T (1989). The psychodynamic formulation in child and adolescent psychiatry. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 26:675-680.
- Sperry L (1992). Demystifying the psychiatric case formulation. Jefferson Journal of Psychiatry, 10:12-19.
- Sperry LT, Gudeman JE, Faulkner LR (1992). Psychiatric Case Formulations. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weed LL (1969). Medical Records, Medical Evaluation and Patient Care. Cleveland, OH: Case Western Reserve University Press.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.



Giảng viên và người tham dự tại Hội thảo nghiên cứu ICAPAP từ Helmut Remschmidt, Stellenbosch, Nam Phi, tháng 12 năm 2013.

PHỤ LỤC A.11.1

Dưới đây là tóm tắt về một trường hợp giả định (tổng hợp của một số bệnh nhân có thật) được cung cấp bởi Phó Giáo sư, Bác sĩ Susan MK Tan, Khoa Tâm thần, Khoa Y, Đại học Kebangsaan Trung tâm Y khoa Malaysia (UKMMC), Kuala Lumpur, Malaysia). Đọc mô tả về trường hợp lâm sàng này và đưa ra chẩn đoán ban đầu và kế hoạch điều trị định hướng vấn đề như đã đề cập ở phần trên. Sau đó, bạn có thể so sánh kế hoạch của mình với câu trả lời mẫu.

Danial

Danial, một trẻ nam 8 tuổi người Malaysia, là anh cả trong gia đình có hai anh em. Cậu được giới thiệu đến phòng khám tâm thần trẻ em bởi một tư vấn viên học đường vì phát hiện trên 2 cánh tay cậu có những vết bầm tím và vết sẹo cả mới lẫn cũ. Ẩn dưới chiếc quần dài của cậu bé là vô số vết lằn do bị quất bởi *rotan* – một cây roi mây dài.

Mẹ của Danial là một phụ nữ người Trung Quốc đã từng theo Đạo giáo (Taoist). Cha của cậu bé là một người đạo Hồi gốc Malay. Hai người yêu nhau khi làm việc cùng nhau tại một siêu thị. Đám cưới của họ được chấp nhận một cách miễn cưỡng bởi ông bà ngoại khá bảo thủ, ông bà nói rằng: “Tại sao con không tìm một người nào đó cùng đạo với con? Con sẽ phải đổi tôn giáo khác nếu cưới người đàn ông này”. Ông bà nội của cậu bé thì chấp nhận dễ dàng hơn. Cha mẹ cậu bé chuyển sang buôn bán ở các chợ đêm, họ bán đồ nữ trang rẻ tiền và đồ lưu niệm. Hàng ngày họ vận chuyển hàng từ khu chợ này sang khu chợ khác bằng chiếc xe tồi tàn và hầu như chỉ kiếm đủ sống. Họ phải mang theo con cái đi cùng vì không có người trông coi.

Trong khi cha mẹ làm việc, Danial và em gái sẽ ngồi ở bàn để làm bài tập, vẽ hoặc chơi cùng nhau. Sara, em gái 7 tuổi của Danial, có thể tự chăm sóc bản thân và phụ giúp cha mẹ bán hàng. Cô bé biết tính toán và trao đổi chính xác với khách hàng. Danial thì có những vấn đề về đọc và viết. Cậu thường nhầm lẫn chữ p và q, chỉ có thể viết được đầy đủ tên của mình và rất khó khăn với môn số học. Cậu bé có đôi bàn tay khéo léo hơn và thường được em gái và những đứa trẻ khác nhờ sửa đồ chơi. Khi cha mẹ làm việc, cậu bé thích lang thang ở các gian hàng. Cậu bé dễ dàng kết bạn nhưng thường với các trẻ ít tuổi hơn mình, hoặc với nhóm tuổi teen vì dễ sai cậu bé đi làm các việc vặt. Có một lần cậu đang hút thuốc lá thì bị cha phát hiện và đánh bằng roi. Cậu thường bị cha mẹ đem ra so sánh với em gái theo hướng tiêu cực.

Ông bà ngoại đổ lỗi cho mẹ cậu bé vì đã bỏ qua lời khuyên của họ, khi cô ấy đang mang thai Danial, là không được tới sở thú (nơi cô hoảng sợ khi nhìn thấy một con khỉ). Ông bà tin rằng, chính tai nạn đó và việc mẹ cậu kết hôn với người không cùng chủng tộc đã làm mất lòng tổ tiên, và tổ tiên đã nguyền rủa Danial cư xử như một con khỉ, không bao giờ ngồi yên.

Ở trường, Danial là một cậu bé nghịch ngợm, không thể ngồi yên. Cậu học không tập trung và đứng đội sổ của lớp. Giáo viên thể dục của cậu cho biết Danial xuất sắc trong môn bóng đá và giành huy chương vàng ở nội dung 100 mét. Tuy nhiên, Danial không chia sẻ vấn đề của mình, ngay cả với thầy giáo.

Danial có nhiều bạn là những trẻ nhỏ tuổi hơn, có ít bạn bè cùng lứa tuổi. Cậu thường bị các giáo viên nhắc nhở vì không chờ đợi đến lượt, xen ngang khi người khác nói chuyện và không chờ được đến lượt tham gia vào các trò chơi. Danial đánh những đứa trẻ khác khi cậu không vừa lòng với chúng, nhưng đôi khi lại đưa cho chúng những món đồ mà cậu ăn cắp từ gian hàng của cha mẹ mình.

Danial cùng cha mẹ đến phòng khám. Cậu bé nhỏ và gầy so với tuổi, dưới ngưỡng bách phân vị thứ 15 về chiều cao và cân nặng. Mặc bộ đồng phục học sinh cũ và bẩn với đôi giầy nhiều lỗ thủng. Cậu không xanh xao, không có đặc điểm dị dạng. Khám tổng quát kết luận bình thường. Lúc đầu, giao tiếp mắt của trẻ hạn chế. Cậu bé ngồi trên ghế một cách bồn chồn và miễn cưỡng khi nói bất kỳ điều gì xấu về cha mẹ của cậu, vì như vậy là trái với nguyên tắc gia đình. Tuy nhiên, khi cậu nhận ra nhà trị liệu muốn giúp đỡ mình thì cậu bé trải lòng và ứa nước mắt. Cậu bé nói rằng cậu đã rất buồn, tức giận và ghen tị trong một thời gian dài nhưng cố gắng để không cảm thấy như vậy. Cậu thừa nhận có những vấn đề về giấc ngủ. Đôi lúc cậu tỉnh dậy la hét khi mơ thấy cậu bị cha đánh. Cậu cảm thấy dễ cáu giận trong năm qua, đặc biệt khi bị chế giễu vì không thể đọc và viết.

Cậu có ý định tự tử nhưng không biết phải làm như thế nào. Cậu thích thể thao và hay tìm đến thầy giáo thể dục - người duy nhất nói những điều tử tế với cậu ấy.

Danial thừa nhận cha và mẹ cậu thường xuyên đánh đập cậu bé khi làm mất hoặc vỡ đồ vật, hoặc khi cậu biến mất khỏi quầy hàng khi họ đang làm việc. Họ không bao giờ giải thích lý do tại sao họ đánh cậu. Cậu bé cảm thấy buồn trong một thời gian dài và nghĩ rằng không ai yêu mình. Ông bà ngoại luôn nói cậu giống như một con khỉ. Cậu nghĩ rằng cha mẹ không yêu cậu vì họ so sánh cậu với em gái mình và hỏi: “Tại sao mà mày không giống như em gái mày?”. Cha mẹ cậu rất hiếm khi đối xử tử tế, vui vẻ với cậu. Họ đã mua tặng nhân dịp sinh nhật năm ngoái cho cậu một quả bóng nhưng nó đã bị cha cậu tịch thu khi cậu làm vỡ cửa sổ. Vào các mùa lễ hội như Aid Mubarak (tổ chức cùng với ông bà nội), hoặc Tết của người Trung quốc (cùng ông bà ngoại), thì cậu chỉ nhận được một bộ quần áo mới trong em gái cậu được nhận nhiều bộ từ họ hàng. Cậu

thường có ý nghĩ đi khỏi nhà nhưng không biết đi đâu.

Khi được phỏng vấn, cha mẹ cậu thừa nhận họ đã đánh cậu ít nhất một lần mỗi tuần. Họ coi đây là cách người Châu Á kỷ luật trẻ. Cả hai đều được nuôi dạy bởi cha mẹ nghiêm khắc. Cha của Danial tiết lộ rằng bản thân ông có vấn đề với việc ngồi yên và vấn đề tập trung trong học tập. Ông vẫn không thể đọc và viết trôi chảy. Đây là một trong những lý do khiến ông yêu vợ: cô chấp nhận bản chất của ông và làm các công việc liên quan đến sổ sách cũng như giấy tờ cho việc kinh doanh của họ. Danial là một “tai nạn”. Cha mẹ cậu bé phải kết hôn nhanh chóng để che giấu sự thật rằng mẹ cậu đang mang thai cậu khi chưa kết hôn (đó sẽ là một vấn đề nghiêm trọng đối với ông bà của cả hai bên). Họ nhấn mạnh rằng họ yêu Danial nhưng những rủi ro cậu gây nên khiến họ căng thẳng, đặc biệt là khi họ đang vật lộn để kiếm sống. Họ không nghĩ cậu bé có vấn đề gì ngoài sự nghịch ngợm và không vâng lời.

ĐÁP ÁN MẪU

So sánh kế hoạch trị liệu của bạn với kế hoạch được đề xuất ở đây. Hãy nhớ rằng câu trả lời mẫu không phải là cách duy nhất để xử lý các vấn đề của Danial. Có thể có các phương pháp khác để hỗ trợ tùy thuộc vào sự sẵn có của các dịch vụ, khả năng tiếp cận với các loại thuốc, các vấn đề văn hóa hoặc hoàn cảnh địa phương. Câu trả lời mẫu dưới đây như một hướng dẫn để thảo luận về các vấn đề có thể cần được giải quyết.

THỰC HIỆN CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ CÓ HỆ THỐNG

Chẩn đoán sơ bộ theo phân loại (dựa trên DSM-5) gồm:

- Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD)
- Theo dõi rối loạn kỹ năng học tập đặc hiệu (giảm khả năng viết diễn đạt và tính toán) (SLD – specific learning disorder)
- Theo dõi năng lực trí tuệ ở mức trung bình thấp hoặc ranh giới.
- Rối loạn trầm cảm: Loạn khí sắc/rối loạn trầm cảm nhẹ kéo dài (Dysthymia).

Đánh giá trí tuệ và học tập để xác định hoặc loại trừ SLD và thiếu năng trí tuệ. Cậu bé có thể bị SLD đơn thuần, khuyết tật trí tuệ đơn thuần, hoặc kết hợp cả hai.

Các vấn đề về giảm chú ý, tăng động, bốc đồng và học tập của Danial có thể là bẩm sinh. Sự kết hợp của tăng động, giảm chú ý và các rối loạn về học tập đã khiến kết quả học tập không đạt yêu cầu và cảm nhận không tốt về bản thân (low self esteem). Sự cảm nhận về bản thân của cậu càng bị tổn thương thêm do sự ép buộc, những hình phạt quá mức, và sự ruồng bỏ bởi cha mẹ đang quá căng thẳng, và bởi ông bà ngoại đã nhân cách hóa theo “dân gian” rằng cậu bé như một con khỉ và họ tin rằng cậu đã bị nguyên rủa.

Nếu không điều trị, tiên lượng kém. Có nguy cơ tự tử hoặc phạm tội vị thành niên nếu cậu vẫn tiếp tục bị gia đình thờ ơ xa lánh thêm nữa. Phụ thuộc phần nhiều vào việc liệu nhà trường có thể được vận

động nhằm hỗ trợ đánh giá năng lực học tập cũng như dạy kèm tiết cá nhân cho trẻ hay không? Khả năng gắn kết và hỗ trợ phụ huynh của nhà lâm sàng đặc biệt quan trọng. Không nên chỉ trích thái độ kỷ luật của họ. Thay vào đó, các cách tiếp cận khác để nuôi dạy trẻ nên được khuyến khích một cách nhẹ nhàng, dựa trên cơ sở rằng hình phạt đơn thuần không có hiệu quả. Cha mẹ có nhiều khả năng hợp tác nếu thuốc kích thích thần kinh có hiệu quả nhanh. Việc phát huy các kỹ năng thực hành và khả năng thể thao của Danial sẽ giúp bù đắp cho việc cảm nhận không tốt về bản thân.

Kiểm tra

- Khám tổng quát về tâm vóc thấp của trẻ
- Đánh giá trí tuệ
- Đánh giá năng lực học tập (để làm rõ sự tồn tại và mức độ của rối loạn kỹ năng học tập đặc hiệu)

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Danial là một cậu bé 8 tuổi, anh cả trong hai người con sinh ra từ một cặp cha mẹ người Trung Quốc và Malay. Mẹ của cậu bé đã chuyển đổi từ Đạo giáo sang tôn giáo của người cha là Hồi giáo trước khi kết hôn.

Khuôn mẫu

Danial có các triệu chứng và dấu hiệu sau:

- Thấp, nhẹ cân
- Lôi thôi bẩn thỉu
- Giao tiếp mắt hạn chế
- Ngộ ngạo
- Không thể ngồi yên trong lớp học
- Giảm chú ý
- Nhận thức non kém
- Làm vỡ đồ vật, chen ngang, xen vào câu chuyện hoặc không chờ tới lượt trong cuộc hội thoại.
- Khó hòa đồng với bạn bè cùng trang lứa
- Không chia sẻ các vấn đề của mình
- Nghĩ rằng cha mẹ không yêu mình vì mình không tốt
- Cảm giác bị ghét bỏ
- Có ý nghĩ bỏ nhà ra đi hoặc tự tử
- Đánh bạn bè hoặc tặng quà cho họ
- Lấy trộm đồ của cha mẹ
- Mất ngủ và gặp ác mộng bị đánh đập
- Buồn, tức giận, ghen tỵ

Những vấn đề cơ địa

- Mang thai trước hôn nhân buộc kết hôn sớm
- Kết hôn dị chủng bị ông bà ngoại phản đối
- Cha bị giảm chú ý và tăng động ở trường với các vấn đề về đọc viết và tính toán (có thể bị ADHD và rối loạn học tập, cho thấy cơ địa di truyền)

Những vấn đề thúc đẩy và duy trì

- Hoàn cảnh nghèo khó
- Công việc của cha mẹ căng thẳng
- Hình phạt thể chất quá mức của cả cha và mẹ, đặc biệt là cha (được cha mẹ coi là chuẩn mực văn hóa)
- Nuôi dạy cưỡng chế
- Bị cha mẹ so sánh không bằng em gái
- Những lời giải thích theo dân gian của ông bà (giống khỉ và bị trừng phạt vì hôn nhân dị chủng)
- Thành tích học tập kém
- Thiếu bạn bè

Tiềm năng

- Sửa chữa đồ chơi.
- Khả năng về thể thao
- Có mối quan hệ tốt với thầy giáo thể dục.

Những vấn đề/tiềm năng cần hướng đến

1. Giảm chú ý/tăng động/bốc đồng.
2. Những vấn đề về học tập
3. Hỗ trợ giáo dục
4. Nuôi dạy cưỡng chế
5. Loạn khí sắc
6. Sự khéo léo và khả năng về thể thao

ĐÍCH ĐIỀU TRỊ

1. Cải thiện sự tập trung, mức độ hoạt động và kiểm soát bốc đồng

- Tập huấn cho giáo viên (hội thảo ở trường học)
- Giáo dục cho cha mẹ (tư vấn cho cha mẹ)
- Thuốc kích thích thần kinh, tốt nhất là thuốc có tác dụng kéo dài (việc điều trị thuốc cần đem lại hiệu quả trong vòng hai tuần đến một tháng).

2. Khắc phục những vấn đề về học tập

- Chương trình cá nhân cho từng loại rối loạn học tập đặc hiệu (điều này sẽ mất sáu tháng đến hai năm)

3. Cung cấp hỗ trợ về giáo dục

- Tập huấn các nhân viên nhà trường (giáo viên, tư vấn viên trường học, giáo viên thể dục, hiệu trưởng) tại các hội thảo do trường tổ chức về bản chất của ADHD, SLD và sự cần thiết về việc khuyến khích phát huy các tiềm năng. Nhà trường cần tổ chức các buổi hội thảo hàng tháng trong vòng sáu đến mười hai tháng.

4. **Nâng cao chất lượng nuôi dạy và kỷ luật của cha mẹ**

- Tư vấn cho cha mẹ
- *Chương trình nuôi dạy con tích cực (Triple-P* – Positive Parenting Program)* hoặc các phương pháp giáo dục khác dành cho bố mẹ giúp cải thiện cách nuôi dạy trẻ và giảm những kiểu nuôi dạy cường chế
- Có thể cung cấp kiến thức về những thực hành tích cực tương tự cho ông bà ngoại
- Những can thiệp này có thể cần sáu tháng đến một năm.

*Triple P – Positive Parenting Program® là một trong nhiều chương trình nuôi dạy con cái và hỗ trợ gia đình để ngăn ngừa cũng như điều trị các vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ em và trẻ vị thành niên dựa trên những sự học tập xã hội, các thuyết về nhận thức hành vi và phát triển

5. **Làm giảm rối loạn trầm cảm nhẹ kéo dài**

- Giáo dục và tư vấn cho cha mẹ về ADHD, SLD và kỹ thuật nuôi dạy trẻ
- Hỗ trợ từ tư vấn viên nhà trường
- Khuyến khích phát huy những tiềm năng của trẻ
- Những can thiệp này có thể sẽ kéo dài trong sáu tháng đến một năm

6. **Khuyến khích phát huy tiềm năng**

- Khuyến khích sự hỗ trợ của giáo viên thể dục và trường học để phát huy khả năng thể thao.
- Khuyến khích sự hỗ trợ của người cha để cải thiện kỹ năng thực hành
- Những can thiệp này sẽ có thể cần 12 tháng.

THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Đích điều trị 1,2,3 (sự tập trung, bốc đồng, những vấn đề về học tập)

- Liên lạc hàng tháng với nhà trường qua điện thoại hoặc qua các hội thảo
- Trao đổi với phụ huynh thường xuyên (hàng tuần trong vòng 3-6 tháng, sau đó giảm dần)

Đích điều trị 4 (nuôi dưỡng và kỷ luật trẻ)

- Qua các báo cáo của cha mẹ (hàng tuần trong vòng 3-6 tháng)

Đích điều trị 5 (rối loạn trầm cảm nhẹ kéo dài)

- Đánh giá trạng thái tâm thần của trẻ (hàng tuần trong vòng 3-6 tháng)
- Qua các báo cáo của cha mẹ (hàng tuần trong vòng 3-6 tháng)
- Sử dụng bộ câu hỏi về Điểm mạnh và Điểm yếu (*SDQ - The Strength & Difficulties Questionnaire, phiên bản tiếng Malay*) (hàng tháng trong vòng 3-6 tháng)

Đích điều trị 6 (các tiềm năng)

- Qua báo cáo của phụ huynh (hàng tuần trong vòng 6 tháng, sau đó giảm dần)

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG

- Nếu không thể thực hiện đánh giá trí tuệ /giáo dục và dạy kèm tiết cá nhân thì nhà lâm sàng nên sơ bộ chẩn đoán Danial bị cả ADHD và SLD.
- Nếu có thể, mẹ và ông bà nội nên cùng tham gia dạy Danial đọc và làm toán, nhưng họ phải được khuyến khích giữ kiên nhẫn. Hy vọng, cha mẹ sẽ bớt căng thẳng nếu thuốc điều trị phát huy tác dụng nhanh chóng. Tuy nhiên, cần phải giải thích với họ rằng sẽ mất thời gian để tìm đúng liều lượng và đúng loại thuốc.
- Nếu không có sẵn chương trình *Triple-P* hoặc các chương trình tương tự, nhà lâm sàng nên hướng dẫn các nguyên tắc của chương trình này đều đặn trong các buổi tư vấn cho cha mẹ.
- Đào tạo và trao đổi ý kiến với nhân viên nhà trường là một điều thiết yếu. Các bác sĩ lâm sàng nên làm việc để khuyến khích sự hỗ trợ của giáo viên thể dục. Người cha cũng có thể tham gia dạy các kỹ năng thực hành cho Danial.
- Thường xuyên sử dụng bộ câu hỏi SDQ để theo dõi quá trình điều trị.

NHÓM HIỆU ĐỈNH, DỊCH THUẬT

Hiệu đỉnh	Phạm Minh Triết	Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ tâm lý lâm sàng Nghiên cứu sinh Tâm lý lâm sàng trẻ em Trường Nghiên cứu Tâm lý – Đại học Quốc Gia Úc
Dịch thuật	Đỗ Minh Loan	Tiến sĩ, Bác sĩ Giám đốc Trung tâm Chỉ đạo tuyến Nhi khoa, Trưởng khoa Sức khỏe Vị thành niên - Bệnh viện Nhi Trung Ưong
Dịch thuật	Nguyễn Thị Huệ	Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần Khoa Tâm lý lâm sàng - Bệnh viện tâm thần Trung Ưong 1
Dịch thuật	Trần Kim Phú	Bác sĩ Y khoa Khoa Tâm lý – Bệnh viện Nhi đồng 1

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia đóng góp nhiệt tình, tinh thần trách nhiệm của tất cả các thành viên tham gia hiệu đỉnh và dịch thuật, cùng sự cố vấn, hỗ trợ tâm huyết từ các đồng nghiệp.

Bên dưới là một số thuật ngữ ít gặp hoặc chưa có sự thống nhất trong việc dịch sang tiếng Việt được tóm tắt thành bảng để quý đồng nghiệp tiện theo dõi và góp ý. Mọi ý kiến đóng góp và phản hồi để giúp cho tài liệu được hoàn thiện hơn đều được trân trọng. Vui lòng gửi ý kiến đóng góp về địa chỉ email: vnacapap@gmail.com

DANH MỤC THUẬT NGỮ

English	Tiếng Việt
Autonomic hyperarousal	Phản ứng căng thẳng cấp tính hệ thần kinh tự chủ
Behavioural disturbance	Xáo trộn về hành vi
Biological disadvantage	Bất lợi sinh học
Biopsychosocial dimension	Chiều hướng sinh học tâm lý xã hội
Categorical comorbidity	Sự xuất hiện cùng lúc của nhiều loại rối loạn riêng biệt
Chronic conversion disorder	Rối loạn chuyển dạng mạn tính
Cut-off point	Điểm giới hạn
Depersonalization	Giải thể nhân cách
Developmental dimension	Chiều hướng phát triển
Diagnostic formulation	Thực hiện chẩn đoán có hệ thống
Disease	Bệnh tật
Disorder	Rối loạn
Dissociation	Phân ly
Ego defense	Cơ chế phòng vệ
Family structure and dynamic	Cấu trúc và động lực học gia đình
Flashback	Cơn hồi tưởng
Focal inpatient treatment planning	Kế hoạch điều trị nội trú có trọng tâm
Goal-directed treatment planning	Kế hoạch điều trị định hướng đích
Learned adaptive response	Đáp ứng thích nghi đã học được
Medico-legal	Pháp lý trong y tế
Neural circuit	Đường vòng thần kinh
Operationalized term	Thuật ngữ có thể xác định được
Pattern	Khuôn mẫu
Polymorphous dimensionality	Biểu hiện đa dạng chiều hướng
Posttraumatic stress disorder	Rối loạn stress sau sang chấn
Precipitation	Sự thúc đẩy
Predisposition	Cơ địa
Presentation	Sự hiện diện
Primitive coping mechanism	Cơ chế ứng phó nguyên thủy
Problem orientation	Định hướng theo vấn đề
Psycho-behavioural symptom	Triệu chứng tâm lý-hành vi
Psychodynamic	Tâm động học
Re-education	Giáo dục lại
Recapitulation	Sự tái hiện
Reconfiguration of the family	Tái cấu trúc gia đình
Reductionistic approach	Phương pháp tiếp cận đơn giản hóa
Rehabilitation	Phục hồi chức năng

Remediation of defect	Khắc phục khiếm khuyết
Repression	Dồn nén
Resolution of conscious or unconscious conflict	Giải quyết xung đột có ý thức hoặc vô thức
Self-hatred	Ghét bỏ bản thân
Temporal dimension	Chiều hướng thời gian
The fragmentation of mental functioning	Sự phân mảnh của chức năng tâm thần
Therapy matching	Trị liệu ghép cặp