

VIỆN HÀN LÂM
KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI

NGUYỄN THỊ KIM TIẾN

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU BẰNG LIỆU PHÁP NHẬN
THỨC HÀNH VI TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN
TRUNG ƯƠNG II

LUẬN VĂN THẠC SĨ TÂM LÝ HỌC

Hà Nội, 2016

VIỆN HÀN LÂM
KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI

NGUYỄN THỊ KIM TIẾN

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU BẰNG LIỆU PHÁP NHẬN
THỨC HÀNH VI TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN
TRUNG ƯƠNG II

Chuyên ngành : Tâm lý học
Mã số : 60.31.04.01

LUẬN VĂN THẠC SĨ TÂM LÝ HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC: TS. ĐINH ĐỨC HỘI

Hà Nội - 2016

LỜI CAM ĐOAN

-❀-

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả nghiên cứu nêu trong luận văn là trung thực và chưa từng công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

Hà Nội, ngày 12 tháng 9 năm 2016

Học viên

Nguyễn Thị Kim Tiến

MỤC LỤC

MỞ ĐẦU	5
Chương 1: CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU BẰNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI	10
1.1. Liệu pháp nhận thức hành vi	10
1.2. Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi	24
Chương 2: TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	34
2.1. Đặc điểm chung của khách thể nghiên cứu	34
2.2. Tổ chức nghiên cứu	41
2.3. Phương pháp nghiên cứu	42
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU BẰNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI	45
3.1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu	45
3.2. Thực trạng điều trị rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu	52
3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến điều trị rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu	59
3.4. Nghiên cứu trường hợp điển hình.....	64
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	77
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	79
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ CÁI VIẾT TẮT

STT	Từ viết tắt	Nghĩa đầy đủ
1	BN	Bệnh nhân
2	DSM-IV-TR	Hướng dẫn chuẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần lần thứ IV- TR của Hiệp hội Tâm Thần học Mỹ (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).
3	ĐTB	Điểm trung bình
4	ĐLC	Độ lệch chuẩn
5	LA	Lo âu
6	RLLA	Rối loạn lo âu
7	NTHV	Nhận thức hành vi
8	SAS	Thang lượng giá lo âu Zung (The Zung Seft Rating Axiety Scale).
9	T1	Ngay trước khi điều trị, test Zung lần thứ nhất.
10	T2	Sau lần gặp đầu tiên 6 tuần, test Zung lần thứ hai.
11	T3	Sau lần gặp đầu tiên 12 tuần, test Zung lần thứ ba.

DANH MỤC CÁC BẢNG BIỂU

Bảng:

Bảng 2.1: phân bố các khách thể theo độ tuổi	34
Bảng 2.2: phân bố các khách thể theo giới	35
Bảng 2.3: phân bố các khách thể theo hôn nhân.....	36
Bảng 2.4: phân bố các khách thể theo trình độ học vấn	36
Bảng 2.5: phân bố các khách thể theo nghề nghiệp.....	37
Bảng 3.6: Các triệu chứng rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu	45
Bảng 3.7: Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn lo âu gây khó chịu ở cả hai nhóm ..	47
Bảng 3.8: Sự thay đổi các triệu chứng đặc trưng của RLLA qua từng thời điểm của hai nhóm	48
.....	
Bảng 3.9: Sự thay đổi các triệu chứng đặc trưng của RLLA qua từng thời điểm của hai nhóm	50
Bảng 3.10: Sự thay đổi các triệu chứng cơ thể, trạng thái tâm lý, giấc ngủ qua từng thời điểm ở 2 nhóm.....	51
.....	
Bảng 3.11: So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa lần đầu tiên và lần thứ 2 sau 6 tuần điều trị của hai nhóm	52
Bảng 3.12: So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa 6 tuần điều trị và 12 tuần điều trị của 2 nhóm.....	53
Bảng 3.13: So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa lần đầu tiên và sau 12 tuần điều trị của 2 nhóm.....	54
Bảng 3.14: Các triệu chứng rối loạn lo âu giảm nhiều sau khi điều trị của 2 nhóm qua từng thời điểm	55

Bảng 3.15: Các triệu chứng giảm ít sau khi điều trị của hai nhóm qua các thời điểm.....	57
Bảng 3.16. Hiệu quả điều trị cho bệnh nhân rối loạn lo âu của hai nhóm qua các thời điểm T1, T2	59
Bảng 3.17. Hiệu quả điều trị cho bệnh nhân rối loạn lo âu của hai nhóm qua các thời điểm T2, T3	62
Bảng 3.18: Đơn vị đánh giá chủ quan lo âu của bệnh nhân Vũ Thị Kiều Th.	73
Bảng 3.19: Những kỹ thuật liệu pháp nhận thức hành vi áp dụng cho bệnh nhân Vũ Thị Kiều Th	74
Bảng 3.20: Các triệu chứng trước và sau trị liệu của bệnh nhân Vũ Thị Kiều Th.....	75

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của vấn đề nghiên cứu

Hòa cùng với nhịp độ phát triển nhanh của xã hội con người luôn tìm mọi cách để thích nghi với cuộc sống, cố gắng hoàn thiện mình hơn, chính vì thế mà những áp lực, những căng thẳng, những lo âu, và trách nhiệm luôn đè nặng lên đôi vai của mỗi con người chúng ta. Thực tế làm cho cư dân nơi thành thị tăng nhanh và những vấn nạn khác như ô nhiễm môi trường, nạn kẹt xe, cuộc sống bị gò bó giữa những bức tường của nơi làm việc trong chung cư. Ngoài ra cuộc sống đô thị cũng tạo ra những cảm dỗ tiêu cực khác. Vì vậy các vấn đề tâm lý, các rối loạn tâm lý, rối loạn tâm thần bắt đầu xuất hiện từ những nguyên nhân này.

Theo đánh giá chung của nhiều quốc gia trên thế giới, các rối loạn liên quan đến tâm lý chiếm 20% - 25% dân số. Trong đó rối loạn lo âu (RLLA) thường gặp và phổ biến. Nghiên cứu của Riegev và cộng sự (1990) có khoảng 15% dân số nói chung đã trải nghiệm dấu hiệu đặc trưng của RLLA và 2,3% đến 8,1% đang có rối loạn hiện hành.[1,tr.1]. Trong lâm sàng, các RLLA rất phổ biến, người ta ước tính có khoảng 20% dân số thế giới mắc rối loạn này. Tỷ lệ mắc RLLA trong lứa tuổi từ 18 trở lên là 10% - 18%. RLLA có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng có đến 75% bệnh nhân (BN) phát bệnh trước 47 tuổi. Tuổi mắc bệnh trung bình là 31 tỷ lệ gặp ở nữ gấp 2 lần nam giới.[34].

Vì vậy biểu hiện lâm sàng có thể rất khác nhau và ngay từ ban đầu BN thường đi khám ở những chuyên khoa khác nhau như tim mạch, hô hấp, thần kinh,... Ít người đến chuyên khoa tâm thần và họ ít công nhận đây là những bệnh lý về tâm thần, đôi khi họ còn rất khó chịu, nổi cáu với người Thầy thuốc lúc chuyển họ đi khám chuyên khoa về tâm thần. Với người này bệnh có thể biểu hiện dưới dạng một cơn LA kịch phát mà không có dấu hiệu báo trước, nhưng với người khác bệnh lại có thể xuất hiện từ từ, có người lại có những sự căng thẳng, lo lắng về mọi thứ trong cuộc sống, nhưng tất cả những rối loạn này tập trung vào việc lo lắng hoặc sợ hãi một cách nghiêm trọng, về một tình huống mà hầu hết người bệnh thường không có ai cho là nghiêm trọng.[35].

Thực tế trên cho thấy RLLA đang ngày càng phát triển ở nhiều độ tuổi và lĩnh vực ngành nghề khác nhau, không chỉ trên thế giới mà ở Việt Nam cũng chiếm rất cao.

Ngày nay với sự phát triển của công nghệ thông tin và các ngành khoa học khác, sự tiếp thu nhận thức của con người, biết quan tâm lo lắng cho sức khỏe của mình ngày một chất lượng và tốt hơn. Cho nên số lượng BN đã và đến các trung tâm tư vấn, tham vấn, bệnh viện tâm thần để được tư vấn, tham vấn trị liệu tâm lý ngày càng đông.

Việc áp dụng trị liệu NTHV chứng minh là có tác động rất lớn đối với RLLA. Đó là các nước phát triển, được áp dụng rất phổ biến, nhất là nước Mỹ. Tuy nhiên điều này chưa được phổ biến ở Việt Nam. Đặc biệt tại các trung tâm tham vấn, tư vấn, bệnh viện tâm thần – nơi BN mắc phải rối loạn này rất nhiều, nhưng vì là rối loạn hướng nội nên ít biểu hiện ra bên ngoài. Vì vậy chưa được quan tâm chữa trị và vấn đề này cũng chưa được nghiên cứu sâu và làm tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

Do đó, việc phát hiện và đưa BN đến khám chữa bệnh sớm tại các cơ sở tâm thần, các trung tâm tư vấn, tham vấn,... đóng một vai trò quan trọng trong việc cải thiện triệu chứng nhằm đưa BN trở lại cuộc sống bình thường, cũng như giảm chi phí cho người bệnh. Từ những mong muốn mang đến cho BN có một cuộc sống tinh thần thoải mái nhất để làm việc và tham gia mọi hoạt động thường ngày.

Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

“Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II”.

2. Tình hình nghiên cứu đề tài

2.1. Tình hình nghiên cứu rối loạn lo âu trên Thế giới và Việt Nam

LA là cảm xúc thường gặp của con người với nhiều mức độ khác nhau, sự trải nghiệm cảm xúc này hầu hết là do đáp ứng với các kích thích của môi trường và thường là những biểu hiện nhất thời. Tuy nhiên cũng có nhiều người khi đối mặt với những khó khăn, nguy hiểm, áp lực của cuộc sống đã LA quá mức trở thành RLLA.

[25]

Vì vậy trong suốt lịch sử phát triển của khoa học tâm lý, y học LA là đối tượng được nhiều nhà khoa học nghiên cứu. Do cách tiếp cận hoàn cảnh nghiên cứu khác nhau nên nghiên cứu LA cũng rất đa dạng.

2.1.1. Một số nghiên cứu rối loạn lo âu trên thế giới

LA được phát hiện và nghiên cứu từ rất sớm bởi Hyprocrate (460 -356), Ông đã đề cập đến sự “Lo âu” với ý nghĩa là một bệnh lý. Trong tác phẩm “Aphorism” Ông đã mô tả lại sự sợ hãi của đứa trẻ như một căn bệnh với các triệu chứng sinh lý như nôn mửa và tâm lý sợ bóng tối.[29,tr.2]. Năm 1621, Robert Buston đã viết cuốn sách “The Anatomy of Melancholy” Ông đã gợi ý rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa cảm giác lo lắng và sợ hãi với các biểu hiện cơ thể như khó thở, mạch nhanh, đau tức vùng ngực, chóng mặt. Richard Youngel (1671) cho rằng LA chính là trạng thái phiền muộn khổ sở với mọi vấn đề trong cuộc sống, LA là sự không bình thường về mặt tâm lý. Đầu thế kỷ 18, thuật ngữ LA được y học nhắc tới và được cho là rối loạn tâm thần. Sách giáo khoa về tâm thần học đầu tiên ở Anh quốc do tác giả William Battie (1703-1776) viết, ông đã phân biệt được sự khác nhau giữa “điên loạn” và “lo âu”. Khi nghiên cứu về các biểu hiện của LA, Benediet Morel (1809 – 1873) đã khẳng định rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa LA với các triệu chứng cơ thể và sự thay đổi ở hệ thần kinh tự trị. Dẫn theo [26, tr.3-7].

Có lẽ sự kiện có sức thuyết phục nhất trong lịch sử nghiên cứu về LA đó là học thuyết của Freud (1895) về chứng suy nhược thần kinh. Lần đầu tiên khái niệm LA được tiếp cận và được làm sáng tỏ về mặt bản chất. Từ suy nhược thần kinh Freud đã tách ra một hội chứng riêng biệt gọi là “Tâm căn lo âu” (anxiety neurosis). Vào thời điểm đó, rối loạn phân ly và rối loạn nghi bệnh được xếp vào suy nhược thần kinh và được cho là bệnh lý tâm thần, còn tình trạng hoảng sợ có kèm theo LA theo Freud có liên quan đến những yếu tố sinh học cơ thể, quan điểm về bệnh học này đã ảnh hưởng trong phần lớn thời gian của thế kỷ 20. Tuy không có bằng chứng khoa học xác đáng, nhưng học thuyết này cũng làm sáng tỏ thêm về bản chất bên trong của RLLA và thể hiện một cách nhìn mới. [26, tr.8]. Mãi đến, vào đầu thế kỷ 20 những nghiên cứu về RLLA mới bắt đầu nở rộ và đi sâu hơn vào bản chất của nó, đặc biệt ở hai lĩnh vực tâm thần học và tâm lý học. Trong lĩnh vực tâm lý học

nói chung và tâm lý học trị liệu, tâm bệnh học và tâm lý lâm sàng nói riêng, RLLA được nghiên cứu dưới nhiều góc độ khác nhau như xã hội, hành vi, nhận thức, liên nhân cách, xuyên văn hóa, ... các nghiên cứu chủ yếu tập trung theo 3 hướng chính: (1) Nghiên cứu thực trạng, khảo sát trên một lượng lớn dân số để có số liệu thống kê cụ thể (mà trong y học gọi là dịch tễ học) về thực trạng RLLA, (2) nghiên cứu xác định nguyên nhân hoặc xây dựng mô hình về cơ chế RLLA, (3) nghiên cứu thực nghiệm về các liệu pháp trị liệu RLLA.

Về nghiên cứu thực trạng, cụ thể như sau: theo thống kê của nhiều nước trong thập kỷ qua, tỷ lệ RLLA trẻ em là 5,7 đến 17,7%. Theo nghiên cứu của Kashani và O.verchell (1997), tỷ lệ RLLA trẻ em và thanh thiếu niên Mỹ là khoảng 9% còn tại Hoa kỳ hiện nay, mỗi năm có hàng triệu người dân mắc bệnh này[10].

Trong nghiên cứu thống kê dịch tễ học của tác giả Andesson (1994) cho rằng RLLA là một trong những dạng thường gặp nhất trong bệnh về tâm thần ở trẻ em với tỷ lệ mắc bệnh là 2,5% -9,0% trong dân số chung, trong khi đó tỷ lệ ở trẻ em chiếm từ 20% -30%, nghiên cứu này Anderson khẳng định trong dân số chung thì nhóm nữ giới có nguy cơ cao hơn nam giới. Dẫn theo [29, tr.127]

Trong một báo cáo của Ollendick (1998) khi nghiên cứu 649 trẻ em được lựa chọn ngẫu nhiên trong độ tuổi từ 12-17, có tới 16% cho biết ít nhất đã một lần từng trải qua một cơn kịch phát hoảng sợ đây là một dạng RLLA ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe thể chất và tinh thần . Dẫn theo [29, tr.104-105].

Phải kể đến công trình nghiên cứu của Margot Prior và cộng sự (1983-2001). Trên 2.443 trẻ được tham gia vào công trình nghiên cứu theo chiều dọc từ lúc trẻ mới sinh ra đến 18 tuổi. Kết quả cho thấy 42% trẻ em có tính hay xấu hổ, nhút nhát, thu mình trước 9 tuổi thường có RLLA vào giai đoạn 13-14 tuổi. Dẫn theo [28].

Trên phương diện nghiên cứu thực nghiệm mô hình trị liệu RLLA cho trẻ em, trong đó liệu pháp NTHV được đề cập nhiều nhất trong thời gian gần đây, nghiên cứu của Philip Kendall ở Trường Đại học Temple (1994) với tên gọi “Coping cat workbook”. Ở Úc, Paula Brett và Sane Hollmess (1999) xây dựng một chương trình can thiệp LA sớm với tên gọi “Friends program” và đã được Wignall

và Rapse (1998, Đại học Queensland) ứng dụng trong điều trị RLLA, cho đến ngày nay các phương pháp đó được ứng dụng ở nhiều nước [10, tr.490].

Theo thống kê ở Mỹ của dự án nghiên cứu National comorbidity Survey trong năm 2005 (Một dự án nghiên cứu về tỷ lệ các rối loạn tâm thần ở người Mỹ) thì 58% BN được chuẩn đoán trầm cảm có RLLA, trong số đó 17,2% là RLLA lan tỏa, 9,9% là rối loạn hoảng sợ. Bệnh nhân RLLA cũng có tỷ lệ cao hơn bị trầm cảm, ngoài ra 22,4% BN mắc ám ảnh sợ xã hội, 9,4% BN sợ khoảng trống và 2,3% rối loạn hoảng sợ. Nhiều trường hợp các triệu chứng không đủ mạnh để chuẩn đoán là RLLA hay trầm cảm khi đó chuẩn đoán đầu tiên của BN sẽ được áp dụng. [31].

2.1.2. Một số nghiên cứu rối loạn lo âu ở Việt Nam

Trước những năm 90, ở Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về RLLA một cách độc lập, chuyên biệt từ sau 1987 đến nay đã có một số nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ở Việt Nam.[11,tr.47].

Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Thanh Hồi – Bệnh viện Tâm Thần ban ngày Mai Hương trong dự án “chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh tại Hà Nội” là dự án hợp tác quốc tế giữa Sở Y Tế Hà Nội, Bệnh viện Tâm Thần ban ngày Mai Hương với trường Đại Học Melbourne (Australia). Kết quả cuộc khảo sát đã đưa ra con người số giật mình: 19,46% học sinh trong độ tuổi từ 10-16 tuổi gặp trục trặc về sức khỏe tâm thần, đặc biệt sự hiểu biết của xã hội, thậm chí ngay trong ngành y tế chăm sóc sức khỏe tâm thần còn nhiều hạn chế. Như vậy gần 20% trẻ dưới 16 tuổi có vấn đề sức khỏe tâm thần.[33].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng Phương (2008) với đề tài “Nghiên cứu nguyên nhân gây ra RLLA ở học sinh THPT chuyên Quảng Bình” đã sử dụng công cụ nghiên cứu chính thang lượng giá trầm cảm-lo âu-stress (DASS42) và thang lượng giá lo âu Zung. Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh có biểu hiện RLLA tương đối cao 21,6%, trong nghiên cứu tác giả còn dùng bảng hỏi tìm hiểu một số nguyên nhân gây ra RLLA và nhận thấy nguyên nhân RLLA ở học sinh THPT chuyên Quảng Bình, như mối quan hệ trong gia đình, áp lực thành tích học tập, quan hệ với bạn bè, thầy cô giáo, bạn khác giới [15]

Nghiên cứu của Trần Việt Nghị (1994) cho thấy 75% BN tâm căn nghi bệnh có LA sợ hãi.[13].

Nghiên cứu của bác sĩ Nguyễn Văn Thọ (1998-2000) cho thấy lo âu – trầm cảm chiếm tỷ lệ từ 10% - 21%, trong số các học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần.[19].

Đáng chú ý đề tài của Nguyễn Thị Hồng Thúy, Trần Thành Nam, Cao Vũ Hùng, Đặng Hoàng Minh (2007), được tiến hành thử nghiệm trên 20 trẻ có RLLA, với nghiên cứu này, nhóm tác giả đã khẳng định mô hình NTHV được coi là mô hình trị liệu có hiệu quả đối với trẻ có RLLA và chứng minh rằng nếu trị liệu đầy đủ phiên trị liệu thì vấn đề LA ở trẻ giảm dần và có thể hết hẳn, trẻ hết hẳn RLLA theo chuẩn đoán của DSM-IV. [22]

Những công trình nghiên cứu ở Việt Nam đã trải rộng các mặt từ khảo sát thực trạng, nguyên nhân cho đến áp dụng mô hình trị liệu RLLA... Tuy nhiên, xét về số lượng các công trình nghiên cứu cũng như qui mô còn nhiều hạn chế, so với các công trình nghiên cứu trên thế giới. Nhìn một cách tổng thể vẫn chưa đủ để trị liệu một cách chuyên nghiệp, hiệu quả của các trường hợp RLLA vốn phức tạp. Qua những nghiên cứu trên, giúp chúng ta thấy được các nguy cơ và thách thức đối với các nhà tâm lý trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cộng đồng. Điều này cho thấy việc tiếp tục có các nghiên cứu sâu hơn về các rối loạn cụ thể trong vấn đề sức khỏe tâm thần là cần thiết, để góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho xã hội.

Tóm lại: những nghiên cứu về dịch tễ học ở trên thế giới và ở Việt Nam đi sâu vào RLLA, RLLA cũng chỉ ra rằng. RLLA nói chung và các dạng RLLA là một trong những rối loạn tâm lý khá phổ biến ở nhiều người dân trong cộng đồng.

3.Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu

3.1. Mục đích nghiên cứu

Đánh giá hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị BN rối loạn lo âu. Góp phần giúp cho BN giải quyết được những vấn đề rối nhiễu tâm lý và thay đổi, điều chỉnh hành vi gây lo âu.

3.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

- Hệ thống hóa một số vấn đề lý luận cơ bản về liệu pháp NTHV và RLLA. Từ đó đưa ra những khái niệm công cụ cho đề tài nghiên cứu.

- Nghiên cứu thực trạng điều trị RLLA bằng liệu pháp NTHV và kết quả đạt được.

- Đề xuất một số kiến nghị về việc áp dụng liệu pháp NTHV trong điều trị RLLA.

4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Đề tài tập trung nghiên cứu tìm hiểu các kỹ thuật NTHV và điều trị RLLA.

4.2. Phạm vi nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II. TP. Biên Hòa, Đồng Nai.

- Số khách thể nghiên cứu là 60 bệnh nhân được chuẩn đoán là RLLA, trong đó có 30 bệnh nhân là nhóm can thiệp (sử dụng liệu pháp NTHV và hóa dược) và 30 bệnh nhân là nhóm chứng (sử dụng liệu pháp hóa dược).

- Trong thời gian từ: 1-3-2016 đến 1-7-2016

5. Phương pháp luận và phương pháp nghiên cứu

5.1. Phương pháp luận nghiên cứu

Luận văn được thực hiện trên cơ sở lý luận của tâm lý học nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở một số nguyên tắc phương pháp luận cơ bản của tâm lý như sau:

* Nguyên tắc hoạt động:

Dựa trên RLLA, để áp dụng liệu pháp NTHV điều trị cho BN, thông qua hoạt động thực tiễn như tiếp xúc thăm khám quan sát những biểu hiện tâm lý RLLA của BN bằng kỹ thuật trong liệu pháp NTHV như giao bài tập về nhà cho BỆNH NHÂN, trị liệu cho BN thực hiện đồng thời yêu cầu BN ghi lại nhật ký hàng ngày, luyện tập thư giãn.

* Nguyên tắc tiếp cận hệ thống

Hành vi của con người được xem là kết quả của sự tác động của nhiều yếu tố khác nhau như yếu tố chủ quan, yếu tố khách quan. Cho nên nghiên cứu điều trị

RLLA cho BN trong môi trường của nhiều yếu tố tâm lý của xã hội, điều kiện kinh tế gia đình. Trong đó gia đình là hệ thống rất cần thiết và quan trọng cho việc giảm hay tăng triệu chứng bệnh lý. Vì vậy hệ thống gia đình đóng vai trò rất quan trọng tới sức khỏe của người bệnh.

5.2. Phương pháp nghiên cứu lý luận

Thu thập những tài liệu liên quan đến vấn đề nghiên cứu, sách, tạp chí, chuyên ngành,... đọc phân tích tổng hợp tài liệu, trên cơ sở đó hệ thống hóa và khái quát hóa các khái niệm công cụ căn bản làm cơ sở lý luận cho đề tài.

5.3. Phương pháp nghiên cứu thực tiễn

5.3.1. Phương pháp nghiên cứu lâm sàng

Tiếp xúc, đánh giá sơ bộ đối tượng qua lâm sàng về các biểu hiện của RLLA, làm cơ sở cho việc nghiên cứu.

5.3.2. Phương pháp tiến hành test Zung

Dùng thang đo lo âu để khảo sát và xác định mức độ biểu hiện RLLA của BN, đang điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

5.3.3. Phương pháp phân tích trường hợp điển hình

Phương pháp này để làm rõ mức độ biểu hiện, tìm hiểu sâu một số nguyên nhân tâm lý gây ra RLLA của BN đang điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II, đồng thời lấy cứ liệu nghiên cứu xây dựng thêm cơ sở cho việc phát hiện và điều trị bệnh.

5.3.4. Phương pháp phỏng vấn sâu

Để biết thêm một số đặc điểm RLLA chung của BN trong quá trình bác sĩ thăm khám và điều trị.

5.4. Phương pháp thống kê toán học

Nhằm xử lý, phân tích và đánh giá kết quả nghiên cứu, sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu.

6. Ý nghĩa lý luận và thực tiễn của luận văn

6.1. Ý nghĩa lý luận

- Luận văn đã hệ thống hóa và làm sáng tỏ một số vấn đề lý luận có liên quan đến nội dung nghiên cứu, như liệu pháp nhận thức hành vi, rối loạn lo âu và các hình thức lo âu.

- Trị liệu bằng liệu pháp nhận thức hành vi có tác động tích cực đến *BN* rối loạn lo âu.

6.2. Ý nghĩa thực tiễn

- Kết quả nghiên cứu đã khẳng định tính đúng đắn trong việc điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi.

- Nghiên cứu này được dùng làm tài liệu tham khảo, cũng như là cơ sở của các nhà tâm lý lâm sàng nghiên cứu sâu hơn về việc áp dụng trị liệu nhận thức hành vi đối với *BN* có RLLA tại Việt Nam.

7. Cơ cấu của luận văn

Ngoài phần mở đầu, kết luận, phụ lục, danh mục tài liệu tham khảo, luận văn gồm có 3 chương:

Chương 1: Cơ sở lý luận về điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi.

Chương 2: Tổ chức và phương pháp nghiên cứu

Chương 3: Kết quả nghiên cứu thực tiễn điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi.

Chương 1

CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU BẰNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI.

1.1. Liệu pháp nhận thức hành vi

1.1.1. Trị liệu tâm lý

Trị liệu tâm lý hay tâm lý liệu pháp (Psychotherapy) khác biệt với trị liệu y sinh học (Biomedical Therapy), mặc dù chúng có chung nguồn gốc là trị liệu hay điều trị (Therapy) (một thuật ngữ chung nhất được dùng để chỉ tất cả những hình thức chữa trị một chứng bệnh hay một rối nhiễu bất kỳ). Trị liệu tâm lý cũng khác biệt với các kỹ thuật điều chỉnh hành vi khác như phẫu thuật tâm lý (Psychosurgery) hay tâm dược trị liệu (Psychodrug Therapy).[9,tr.31].

Thuật ngữ liệu pháp tâm lý được dịch từ Psycho therapy (Psycho – tâm lý, therapy – điều trị). Thuật ngữ này được sử dụng lần đầu tiên vào năm 1872 trong cuốn sách “Ảnh hưởng của tâm lý lên cơ thể” của D.Tuke [2]

Mặc dù với lịch sử rất lâu đời, nhưng cho đến nay vẫn chưa có sự thống nhất trong định nghĩa và hiện rất nhiều định nghĩa về liệu pháp tâm lý. Mỗi một tác giả và mỗi một trường phái có một định nghĩa riêng:

Theo Miaxixev: liệu pháp tâm lý là liệu pháp nhằm vào sự thay đổi mối quan hệ giữa các nhân cách.[2]

Theo C.Roger (1949), xem liệu pháp tâm lý là kinh nghiệm nhằm biến đổi hành vi kém thích nghi hướng tới thích nghi hơn.[2]

A.Maslow (1959), xem liệu pháp tâm lý là phương pháp điều trị thông qua tác động lên cảm xúc, tự đánh giá và đánh giá của người khác thông qua phương thức điều chỉnh lại những vấn đề trong đời sống.[2]

Tóm lại: Trị liệu tâm lý là những phương pháp tâm lý mà các nhà tâm lý học hay tâm thần học sử dụng những tác động tâm lý lên người bệnh một cách tích cực, có hệ thống nhằm mục đích phòng và chữa bệnh.[2].

1.1.2. Vài nét về liệu pháp tâm lý

Liệu pháp tâm lý là một trong những phương pháp trị liệu có lịch sử lâu đời nhất. Một số liệu pháp tâm lý đã được trải qua thực nghiệm, sự thôi miên, LPHV, liệu pháp thư giãn, ... Trên thực tế lâm sàng, không thể phủ nhận hiệu quả điều trị của liệu pháp tâm lý, đặc biệt trong việc điều trị một số bệnh như các bệnh tâm căn, các rối loạn tâm thể, các chứng nghiện... liệu pháp tâm lý đóng vai trò quyết định.

Vì vậy đây là liệu pháp cần thiết và không thể thiếu được trong việc điều trị các bệnh rối loạn tâm lý đặc biệt là những rối loạn chức năng; việc mô phỏng mô hình máy tính, chúng ta có thể so sánh các rối loạn tâm lý liên quan đến tổn thương thực thể phần não bộ, thì cần đến các phương pháp điều trị sinh học như thuốc, phẫu thuật, sốc điện..., còn những rối loạn liên quan đến các chức năng tâm lý và sinh lý não bộ (phần mềm hay chương trình thì cần đến liệu pháp tâm lý).

Liệu pháp tâm lý cần phải được áp dụng liên tục trong suốt cả quá trình khám và chữa bệnh, kể từ khi BN tới phòng khám, điều trị nội trú tại các bệnh phòng, lúc ra viện và cả những lần đến khám lại ngay sau khi ra viện. Tác động tâm lý trong quá trình điều trị là tổng hòa các tác động tâm lý từ môi trường điều trị, từ nhà trị liệu và tác động qua lại giữa BN với BN, giữa BN với gia đình.

Mỗi thầy thuốc nói chung, đặc biệt là các nhà trị liệu tâm lý hoặc các Bác sĩ tâm lý cần phải nắm vững và sử dụng liệu pháp tâm lý trong điều trị, vì:

- Bản chất mối quan hệ giữa BN và thầy thuốc là dựa trên cơ sở nhân đạo vì vậy trong khi khám và điều trị cho người bệnh cần phải quan tâm đến tâm lý người bệnh.

- Các triệu chứng nói chung, đặc biệt các triệu chứng chức năng nói riêng chịu ảnh hưởng rất lớn bởi tác động tâm lý của môi trường xung quanh, trong đó bao gồm cả thầy thuốc, gia đình, môi trường bệnh viện.

- Liệu pháp tâm lý sẽ điều trị khỏi rất nhanh các rối loạn chức năng và đồng thời sẽ làm tăng hiệu lực điều trị của nhiều liệu pháp. [2, tr.10-11]

1.1.3. Liệu pháp nhận thức hành vi

1.1.3.1. Liệu pháp hành vi

Phương pháp trị liệu tâm lý tập trung vào thay đổi những hành vi sai lệch một cách tương đối hiệu quả hơn là tập trung vào các thay đổi cơ bản về mặt nhân cách. Thay vào việc thăm dò cái vô thức hoặc khám phá các suy nghĩ, tình cảm của thân chủ, các nhà trị liệu hành vi tìm cách loại bỏ những triệu chứng và thay đổi các mẫu hình (hành vi) thiếu hiệu quả hay kém thích nghi bằng cách sử dụng một số kỹ thuật học tập cơ bản, như liệu pháp ngăn ngừa, điều kiện tạo tác, điều kiện dạng Pavlov, ức chế, tương hỗ.[5,tr.275]

Định nghĩa: Liệu pháp hành vi thực chất là quá trình giáo dục, trong đó người bệnh học các kỹ năng tự điều chỉnh, phát triển các cách thức ứng xử mới. Việc học này tốt nhất nên được tiến hành ở môi trường sống thực của người bệnh.[9,tr.82].

1.1.3.2.Liệu pháp nhận thức

Liệu pháp trong hệ thống trị liệu dùng để giúp đỡ người khác cải thiện bản thân mình thông qua tư duy, được dựa trên quan niệm rằng các vấn đề cảm xúc là kết quả của lối tư duy hoặc các thái độ sai lệch đối với bản thân và người khác (P. Dubois). Nhà trị liệu trở thành một người hướng dẫn tích cực giúp cho các thân chủ sửa chữa điều chỉnh lại tri giác và thái độ của họ bằng cách dẫn ra các bằng chứng ngược lại hoặc gọi ra các bằng chứng đó từ chính thân chủ. [5, tr.276].

Định nghĩa: Liệu pháp nhận thức là một tiếp cận tâm lý trị liệu hướng tới việc thay đổi những cảm nhận và những hành vi bằng cách thay đổi sự tiếp nhận hoặc suy nghĩ của bệnh nhân về những trải nghiệm quan trọng.[20].

1.1.3.3.Định nghĩa liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp NTHV là một thuật ngữ chung cho các chương trình đặt trọng tâm vào các kỹ thuật được thiết kế để tạo nên sự thay đổi trong suy nghĩ, để từ đó thay đổi hành vi và cảm xúc (khí sắc). Trọng tâm chính là học tập các tiến trình và cách thức đối môi trường bên ngoài của BN để từ đó thay đổi hành vi và nhận thức. Chương trình huấn luyện gồm 3 bước: xác định vấn đề, tìm ra giải pháp và thực hành giải pháp.

1.1.3.4. Lịch sử hình thành và cơ sở khoa học của liệu pháp nhận thức hành vi

** Lịch sử hình thành liệu pháp nhận thức hành vi*

+ Liệu pháp NTHV được đề cập đầu tiên bởi Albert Ellis trong cuốn “Lý luận và cảm xúc trong liệu pháp tâm lý” năm 1962 và Aeron Beek trong cuốn “Quan niệm của bản thân trong trầm cảm” năm 1960.

Đến năm 1990, tên gọi “liệu pháp nhận thức hành vi” (behavioral Cognitive therapy) bắt đầu được sử dụng. Tên gọi này để chỉ tất cả các liệu pháp tâm lý có mô hình tiếp cận nhận thức (Cognitively – Oriented psycho therapy). Sự phát triển của mô hình tiếp cận NTHV đã đưa tham vấn cũng như trị liệu nhận thức trở nên phổ biến trên thế giới. [6, tr.161].

+ Liệu pháp NTHV được hiểu một cách cơ bản là liệu pháp được áp dụng để tìm hiểu và điều trị các dạng suy nghĩ tiêu cực trong nhận thức của con người về một tình huống hay một sự kiện nào đó gây nên các vấn đề tâm lý, các mối quan hệ hay các rối nhiễu về mặt tinh thần của chính cá nhân đó.

Khi một sự kiện nào đó xảy ra kích hoạt suy nghĩ của một cá nhân, suy nghĩ tác động lên cảm xúc đưa đến việc cá nhân đó hành động ra bên ngoài và hành động đó, suy nghĩ đó, cảm xúc đó tác động lên thể lý của cá nhân đó. Đôi khi chúng ta bị bệnh thực thể cũng tác động đến cảm xúc, suy nghĩ và hành động của chính chúng ta. Suy nghĩ, cảm xúc, hành vi, thể lý có sự tác động qua lại lẫn nhau.[17, tr.30].

** Cơ sở khoa học của liệu pháp nhận thức hành vi*

Nguồn gốc của lý thuyết hành vi và NTHV bắt nguồn từ trong lý thuyết học tập cổ điển các tiếp thu có được thông qua rèn luyện có điều kiện và có thể quan sát đo lường được, và lý thuyết tập nhiệm xã hội, có nguồn gốc và cơ sở khoa học bắt đầu từ thành tựu của học thuyết phản xạ có điều kiện dựa trên các thực nghiệm của Pavlov (1927). Cùng thời gian trên Skinner (1938) và các đồng nghiệp của mình mở rộng thực nghiệm điều kiện hóa, xây dựng kỹ thuật, điều kiện hóa và đưa ra học thuyết về điều kiện hóa thực thi. Tiếp theo đó là những thành tựu của tâm lý học hành vi do Watson khởi xướng. Từ cơ sở trên, S.wolpe (1952) đã phát triển và hoàn thiện liệu pháp hành vi. Song song đó LPNT cũng phát triển dưới sự ảnh hưởng lớn của Aron Beek, Ellis, Bandura và Melchenbaum, tạo nên và khôi phục thể cân bằng, từ đó nhận thức (cả tầng vô thức và ý thức) đã gia tăng mạnh, đóng một vai trò nổi bật trong các mô hình tâm bệnh học.

Về sau, nhiều tác giả ứng dụng cả hai liệu pháp trên vì tìm thấy được sự bổ sung và hỗ trợ lẫn nhau giữa các kỹ thuật. Từ đó họ gộp chung lại là liệu pháp NTHV.[17,tr.35].

1.1.3.5. Nội dung của liệu pháp nhận thức hành vi

** Ba điều cốt lõi trong liệu pháp nhận thức hành vi*

+ Hoạt động nhận thức ảnh hưởng đến hành vi

Lý luận là cơ sở cho một mô hình mang tính “dàn xếp, hóa giải,” cơ bản. Sự đánh giá của một người về các sự kiện cơ thể ảnh hưởng đến sự đáp ứng của người đó đối với những sự kiện đó. Vì vậy sự thay đổi nội dung đánh giá này có ý nghĩa lớn trong lâm sàng. Muốn thay đổi đáp ứng hành vi(bất thường, không mong muốn của người bệnh, ta có thể tác động bằng cách thay đổi sự đánh giá của người bệnh về sự kiện đang tác động đến họ).

+ Hoạt động nhận thức có thể được giám sát và có thể thay đổi

Chúng ta có thể tiếp cận hoạt động nhận thức, điều này muốn nói rằng chúng ta có thể tự biết đánh giá được sự nhận thức của chúng ta. Tuy nhiên, tiếp cận hoạt động nhận thức thường là công việc không hoàn hảo. Con người thường trình bày các hoạt động nhận thức trên cơ sở “có khả năng xảy ra” sự kiện chứ không phải trên cơ sở “thực tế” sự kiện xảy ra với họ. Dù sao, chiến lược đánh giá nhận thức là thực tế có giá trị.

Sự đánh giá hoạt động nhận thức là việc mở đầu cho sự thay đổi nhận thức. Hầu hết những chiến lược đánh giá nhận thức nhấn mạnh vào nội dung của nhận thức và kết quả nhận thức hơn là vào tiến trình nhận thức.

Mặt khác, việc kiểm tra tiến trình nhận thức cũng như sự phụ thuộc lẫn nhau trong hệ thống NTHV và cảm xúc giúp chúng ta hiểu biết hơn về sự thay đổi nhận thức trong trị liệu.

+ Thông qua thay đổi nhận thức có thể tác động đến sự thay đổi hành vi theo mong muốn.

Điều này là kết quả trực tiếp của sự chấp nhận mô hình “dàn xếp”. Như vậy trong khi các nhà lý luận liệu pháp NTHV chấp nhận rằng sự kiện xảy ra ngẫu nhiên

được củng cố công khai và có thể làm thay đổi hành vi thì họ nhấn mạnh một cách chắc chắn rằng có những phương pháp khác làm thay đổi hành vi, đặc biệt đó là sự thay đổi nhận thức.[20]

** Sự cấu thành và các liệu pháp nhận thức hành vi cơ bản.*

+ Sự cấu thành của liệu pháp

Sự tiếp cận NTHV cho rằng những tiến trình xây dựng ra bên trong gọi là “suy nghĩ” hoặc “nhận thức”, và các sự kiện nhận thức có thể dàn xếp sự thay đổi hành vi. Theo giả thuyết dàn xếp của nhận thức, nhận thức không chỉ là khả năng có thể thay đổi hành vi mà là nó phải làm thay đổi hành vi, do đó những thay đổi hành vi có thể được sử dụng như một bản liệt kê một cách gián tiếp về những thay đổi nhận thức.

+ Các liệu pháp nhận thức hành vi cơ bản

- Phương pháp cơ cấu lại nhận thức

Trong kỹ thuật này, người ta mong sẽ có hiệu quả tốt trong việc giải quyết các rối loạn sinh ra từ bên trong BN. Liệu pháp thuộc nhóm này, cho rằng sự đau buồn cảm xúc là kết quả của những ý nghĩ không thích nghi. Do vậy mục tiêu của can thiệp lâm sàng này thiết lập các mô hình suy nghĩ thích nghi hơn.

- Liệu pháp kỹ năng chống đỡ

Những liệu pháp này tập trung vào sự phát triển các vốn liếng kỹ năng, được thiết kế để trợ giúp cho BN trong việc chống đỡ với các tình huống stress đa dạng. Giúp cho một người có thể phản ứng mạnh mẽ chống lại các sự kiện bên ngoài, giúp người bệnh có thể nhận biết các cách thức nhận thức và hành vi của mình và biết thay đổi các cách NTHV đó.

- Liệu pháp giải quyết vấn đề

Liệu pháp này là đặc trưng cho một sự kết hợp của các kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức và các quá trình rèn luyện các kỹ năng chống đỡ. Các liệu pháp giải quyết vấn đề nhấn mạnh vào việc hình thành và phát triển các chiến lược chung cho giải quyết hàng loạt hoạt động lớn các vấn đề cá nhân. Đó là biết thay đổi các cách thức các cách thức đó có thể làm tăng cường ảnh hưởng của các sự kiện âm tính (ví dụ như có những ý nghĩa và hình dung khơi gợi LA), đồng thời biết sử dụng các chiến

lược làm giảm tác động xấu của các sự kiện âm tính. Nó cũng nhấn mạnh vào tầm quan trọng của sự hợp tác tích cực giúp BN và nhà trị liệu trong việc đặt ra kế hoạch cho chương trình điều trị.

- Phương pháp điều trị nhận thức hành vi

Mục tiêu của phương pháp làm thay đổi kiểu suy nghĩ, cuối cùng dẫn đến thay đổi hành vi. Con người muốn có hành vi đúng đắn phải đáp ứng 2 yêu cầu:

- . Tự quan sát được mình
- . Tự kiểm soát được mình

Cho BN ghi nhật ký hàng ngày về các mục: sự kiện - cảm xúc – suy nghĩ (Bảng ghi nhật ký xem phần phụ lục 5)

Ghi tất cả các sự kiện trong ngày

Cảm xúc ước lượng đánh giá cảm xúc của mình theo bậc thang đơn vị từ 0-100 điểm. Đó là đơn vị khó chịu chủ quan.

Suy nghĩ, ghi suy nghĩ của mình về sự kiện

Giúp cho người bệnh có kiến thức để tự làm lấy và tự nhận trách nhiệm về mình.

** Các kỹ thuật trị liệu trong liệu pháp nhận thức hành vi*

+ **Kỹ thuật hành vi**

- Các kỹ thuật hành vi và nhận thức đi đôi với nhau. Các kỹ thuật hành vi kiểm tra và thay đổi các nhận thức kém thích ứng và không chính xác. Mục đích chung của các kỹ thuật như vậy là giúp đỡ các BN hiểu sự không chính xác của các giả định nhận thức của họ và học các chiến lược và cách thức mới giải quyết các vấn đề. Các kỹ thuật hành vi bao gồm lên kế hoạch các hoạt động, làm chủ và vui thú, làm bài tập, diễn tập nhận thức huấn luyện tự lực, tập đóng vai, tiêu khiển, thư giãn.

- BN ghi lại các hoạt động và xem xét chúng với nhà trị liệu. Tự theo dõi bằng cách ghi nhật ký và ý nghĩ, tư duy, hành vi và cảm xúc đi kèm. Nhật ký giúp BN nhận thức được tư duy kém thích ứng của họ và chỉ rõ hậu quả của nó trên hành vi. Về sau thì nhật ký sẽ giúp biểu lộ và củng cố các hành vi tiêu cực.

- BN được yêu cầu đánh giá lượng làm chủ và sự vui thú mà các hoạt động mang lại BN thường cảm thấy ngạc nhiên khi biết rằng họ có thể làm chủ các hoạt động và vui thú hơn là họ tưởng tượng.

Để đơn giản tình huống và bảo đảm sự thành công nhỏ, nhà trị liệu chia các công việc ra thành các bước nhỏ như giao bài tập nhỏ, để chứng tỏ cho BN thấy rằng họ có khả năng thành công.

Các đặc điểm chính của bài tập:

Nhận diện vấn đề, ví dụ niềm tin của BN là không có khả năng đạt được các mục đích quan trọng đối với họ.

Hình thành một dự án. Giao bài tập (hay hoạt động) cho BN từ đơn giản đến phức tạp. BN nhận thấy, ngay lập tức và trực tiếp là họ đang thành công việc đạt được mục tiêu đặc biệt. Sự phản hồi cụ thể liên tục cung cấp cho BN các thông tin chính mỗi liên quan đến khả năng của họ.

Trong diễn tập nhận thức, BN tưởng tượng 1 tình huống khó khăn và nhà trị liệu hướng dẫn họ từng bước thực hiện và giải quyết thành công, với tình huống đó. Sau đó, BN tiếp tục luyện tập, diễn tập các bước này một cách tưởng tượng.

Các BN được khuyến khích trở nên tự học bằng cách thực hiện các việc đơn giản như tự mua giấy, tự mua sắm cho mình, tự chuẩn bị thức ăn, gọi là huấn luyện tự lực.

Trong kỹ thuật hành vi có các kỹ thuật:

- *Tập đóng vai:* là một kỹ thuật hiệu quả trong công việc rút ra các tư duy tự động và học các hành vi mới. Nhà trị liệu và BN tập đóng vai trong đó nhà trị liệu thực hiện các hành vi mới hay các đáp ứng thích nghi với các tình huống.

Các kỹ thuật tiêu khiển có lợi trong việc giúp BN vượt qua những thời điểm khó khăn, là bao gồm hoạt động thể lực, tiếp xúc xã hội, làm việc, vui chơi.[18].

- *Giải cảm ứng có hệ thống*

Nguyên lý của sự giải cảm ứng có hệ thống rất đơn giản: Không thể có khả năng cả hai trạng thái thư giãn và lo âu xảy ra cùng 1 thời gian

Kỹ thuật gồm 4 phần:

Tập thư giãn

Xây dựng một hệ thống thang bậc của những tình huống kêu gọi sự lo âu

Lập thang đánh giá chủ quan về lo âu (Xem bảng phụ lục 6)

Quá trình giải cảm ứng

- *Kỹ thuật kích hoạt hành vi*: là thể hệ thứ 3 của LPHV. Đó là một trong những liệu pháp tâm lý phân tích chức năng dựa trên mô hình tâm lý về thay đổi hành vi của Skinner. Kỹ thuật kích hoạt hành vi là một phần của LPHV, giúp BN lo âu giảm đi hành vi trốn tránh và đồng thời kích hoạt các hoạt động có lợi cho sức khỏe.[16,tr.22-31]

- *Kỹ thuật nhận thức*

Với mục đích là làm bộc lộ và kiểm tra ý nghĩa, thay đổi hành vi của BN bao gồm 4 quá trình:

Thứ nhất: là nhận diện các tư duy tự động, bao gồm các niềm tin không hợp lý, nhà trị liệu phải cho họ thấy rằng cảm xúc của họ(hay còn gọi là hậu quả cảm xúc) không phải do người khác gây ra hoặc các nguồn lực bên ngoài(sự kích hoạt), giúp BN hiểu rằng chính cách mà họ làm, họ cảm nhận và thể hiện cư xử ra bên ngoài... thông qua cách mà BN nghĩ và niềm tin không hợp lý – nhận thức sai lệch

Thứ hai: kiểm chứng các tư duy tự động nhà trị liệu hướng dẫn và giúp đỡ BN kiểm chứng giá trị của các tư duy tự động, BN được hướng dẫn để sẵn sàng chất vấn lại với những ý nghĩ của họ trước một sự kiện đau buồn hoặc gây ra những cảm xúc khác, cách thay đổi suy luận của họ. Mục đích là khuyến khích BN đưa ra các giải thích thay thế cho các sự kiện cũng là một cách làm xói mòn tư duy tự động.

Thứ ba: nhận diện các giả định kém thích ứng đã dẫn dắt cuộc sống của BN đến thất vọng, thất bại và cuối cùng là trầm cảm.

Thứ tư: là kiểm chứng và thay thế giá trị giả định kém thích ứng khi đã nhận diện được các giả định kém thích ứng nhà trị liệu đương đầu với từng LA để giúp BN nhìn ra các sai lầm vốn có của niềm tin không hợp lý thông qua tranh luận ý thức (cognitivedis putation) bằng cách hỏi – yêu cầu đưa ra – giải thích bằng chứng về niềm tin bởi những câu hỏi trực tiếp và hình thức được lựa chọn để đương đầu với niềm tin là dùng tranh luận tưởng tượng (imaginal disputation) đây là kỹ thuật cho phép trí tưởng tượng của BN đi ngược lại niềm tin không hợp lý, tưởng tượng

với tình huống không thoải mái và từng mức thang bậc dễ chịu hơn, ít căng thẳng hơn, ít giận hơn,... hoặc giảm hơn bất cứ gì liên quan đến cảm xúc tiêu cực. Khi BN có thể nói ra rằng mình có thể tưởng tượng việc giảm dần cường độ mạnh mẽ của cảm xúc, nhà trị liệu sẽ hỏi để giúp BN tìm ra suy nghĩ gì đã sử dụng để tạo ra sự cải thiện. Và dần những suy nghĩ này sẽ được sử dụng trong những tình huống thật trong tương lai để thay thế các suy nghĩ đã sinh ra các cảm xúc tiêu cực. (Parott, 1997).[18,tr.28-29]

- Trong kỹ thuật này có thêm kỹ thuật luyện tập luyện tập khẳng định bản thân:

Lo âu, sợ hãi đưa đến tác phong bị ức chế, thiếu khẳng định bản thân, không dám có lời nói, cử chỉ, thái độ, hành vi gì như một người thường trong giao tiếp xã hội.

Thiếu khẳng định bản thân sẽ gây ra chứng bệnh:

Lệch lạc tình dục, lo sợ đối với người khác giới dẫn đến loạn dục đồng giới, loạn dục phô bày, loạn dục trẻ em,

Bệnh cơ thể tâm sinh: cơ chế bệnh do sự ức chế biểu hiện cảm xúc ra ngoài gây ra những kích thích thường diễn ra bên trong

Nguyên tắc điều trị: loại trừ lo âu

Tìm hiểu hành vi kém khẳng định bản thân: phát hiện biểu hiện cảm xúc là lý do riêng của bản thân.

Giải thích cái sai và tác hại của tính thiếu khẳng định bản thân.

Khuyến khích và thúc đẩy hành vi tự khẳng định bản thân của BN. Người ta thường dùng phương pháp đóng kịch (Roleplay) Thầy thuốc và BN là tạo cho BN có cảm xúc và hành vi khẳng định bản thân mình.[20].

Ngoài ra còn có những kỹ thuật khác như:

- *Kỹ thuật phơi nhiệm (thực nghiệm phơi bày)*

Phơi nhiệm tức là phơi bày BN với sự vật, sự việc làm cho sự LA của BN gia tăng có thể là động vật hay vật thể chẳng hạn như sợ độ cao, vi trùng, một vài tình

huống như nói chuyện với các vị chức quyền, một số cảm giác cơ thể như tim đập nhanh, hơi thở ngắn ...

- *Kỹ thuật thư giãn thở bằng bụng*

Đây là một kỹ thuật đơn giản và có hiệu lực rất lớn. Nó dạy cho BN cách thở chậm từ bụng, giúp BN thư giãn và trực tiếp làm giảm các triệu chứng LA và hoảng sợ. Nó là bước đầu tiên trong việc khống chế hoảng sợ.

Ngoài ra, có thể huấn luyện cho BN các kỹ năng khác như: kỹ năng giao tiếp, kỹ năng tự khẳng định bản thân có lý và có ích, kỹ năng xã hội, kỹ năng điều chỉnh niềm tin sai lệch.[3]

- *Kỹ thuật ngập lụt*

Giống như giải cảm ứng có hệ thống, sự ngập lụt dựa trên nguyên lý của sự dập tắt phản xạ có điều kiện, kỹ thuật làm dập tắt, làm quên đi đáp ứng có điều kiện với những kích thích có điều kiện

BN hình dung tình huống căng thẳng nhất cho tới khi sự lo âu biến mất

Trực tiếp đối mặt với tình huống gây sợ hãi trong cuộc sống.

1.1.3.6. Tính hiệu quả, sự khác nhau của liệu pháp nhận thức hành vi và các liệu pháp khác.

** Tính hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi*

+ LPHV cố gắng dạy người bệnh kỹ năng để đối phó với các vấn đề của họ. BN lo âu có thể biết rằng tránh né các tình huống sẽ giúp họ không phải sợ. Trực diện với cái sợ với cách thức dần dần và kiểm soát được sẽ giúp BN có niềm tin về khả năng của họ trong việc đối phó thay đổi hành vi và niềm tin.

Ví dụ: người bị LA sẽ học được cách giải quyết các vấn đề hay né tránh trước kia, đồng thời họ cũng biết rằng LA không có nguy hiểm như họ tưởng. Người bị trầm cảm sẽ nhìn nhận họ như là người bệnh thường khác hơn là canh gác tự ti và không hoàn thiện thậm tệ.

+ Một dạng mới của mối quan hệ

- Liệu pháp NTHV trên cơ sở 1:1 có thể mang đến cho người bệnh một kiểu quan hệ mới mà họ không có trước kia. Quan hệ công tác có ý nghĩa rằng họ liên quan đến việc thay đổi một cách chủ động.

- Nhà trị liệu tìm hiểu quan điểm và phản ứng của BN rồi hình thành cách thức tiến triển của liệu pháp. BN có thể bộc lộ các vấn đề rất riêng tư của mình và cảm thấy khây khỏa, bởi vì không có ai phán xét họ. BN đi đến quyết định theo một cách trưởng thành hơn bởi vì tất cả các vấn đề đều đã được cởi mở và giải thích. Mỗi cá nhân tự do quyết định theo cách của mình. Một số BN đánh giá cao trải nghiệm này là phần quan trọng nhất của liệu pháp.

+ Giải quyết các vấn đề trong cuộc sống. Các phương pháp của liệu pháp NTHV có lợi ích bởi vì BN giải quyết được các vấn đề mà đã tồn tại từ lâu và bế tắc. Một số BN lo âu cứ phải làm mãi một công việc chán ngấy bởi vì không đủ tự tin để thay đổi.

+ Các BN trầm cảm có thể thấy không xứng đáng để gặp gỡ những người mới ở xã hội và cải thiện đời sống xã hội của họ. Những người bị bế tắc trong các mối quan hệ không thỏa đáng có thể giúp người ta một tiếp cận mới để giải quyết các vấn đề có lý do nằm ở các rối loạn cảm xúc. [3]

** Sự khác nhau của liệu pháp nhận thức hành vi và các liệu pháp khác.*

+ Khác nhau về bản chất của mối quan hệ giữa nhà trị liệu và BN. Ở một vài liệu pháp khác, BN phụ thuộc nhà trị liệu, vì đó là một phần của điều trị.

+ Đối với liệu pháp NTHV thì quan hệ bình đẳng, tập trung vào vấn đề và thực tế. Nhà trị liệu luôn luôn tìm kiếm phản hồi và quan điểm từ BN về diễn tiến của liệu pháp.

+ Quá trình điều trị là quá trình định hướng về mục đích, có cấu trúc và động tác.

+ Liệu pháp NTHV được thiết kế càng ngắn càng tốt nhưng phải đảm bảo tính hiệu quả của việc điều trị liệu pháp NTHV dạy cho BN các kỹ năng để họ trở thành nhà trị liệu của chính họ.

+ Các nhà trị liệu hành vi không cố gắng tìm hiểu tại sao BN hành xử như vậy, họ chỉ dạy cho BN cách thức thay đổi hành vi. [3].

1.1.3.7. Các giai đoạn thực hành của liệu pháp nhận thức hành vi

** Lập hồ sơ tâm lý*

- * Tiếp xúc phỏng vấn khai thác thông tin
- * Xây dựng mối quan hệ điều trị với bệnh nhân (để đạt được điều này phải có thái độ tôn trọng, biết lắng nghe và thấu hiểu bệnh nhân)
- * Nhận diện bản chất rối nhiễu
- * Đánh giá về nhận thức và bệnh sử của bệnh nhân
- * Chuẩn bị cho quá trình thực hiện liệu pháp NTHV
- * Nêu rõ mục tiêu cần điều trị
- + Đánh giá về động cơ của bệnh nhân trong việc muốn thay đổi vấn đề nhận thức
- + Giới thiệu những điểm cơ bản của liệu pháp
- + Thảo luận những bước sẽ thực hiện trong liệu pháp
- * Trị liệu khởi đầu
- * Xác định hướng ưu tiên cho trị liệu
- * Thực hiện chương trình điều trị
- * Đánh giá quá trình điều trị
- * Chuẩn bị tâm lý cho BN trước khi kết thúc điều trị
- * Kết thúc quá trình điều trị, theo dõi và tiên lượng.
- + *Số lượng và thời gian của các buổi điều trị*
- Liệu trình gồm 12 buổi, mỗi tuần 1 buổi, thời gian 1 buổi 60-70 phút
- * *Nội dung của các buổi trị liệu*
- + Xem xét tình trạng các triệu chứng, qua nhật ký triệu chứng của BN và đánh giá lâm sàng (Nhật ký bệnh nhân xem phần phụ lục 5) phần này thường kéo dài (10-15 phút).
- + Xem và thảo luận các bài tập ở nhà của các buổi trị liệu trước (15 phút)
- + Tập trung giải quyết từ 1 đến 2 vấn đề của BN (25 - 30 phút)
- + Tóm tắt lại những công việc đã thực hiện trong buổi trị liệu, giao bài tập và hướng dẫn các bài tập nội dung mới cho BN (10 phút) [7]
- * ***Kế hoạch cho tương lai và kết thúc trị liệu:***
- + Dự báo trước những tình huống khó khăn mà BN có thể gặp trong tương lai, củng cố những gì BN đã học và giúp BN thực hành thuần phục những kỹ thuật này.

+Nói với BN mặc dù đã làm trị liệu LA nhưng không có nghĩa là cả cuộc đời BN sẽ không gặp lại LA. Vì LA đôi lúc có ích, vấn đề BNhiều khi nào LA là quá mức – chỉ khi nào LA quá mức mới đáng lo ngại.

+Cùng BN chia sẻ những công việc vừa làm xong, giải đáp thắc mắc cũng như những khó khăn mà BN có thể gặp phải.

+Ca ngợi những tiến bộ của BN

+Kiểm tra mức độ LA của BN thông qua thái độ đã làm lúc ban đầu.

+BN nhắc lại những kỹ thuật đã học, có tâm thế chuẩn bị cho những LA sắp tới. Bài kiểm tra cuối cùng LA có thể giảm hẳn so với ban đầu.

1.1.3.8. Chỉ định và chống chỉ định:

*** Chỉ định:**

Vào những năm 50 khi mới xuất hiện liệu pháp hành vi chỉ hạn chế trong điều trị đặc biệt là những rối loạn ám ảnh sợ, nhưng sau những năm 70 liệu pháp hành vi đặc biệt xuất hiện thêm liệu pháp nhận thức thì chỉ định của liệu pháp NTHV trở nên rộng rãi hơn:

+ Ám ảnh sợ xã hội, ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ đặc hiệu cơn hoảng sợ.

+ Ám ảnh cưỡng bức không kèm theo trầm cảm nặng, LA lan tỏa lệ thuộc thuốc Benzodia Zepi và các thuốc hướng thần khác.

+ Trầm cảm (không có tự sát) kháng lại thuốc chống trầm cảm.

+ Rối loạn ăn uống

+ Phòng tái phát bệnh lý mạch vành.

+ Đau mãn tính có nguồn gốc thực thể hoặc tâm lý

+ Phục hồi xã hội cho BN tâm thần phân liệt

+ Rối loạn stress sau sang chấn (tâm lý sau sau chiến tranh)

+ Rối loạn nhân cách

+ Các bệnh lý có thể có liên quan đến tâm lý hành vi

+ Cao huyết áp, AiDs, Ung thư, Lão khoa..

+ Các chứng nghiện: thuốc lá, rượu, ma túy...

+ Các rối loạn tâm lý ở trẻ em: đái dầm ban đêm, nói lắp, lo âu, ám ảnh, sợ, tự kỷ.

*** Chống chỉ định:**

- + Tâm thần phân liệt trong giai đoạn cấp tính
- + Nhân cách Paranoia
- + Loạn thần hưng trầm cảm
- + Trầm cảm có ý tưởng tự sát
- + Những BN có khiếm thính, khiếm thị, khuyết tật về ngôn ngữ
- + Những BN không biết đọc, biết viết
- + Những BN dưới 18 tuổi
- + Những BN từ chối tham gia vào quá trình nghiên cứu.[2, tr.48 – 49].

1.2. Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi

1.2.1. Khái niệm điều trị

Điều trị là một phương pháp chữa bệnh tốt nhất, an toàn nhất, tác động lên cơ thể người bệnh, để cơ thể người bệnh nhanh chóng hồi phục, trở lại mức bình thường, mang lại sức khỏe và khả năng làm việc hiệu quả. Điều trị có thể dùng thuốc, hóa chất, dùng liệu pháp tâm lý.

1.2.2. Rối loạn lo âu

1.2.2.1. Khái niệm lo âu

* Có nhiều định nghĩa khác nhau về lo âu:

+ Theo Mike Nichols trong bài viết về: “LA bình thường và rối loạn LA, lan tỏa” cho rằng: LA thường gặp là một cảm giác sợ hãi mơ hồ, khó chịu lan tỏa cùng với rối loạn cơ thể ở bất cứ bộ phận nào. Ít nhất trong thể nhẹ và nhất thời, chúng ta thường thấy mang tính chu kỳ. LA có thể là hoạt động thích nghi như là một tín hiệu báo động và báo trước sự đe dọa bên ngoài hoặc bên trong và hiệu quả là tạo ra hoạt động thích hợp.[27]

+ Theo tác giả Đinh Đăng Hòe: LA là hiện tượng phản ứng tự nhiên bình thường của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội, mà con người phải tìm cách vượt qua, tồn tại hướng tới. [8]

+ Theo Nguyễn Khắc Viện trong từ điển tâm lý: LA là việc đón chờ và suy nghĩ về một điều gì đó có thể xảy ra mà không chắc có thể đối phó được là lo. Nếu sự việc cụ thể không thật rõ là lo về cái gì, sợ về cái gì, đó là hãi [23, tr.190].

1.2.2.2. Khái niệm rối loạn lo âu

Theo tác giả Vũ Dũng thì RLLA là: “Sự sợ hãi quá mức không có nguyên nhân hay do chủ quan của người bệnh và không thể giải thích được do một bệnh tâm thần hay do bệnh cơ thể”. RLLA là rối loạn mà người bệnh không thể kiểm soát được, biểu hiện bền vững và mang tính chất lan tỏa, thậm chí cơ thể xảy ra dưới dạng kịch phát [4, tr.689].

Theo DSM – IV RLLA là những sự sợ hãi thoái quá về một sự kiện hoặc các hành vi kéo dài trong nhiều ngày, xảy ra và lặp đi lặp lại ít nhất 6 tháng. Cá nhân thường có khó khăn khi kiểm soát những lo lắng và thường có những dấu hiệu thực thể chẳng hạn như là sự căng cơ, cáu bẳn, khó ngủ và cảm giác bất an.[24]

Như vậy, trên cơ sở tổng hợp các khái niệm của các tác giả chúng tôi đưa ra khái niệm về RLLA như sau:

RLLA là một cảm xúc rối loạn tâm lý, là sự lo sợ quá mức về một tình huống, có tính chất vô lý, lặp đi lặp lại và kéo dài ảnh hưởng đến sự thích nghi trong cuộc sống. LA cũng là sự lặp đi lặp lại những suy nghĩ vô lý, những hành vi mang tính chất nghi thức, đồng thời đi kèm với những trạng thái về thể chất khó thở, mệt mỏi, không ngủ được, ra mồ hôi tay, tim đập nhanh.

1.2.2.3. Các triệu chứng của rối loạn lo âu

*Biểu hiện qua 4 yếu tố chính: cảm xúc, tư duy, hành vi, triệu chứng trên cơ thể.

+ Cảm xúc: người bệnh thường lo lắng, căng thẳng mà không rõ nguyên nhân, nỗi sợ hãi rất vô lý, mơ hồ nhưng đều biết vậy, họ vẫn không có khả năng kiểm soát bản thân và không biết cách làm giảm nỗi lo của mình.

+ Hành vi: luôn có cảm giác bồn chồn, đứng ngồi không yên, không tập trung vào vấn đề dù rất đơn giản. Họ luôn muốn trốn tránh khỏi những tình huống,

trải nghiệm mà làm họ sợ hãi trước đó, có người sử dụng rượu, bia, thậm chí là ma túy để giảm đi cảm giác LA.

+ Tư duy: Người bệnh tập trung suy nghĩ vào những nguy hiểm rình rập quanh bản thân, gia đình, suy nghĩ về những kí ức không tốt, luôn đề cập đến các triệu chứng bệnh tật của bản thân. Cũng có khi, họ cảm thấy trống rỗng, không thể nghĩ tới bất kỳ điều gì.

+ Triệu chứng cơ thể: Bệnh gây nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe con người, tác động trên tất cả các cơ quan như: Tim mạch (hồi hộp, tăng huyết áp, đau ngực, co thắt lòng ngực...); Dạ dày – ruột (nôn, buồn nôn, khô miệng, tăng nhu động ruột, trướng bụng, khó chịu...); Hô hấp (thở nhanh, khó thở, luôn cảm thấy thiếu khí,...); Các rối loạn cơ thể khác (run, và mồ hôi, đau đầu, chóng mặt, giãn đồng tử...).[34]

1.2.2.4. Nguyên nhân gây ra rối loạn lo âu và các yếu tố nguy cơ

***Nguyên nhân:**

Các nhà nghiên cứu cho thấy bệnh có thể liên quan đến các chất hóa học trong não thường gọi các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, GABA (gamma-aminobutyric acid) và norepinephrine. Tuy nhiên, nguyên nhân có thể là một sự phối hợp của những quá trình sinh học trong cơ thể, các yếu tố di truyền môi trường sống, nhân cách. Nhiều BN cho rằng những RLLA của họ bắt đầu từ thời thơ ấu, nhưng chúng cũng vẫn có thể xảy ra ở lúc trưởng thành.

*Một số yếu tố tăng nguy cơ sinh bệnh:

+ ***Tuổi thơ bất hạnh:*** Trẻ có tuổi thơ bất hạnh và nhiều nghịch cảnh chứng kiến những hình ảnh gây tổn thương, có nguy cơ cao.

+ ***Bệnh tật:*** Mắc phải bệnh nặng khiến BN hoang mang về sự tồn tại của mình. LA về tương lai, cách điều trị, chi phí có thể vượt qua khả năng chịu đựng.

+ ***Stress:*** nhiều tình huống stress dồn dập trong cuộc sống cơ thể khởi sự LA quá mức. Ví dụ tan vỡ các mối quan hệ thân tình đi kèm với stress bị mất việc và mất thu nhập là khởi đầu cho RLLA.

+ ***Nhân cách:*** một số dạng nhân cách nào đó dễ sinh RLLA lan tỏa. Những người không đạt được nhu cầu về tâm lý, như trường hợp không có những liên hệ gần gũi được đáp ứng đầy đủ có nguy cơ cao mắc bệnh. Ngoài ra, một số rối loạn

nhân cách, như rối loạn nhân cách ranh giới(borderline personality disorder), cũng đi kèm với RLLA.

+ **Di truyền:** một số chứng cứ cho thấy RLLA lan tỏa có yếu tố di truyền khiến nó thường gặp ở nhiều thành viên trong cùng một gia đình. [31].

1.2.2.5. Hậu quả của rối loạn lo âu

* RLLA là một trong các rối loạn tâm lý có tính phổ biến cao, bệnh thường kết hợp với nhiều rối loạn. Chính vì thế nó đem lại gánh nặng đáng kể cho cá nhân, gia đình, xã hội.

* LA ảnh hưởng đến các chức năng sống bình thường của BN.

+ Có thể mất rất nhiều thời gian hoặc mắc kẹt trong một mô hình suy nghĩ hành vi lặp đi lặp lại như đếm hoặc rửa tay chỉ để giảm LA, với những nơi lạ mà họ đến hoặc những tình huống mà họ cảm thấy có thể BN sẽ tự cô lập chính mình.

+ Bệnh nhân RLLA thường cảm thấy không thoải mái với những tình huống nhất định. Điều này duy trì thói quen, đặc biệt nhạy cảm với những thay đổi nhỏ của môi trường.

*RLLA có nhiều loại nhưng hầu hết tất cả đều nằm trong một phổ các triệu chứng cảm xúc có tác động đáng kể đến sức khỏe và tình cảm. Các triệu chứng cảm xúc thường xuyên có mặt hoặc trở thành một phần tính cách của những bệnh nhân RLLA.

Bên cạnh đó, BN lo âu có thể giảm những chức năng sống, như kết quả học tập, công việc, giảm sút, các hoạt động xã hội bị thu hẹp, BN cùn mòn giao tiếp xã hội.[1, tr.17-18].

1.2.2.6. Một số rối loạn lo âu phổ biến

Hiện nay trên thế giới có hai hệ thống phân loại các rối loạn tâm thần được sử dụng phổ biến. Đó là bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10,1992) [30,tr.110-116]và hướng dẫn chuẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần lần thứ IV- TR của Hội tâm thần học Mỹ (DSM-IV-TR, 2000).[24,tr.144-157].

Dựa vào các biểu hiện lâm sàng, các nghiên cứu về dịch tễ học, cũng như di truyền, sinh học, tâm lý- xã hội và người ta chia ra RLLA thành nhiều loại khác

nhau. Sự phân loại này trong DSM-IV-TR, (2000) và ICD-10, (1992) và cơ bản nói chung là giống nhau, ngoại trừ một số điểm khác biệt sau:

Trong ICD-10, RLLA được chia làm 3 nhóm chính:

RLLA ám ảnh sợ

RLLA khác

Rối loạn ám ảnh- cưỡng chế

Rối loạn hoảng loạn được xếp khác nhau trong 2 bảng phân loại:

Trong DSM-IV-TR, rối loạn ám ảnh- cưỡng chế được xếp vào một trong các RLLA nhưng trong ICD-10 rối loạn này có một vị trí riêng trong bảng phân loại.

ICD-10 có rối loạn hỗn hợp lo âu- trầm cảm, DSM-IV-TR không có.

Đa số các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam đều sử dụng bảng phân loại ICD –10. Do đó, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn cách phân loại RLLA theo ICD - 10 có các dạng sau đây:

* RLLA ám ảnh sợ

Các cơn hoảng sợ không báo trước, không mong đợi, bất ngờ và lặp đi lặp lại. Trong cơn sợ, người ta thường cố gắng chạy trốn khỏi hoàn cảnh ấy với hy vọng hoảng sợ sẽ dịu đi và thường né tránh dẫn tới sợ khoảng trống, sợ xã hội, ám ảnh sợ đặc hiệu (cô lập –isolated).

+ ***Ám ảnh sợ khoảng trống:***

Ám ảnh sợ khoảng trống là LA quá mức liên quan đến việc phải ở trong các tình huống, ở chỗ mà khó có đường thoát thân hoặc những người giúp đỡ không thể vào được. Khi đi một mình bên ngoài nhà của mình như đi xe buýt, ô tô, trên cầu, nơi đông người, ở một mình trong phòng.

Khi cố gắng giảm tình trạng LA của mình, những chủ thể dễ phát triển thành LA nghi bệnh, trạng thái này thúc đẩy họ đi khám bệnh ở nhiều nơi, nhiều thầy thuốc và làm xét nghiệm nhiều lần.

Cơn hoảng sợ gây ra 4 biến chứng thứ phát là: (1) trầm cảm; (2) lạm dụng rượu, chất kích thích, thuốc an thần diazepam; (3) các ý tưởng tự sát và hành vi tự sát; (4) các khó khăn học tập, nghề nghiệp, hôn nhân, quan hệ cá nhân [21,tr.131].

+ ***Ám ảnh sợ xã hội:***

Ám ảnh sợ xã hội là sợ các hoạt động mà chủ thể phải đối mặt với những người khác. Chủ thể ám ảnh sợ xã hội thường tránh né các tình huống mà trong đó đòi hỏi họ phải va chạm với những người xung quanh hoặc phải đối diện với những người khác. Trong các tình huống như thế, LA có biểu hiện khác nhau như run rẩy, ấp úng, lúng túng, nói lắp, hoặc hoảng sợ.

Các ám ảnh sợ xã hội thường nói là: nói, ăn, viết, ở nơi công cộng, sử dụng nhà vệ sinh công cộng, đi thang máy chung, tham dự bữa tiệc, tham gia hội họp hoặc nói chuyện trước đám đông... Mỗi cá nhân có thể có một hoặc một số tình huống sợ xã hội. Những tình huống sợ này được chia thành 1 trong 3 loại: sợ nơi công cộng, sợ một số tình huống xã hội nhất định và sợ toàn bộ các tình huống.

+ Ám ảnh sợ đặc hiệu (cô lập – isolated):

Ám ảnh đặc hiệu là hiện tượng mà các sự vật và tình huống tự nó không gây ra sợ hãi, nhưng chủ thể tin rằng sợ hãi là kết quả từ sự tiếp xúc với các sự vật, tình huống và hoạt động đó như:

Các động vật: rắn, chuột, sâu, chó, mèo.

Môi trường tự nhiên: độ cao, giông tố, nước.

Máu: bị chích, bị thương.

Các hoàn cảnh khác: đi máy bay, thang máy, sợ lái xe vì sợ gây tai nạn.

Những sợ hãi này thường là quá mức, không có lý do và kéo dài. Chủ thể đều hiểu rằng không có gì đáng sợ nhưng hiểu biết đó không ngăn chặn được sự sợ hãi.

*** Rối loạn lo âu khác**

Các rối loạn mà trong đó biểu hiện LA là triệu chứng chính, không giới hạn vào bất kỳ hoàn cảnh môi trường đặc biệt nào. Các triệu chứng trầm cảm, ám ảnh và các yếu tố LA ám ảnh sợ có thể có các triệu chứng này phải rõ ràng, là thứ phát hoặc ít nghiêm trọng hơn. RLLA khác gồm có:

+ Rối loạn hoảng loạn:

Rối loạn hoảng loạn hay (còn gọi là lo âu kịch phát từng cơn) được đặc trưng bởi các cơn lo âu dữ dội (hoảng loạn) tái diễn nhưng không giới hạn vào bất kỳ tình huống hoặc hoàn cảnh đặc biệt nào đó. Các triệu chứng ưu thế thay đổi tùy theo từng người, nhưng khởi đầu đột ngột với tim đập nhanh, đau ngực, nghẹt thở,

choáng váng, cảm giác không thực (tri giác sai thực tại). Ngoài ra còn có các biểu hiện như sợ chết, sợ bị điên, sợ bị mất kiểm soát. Các cơn hoảng loạn thường kéo dài trong nhiều phút, đôi khi lâu hơn, tần số cũng thay đổi có thể có nhiều lần trong ngày. Kèm theo các triệu chứng của thần kinh tự chủ như vã mồ hôi, run.

+ *Rối loạn lo âu toàn thể:*

RLLA toàn thể (lan tỏa) là trình trạng LA, lo lắng quá mức về nhiều sự kiện hoặc hoạt động và kết hợp với sự căng thẳng cơ thể xuất hiện nhiều ngày, trong khoảng thời gian kéo dài ít nhất 6 tháng. Sự LA khó kiểm soát và kết hợp với các triệu chứng cơ thể dẫn đến là suy giảm chức năng xã hội và nghề nghiệp. Các triệu chứng bao gồm 2 nhóm:

LA quá mức, khó kiểm soát.

Các triệu chứng cơ thể như: căng cơ (tăng trương lực cơ), dễ bực tức, khó ngủ, bứt rứt, khó thư giãn và mệt mỏi.

+ *Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm:*

Các triệu chứng đặc trưng của rối loạn hỗn hợp LA và trầm cảm ngang bằng nhau, nhưng không có triệu chứng nào chiếm ưu thế rõ rệt. Các triệu chứng kết hợp như: Khí sắc trầm, buồn rầu, mất mọi quan tâm thích thú, mệt mỏi, bi quan, kèm theo LA, chủ thể thường LAVới mọi chủ đề không còn mang tính thời sự như đang lo sợ chờ đợi rủi ro, bất hạnh không gắn với bất kỳ một sự kiện nào đặt ra trong đời thường kèm theo nhiều rối loạn hệ thần kinh thực vật nội tạng, vã mồ hôi, đánh trống ngược.

Trầm cảm là một dạng rối loạn cảm xúc có thể gặp ở những cá nhân RLLA. Theo quan điểm của Trevor Turner thì LAVà trầm cảm rất khó phân biệt rạch ròi, thường hay kết hợp với nhau. Có khoảng từ 2-5% dân số có trầm cảm và trong số đó 85% có sự chồng lấn của dạng kết hợp lo âu - trầm cảm.[10, tr.303]. Trầm cảm và lo âu thường đi đôi với nhau giữa khoảng 3/4 BN trầm cảm có LA kèm theo, trên 1/2 BN lo âu có biểu hiện trầm cảm rõ rệt [12, tr.78]

*** *Rối loạn ám ảnh cưỡng chế:***

Nét biểu hiện chủ yếu gồm có ý nghĩ ám ảnh hoặc hành vi cưỡng chế hay cả hai. Ý nghĩ ám ảnh là ý nghĩ lặp đi lặp lại chúng có tính chất xâm phạm và không

thích hợp gây nên LA hoặc đau khô. Chủ thể có thể nhận thấy không đúng, không hợp lý nhưng không thể loại bỏ đi được.

Các hành động cưỡng chế là hành vi lặp đi lặp lại như rửa tay, khóa cửa, sắp xếp hoặc kiểm tra vì sợ trộm. Những hành vi cưỡng chế này không liên hệ một cách thực sự với hoàn cảnh mà họ mô tả quá mức cần thiết rõ rệt.

Mặc dù các hành vi cưỡng chế làm giảm LA, nhưng giảm không được lo âu vì vậy chủ thể lại lặp lại. Chủ thể ngày càng phát triển những nghi thức phức tạp để giảm LA hoặc mất nhiều thời gian nhằm thực hiện chúng. Rối loạn ám ảnh cưỡng chế cũng kết hợp các hành vi né tránh, chủ thể thường né tránh các tình huống hoặc hoàn cảnh gây lo sợ.

Cả các ý nghĩ ám ảnh và hành vi cưỡng chế đều gây đau khổ, tổn hại bởi chúng chiếm nhiều thời gian và gây phiền toái. Các ám ảnh phổ biến là sợ bẩn, nghi ngờ quá mức, tấn công và xung năng tình dục, triệu chứng cơ thể và sự cần thiết yêu cầu chính xác. Hành vi cưỡng chế chủ yếu là kiểm tra, làm sạch và đếm.

1.2.3. Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi

1.2.3.1. Khái niệm điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi

Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi là dùng liệu pháp tâm lý, cụ thể là dùng liệu pháp NTHV, bằng các kỹ thuật thông qua lời nói diễn giải hướng dẫn của nhà trị liệu, người bệnh được chia sẻ cảm xúc, giúp họ chăm sóc tốt cơ thể. Nhằm làm giảm bớt các triệu chứng bệnh lý RLLA, đem lại sức khỏe, niềm tin cuộc sống. Giúp BN đối diện vấn đề và tự mình giải quyết vấn đề.

1.2.3.2. Nội dung của điều trị rối loạn lo âu

Hiện nay trên thế giới phổ biến 2 phương thức trị liệu RLLA đó là trị liệu bằng thuốc và trị liệu bằng tâm lý.

*** Trị liệu bằng thuốc:**

Biện pháp dùng thuốc đang được các bác sĩ chuyên khoa thần kinh sử dụng để điều trị về RLLA. Sử dụng thuốc là cách thức để giảm LA, giảm các biểu hiện của cơ thể giúp BN có thể tham gia vào các hoạt động hàng ngày.

Ngoài ra, trong điều trị thuốc đối với RLLA phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tài chính, cơ địa của từng cá nhân, khả năng đáp ứng với thuốc và các tác dụng phụ của thuốc gây nên.

Nhưng thông thường bác sĩ chọn một số nhóm thuốc thế hệ mới, được sử dụng phổ biến hiện nay như: nhóm chống trầm cảm 3 vòng(amitriptylin, deparamin, nortriptylin, doxepin); nhóm thuốc ức chế tái hấp thụ chọn lọc serotonin SSRI (Selective serotonin reuptakeinhibitors) và nhóm thuốc benzodiazepin có tác dụng tốt trong điều trị RLLA.[12,tr.78-105].

Trong đề tài nghiên cứu này, theo tham khảo ý kiến của các bác sĩ tại Bệnh Viện Tâm Thần Trung ươngII. Liều thuốc được cho tùy thuộc tình trạng *BN*, bác sĩ điều trị cho liều từ thấp đến cao./

Vì vậy, tất cả 2 nhóm BN này đều điều trị bằng các loại thuốc:

Transen:	10mg	Uống:	Tối 1 viên
Sulpirid:	50mg	Uống: Sáng 1 viên	Tối 1 viên
Amitriptylin:	10mg	Uống:	Tối 2 viên
Gramalat B6:		Uống: Sáng 1 viên	Tối 1 viên

*** Trị liệu bằng tâm lý**

Liệu pháp tâm lý trị liệu được dùng để điều trị BN mắc RLLA là liệu pháp nhận thức hành vi(cognitive behaviora/therapy- CBT). Trị liệu giúp BN hiểu được tác động của suy nghĩ và cảm xúc lên hành vi từ đó thay các suy nghĩ tích cực cho những suy nghĩ tiêu cực dẫn đến LA.

Điều đó giúp BN đối diện với sợ hãi và dần dần cảm thấy thoải mái hơn trong các tình huống như vậy đồng thời thực hành các kỹ năng mà họ được học. BN ghi chép suy nghĩ của họ và cảm xúc của họ trong nhật ký, ghi chú các tình huống mà họ cảm thấy LA và các hành vi làm giảm LA thường gồm 6 đến 12 buổi trị liệu cá nhân, cách tuần. [32]

Chính vì vậy, việc áp dụng các liệu pháp tâm lý để điều trị cho RLLA là vô cùng cần thiết. Trong khuôn khổ của đề tài, chúng tôi ứng dụng liệu pháp NTHV để điều trị RLLA.

TIÊU KẾT CHƯƠNG 1

Người bình thường, khi gặp những khó khăn và mối đe dọa trong cuộc sống sẽ xuất hiện cảm giác LA. Đây hoàn toàn là một phản ứng hết sức tự nhiên của con người, là một tín hiệu báo trước để con người cảm giác được nguy hiểm và tìm cách vượt qua để tồn tại. Tuy nhiên, đối với một số con người, sự LA không chỉ dừng lại ở mức phản xạ tự nhiên mà luôn thường trực trong tâm trí, kéo dài dai dẳng, biểu hiện một cách quá mức, gây ảnh hưởng đến sức khỏe, cuộc sống. Lúc này lại báo hiệu một chứng bệnh về tâm lý – chứng RLLA [34].

RLLA là sự sợ hãi quá mức, không có nguyên nhân, do chủ quan của người bệnh và không thể giải thích được do 1 bệnh tâm thần khác hoặc do một bệnh cơ thể. RLLA là sự sợ hãi quá mức, không có nguyên nhân, do chủ quan của người bệnh và không thể kiểm soát được biểu hiện vững chắc, mãn tính và khuếch tán dưới dạng kịch phát. BN có RLLA, đặc biệt hoảng sợ, thường kèm theo các rối loạn chức năng xã hội và nguy cơ lạm dụng thuốc cao hơn người bình thường. Chính vì vậy, liệu pháp NTHV được đánh giá là điều trị RLLA đạt kết quả cao.

Liệu pháp nhận thức hành vi, là một trong những loại tâm lý trị liệu (chữa trị bằng cách nói chuyện về tình trạng bệnh và những vấn đề liên quan của mình với các bác sĩ tâm lý). Trị liệu này kết hợp cả cách chữa trị nhận thức và cư xử để nhận diện được những tin tưởng lành mạnh và tích cực.

Nói chung liệu pháp NTHV là điều trị ngắn hạn, tập trung vào việc dạy những kỹ năng cụ thể để xác định những suy nghĩ và hành vi tiêu cực và thay thế chúng với những người tích cực. Ngay cả khi một tình huống không mong muốn không thay đổi, có thể làm giảm căng thẳng và giành quyền kiểm soát nhiều hơn đối với cuộc sống bằng cách thay đổi phản ứng ./.

Chương 2

TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đặc điểm chung của khách thể nghiên cứu

Chúng tôi chọn ngẫu nhiên 60 bệnh nhân RLLA điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh Bệnh viện Tâm thần Trung ương II và được chia thành 02 nhóm nghiên cứu.

Nhóm can thiệp: 30 bệnh nhân RLLA, các BN này điều trị bằng thuốc, chống RLLA kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi.

Nhóm chứng: 30 bệnh nhân RLLA, các bệnh nhân này được điều trị bằng thuốc chống RLLA.

Tất cả 02 nhóm BN này chúng tôi đều điều trị bằng một trong bốn loại thuốc chống RLLA (đã trình bày ở phần 1.2.3.2. Nội dung của điều trị rối loạn lo âu RLLA).

2.1.1. Sự phân bố các khách thể theo độ tuổi

Bảng 2.1: phân bố các khách thể theo độ tuổi

Độ tuổi	Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
18 - 20		2	6,6	3	10
21 - 30		12	40	7	23,3
31- 40		5	16,6	9	30
41 - 50		6	20	6	20
> 50		5	16,6	5	16,6
Tổng		30	100	30	100

Kết quả bảng 2.1. cho thấy:

Độ tuổi từ 21-30 ở nhóm can thiệp chiếm 40%, nhóm chứng chiếm 23,3%.

Độ tuổi từ 41-50 ở nhóm can thiệp và nhóm chứng tỷ lệ bằng nhau (20%)

Nhóm tuổi >50, 2 nhóm cũng chiếm tỷ lệ bằng nhau (16,6%), nhóm chúng chiếm (20%).

Chúng ta thấy ở mỗi độ tuổi đều chiếm tỷ lệ khác nhau, trong đó độ tuổi từ 41-50 và >50 tuổi ở cả 2 nhóm lại chiếm tỷ lệ bằng nhau.

Sở dĩ có sự bằng nhau này là do cách chọn mẫu của chúng tôi chọn thuận tiện, chọn tất cả những bệnh nhân RLLA đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.2. Sự phân bố các khách thể theo giới:

Bảng 2.2: phân bố các khách thể theo giới:

Giới \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Nam	9	30	6	20
Nữ	21	70	24	80
Tổng	30	100	30	100

Kết quả bảng 2.2. cho thấy:

Số BN qua hai nhóm can thiệp và nhóm chứng, tỷ lệ BN nữ đều cao hơn BN nam. Nhóm can thiệp (70% - 30%), nhóm chứng (80% - 20%).

Ở nhóm chứng tỷ lệ BN nữ cao hơn nhóm can thiệp (80% - 70%)

Trên thực tế, khi BN nam bị bệnh trầm cảm hay lo âu, họ không muốn lựa chọn điều trị bằng liệu pháp tâm lý, mà thích lựa chọn phương pháp điều trị bằng thuốc hơn. Mặc khác BN nam thường cho rằng điều trị bằng liệu pháp tâm lý thể hiện sự kém cỏi, yếu đuối và không muốn nhiều người biết mình có bệnh, đây cũng là lý do khiến cho rất nhiều BN nam không muốn tới trung tâm, bệnh viện có chuyên khoa khám và điều trị khi biết mình có bệnh.

2.1.3. Tình trạng hôn nhân của các khách thể nghiên cứu

Bảng 2.3: phân bố các khách thể theo hôn nhân:

Hôn nhân \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Độc thân	9	30	11	36,6
Kết hôn	17	56,6	16	53,3
Khác (ly hôn, ly thân, góa)	4	13,3	3	10
Tổng	30	100	30	100

Kết quả bảng 2.3. cho thấy:

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ người mắc RLLA ở cả 2 nhóm trong tình trạng kết hôn chiếm tỉ lệ rất cao ở cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng, trong đó ở nhóm can thiệp tỷ lệ 56,6% và nhóm chứng 53,3%. Người độc thân chiếm tỉ lệ có cao nhưng vẫn thấp hơn nhóm kết hôn, ở nhóm can thiệp là 30% và nhóm chứng cao hơn là 36,6%.

Tỉ lệ người mắc RLLA thuộc tình trạng hôn nhân ở nhóm khác thì có tỉ lệ thấp hơn ở đây chủ yếu là người ly hôn, còn ly thân và góa thì hiếm hơn.

2.1.4. Trình độ học vấn của các khách thể nghiên cứu

Bảng 2.4: phân bố các khách thể theo trình độ học vấn:

Trình độ \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Phổ thông cơ sở	6	20	5	16,6
Phổ thông trung học – Trung cấp	16	53,3	15	50
Cao đẳng, Đại học- Sau đại học	8	26,6	10	33,3
Tổng	30	100	30	100

Kết quả bảng 2.4. cho thấy:

Trong nghiên cứu này của chúng tôi trình độ học vấn phần lớn bệnh nhân RLLA ở cả 2 nhóm, nhóm can thiệp và nhóm chứng tập trung ở trình độ Phổ thông trung học – Trung cấp khá cao, trong đó nhóm can thiệp tỉ lệ 53,3% và nhóm chứng 50%. Còn trình độ Cao đẳng, Đại học, sau Đại học thấp hơn, nhóm can thiệp có tỉ lệ 26,6%. Nhóm chứng có tỉ lệ 33,3%, tỉ lệ thấp nhất có trình độ học vấn bậc phổ thông cơ sở, nhóm can thiệp 20%, nhóm chứng 16,6%.

Điều này phù hợp với mặt bằng trình độ dân trí của thành phố như thành phố Biên Hòa ở thời điểm hiện tại, nó cũng tương thích với hình thức lao động chân tay hay lao động trí óc đã nghiên cứu ở trên.

2.1.5. Đặc điểm nghề nghiệp của khách thể nghiên cứu

Bảng 2.5: phân bố các khách thể theo nghề nghiệp:

Nghề nghiệp \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Công nhân	11	36,6	13	43,3
Nông dân	3	10	2	6,6
Viên chức	6	20	5	16,66
Học sinh - Sinh viên	3	10	4	13,3
Nghề tự do	7	23,33	6	20
Tổng	30	100	30	100

Kết quả bảng 2.5. cho thấy:

Trong nghiên cứu của chúng tôi nghề nghiệp công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ nhóm can thiệp 36,6%, tỉ lệ nhóm chứng 43,3%, tỉ lệ cao thứ 2 là nghề tự do, nhóm can thiệp 23,33%, tỉ lệ nhóm chứng 20%.

Đây là những người lao động chân tay đơn thuần, thu nhập thấp, phần lớn những người này không có việc làm ổn định, ai sai bảo gì thì làm cái đó, đôi khi chỉ

làm được trong những ngày nắng ráo, còn khi trời mưa phải ở nhà, một số lao động nhưng chỉ lao động bán thời gian còn lại là thất nghiệp, do đó thu nhập từ công việc của họ rất thấp, thậm chí không đủ ăn. Nó cũng là lý do khiến cho tình trạng bệnh lý thường gặp ở các đối tượng này nhất là những người thất nghiệp có nguy cơ bị RLLA cao.

Tỉ lệ lao động viên chức cao thứ 3, tỉ lệ nhóm can thiệp 20%, tỉ lệ nhóm chứng 16,66%. Trong thời điểm hiện tại Việt Nam chúng ta là một nước đang phát triển, với nền kinh tế thị trường đầy biến động, rủi ro, với áp lực kinh tế, áp lực công việc, áp lực học hành và cả trong mọi quan hệ ... Chính những điều này tạo gánh nặng rất lớn cho những người lao động trí óc và nguy cơ đưa đến RLLA.

Còn nghề nghiệp học sinh- sinh viên thấp hơn, thấp hơn nữa là nghề nông dân.

*** Địa bàn nghiên cứu**

Quá trình nghiên cứu, điều trị RLLA bằng liệu pháp nhận thức hành vi, chúng tôi được tiến hành tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

Địa chỉ: Đường Nguyễn Ái Quốc, phường Tân Phong, TP Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai.

Vài nét Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

Bệnh viện Tâm thần Trung ương II được hình thành từ năm 1915, trải qua nhiều thời kỳ biến động với nhiều lần đổi tên, tới năm 2013 bệnh viện được Bộ Y Tế quyết định đặt tên là Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

Trải qua hơn 100 năm (1915- 2016) hình thành và phát triển, ngày nay Bệnh viện Tâm thần Trung ương II đã trở thành bệnh viện đầu ngành tâm thần phía Nam, đảm nhận công tác chăm sóc, điều trị BN tâm thần và chỉ đạo mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần của các tỉnh từ Đà Nẵng trở vào.

Cùng với sự phát triển chung của đất nước và sự quan tâm sâu sát của lãnh đạo Bộ Y Tế, Bệnh viện Tâm Thần ương II đã có sự phát triển mạnh mẽ với cơ sở vật chất nâng cấp hiện đại hơn và đội ngũ chuyên môn được nâng cao cả về số lượng và chất lượng.

Bên cạnh đó, công tác đào tạo và nghiên cứu khoa học không ngừng được đẩy mạnh và nâng cao. Nhiều công trình nghiên cứu khoa học cấp Bộ và cấp cơ sở đã được thực hiện nhằm giải quyết các vấn đề y học thực tiễn phát sinh trong công tác điều trị chăm sóc BN hàng ngày, và đã góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị BN tâm thần tại Bệnh viện.

Hiện nay Bệnh viện được xây dựng trên diện tích gần 17 hecta với nhiều khoa, phòng mới được xây dựng. Hiện Bệnh viện có 7 phòng hành chính và 23 khoa. Đội ngũ cán bộ của Bệnh viện gồm 800 người, trong đó có 01 tiến sĩ, 07 thạc sĩ, 03 bác sĩ chuyên khoa II, 42 bác sĩ chuyên khoa I. Trong đó, các nhà tâm lý lâm sàng của khoa Tâm Lý hoạt động ở hầu hết các khoa lâm sàng. Ngoài điều trị nội trú cho BN Tâm thần tuyến cao nhất, Bệnh viện Tâm thần Trung ương II còn mở thêm các dịch vụ mới như:

- + Khám, chữa bệnh ngoại trú BN Nội thần kinh
- + Khám sức khỏe tuyển dụng, đi học, đi làm, lái xe, và khám sức khỏe định kỳ
- + Giám định sức khỏe Tâm thần để kết hôn, di chúc, trợ cấp...
- + Khám bảo hiểm y tế ban đầu, đặc biệt là khám ngoại trú và điều trị nội trú cho BN tâm thần tuyến cao nhất
- + Khám ngoại trú và điều trị nội trú BN Tâm thần bảo hiểm y tế tuyến cao nhất
- + Khám điều trị nội trú các BN dịch vụ, Cán bộ Quốc tế
- + Khám chuyên khoa: Răng hàm mặt, Mắt, Tai mũi họng, Da liễu...
- + Các chuẩn đoán hình ảnh: CT scanner, Xquang kỹ thuật số, Siêu âm 3D, Điện não đồ vi tính, Điện tim, Lưu huyết não...
- + Các xét nghiệm thông thường và chuyên sâu như: Sinh hóa máu, Định lượng thuốc, xét nghiệm về Gen...
- + Thực hiện các Liệu pháp trị liệu tâm lý, Tham vấn và thực hiện các test chuẩn đoán

+ Khám điều trị các bệnh nhi Tâm thần, các liệu pháp chuyên biệt cho trẻ tự kỷ, tăng động, giảm chú ý, ...

Bệnh viện Tâm thần Trung ương II hoàn toàn chủ động trong chuẩn đoán và điều trị các bệnh Tâm thần với trang thiết bị hiện đại, đồng bộ, đặc biệt với đội ngũ bác sĩ chuyên khoa sâu, cử nhân Tâm lý được đào tạo chuyên nghiệp luôn ứng dụng các liệu pháp, điều trị tâm lý chuyên biệt đã tạo nên uy tín cho Bệnh viện.

Ngoài điều trị các BN có các rối loạn tâm thần, Bệnh viện còn có nhiều chuyên khoa sâu: Tâm thần người già, Tâm thần trẻ em, Khoa phục hồi chức năng, đặc biệt là khoa Tâm lý lâm sàng đã ứng dụng các kỹ thuật điều trị tiên tiến của thế giới và khu vực làm thay đổi toàn diện trong điều trị tâm thần.

Kể từ năm 2011, Bệnh viện đã triển khai thành công khám ngoại trú và điều trị nội trú cho BN có thể bảo hiểm y tế ban đầu và tuyền cao nhất về tâm thần, bước đầu để phục vụ được khá nhiều BN có các vấn đề về sức khỏe tâm thần và được người bệnh hết lòng ủng hộ.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán đối tượng nghiên cứu**

Hiện nay có 02 hệ thống tiêu chuẩn chẩn đoán trên thế giới được sử dụng cho chuẩn đoán các rối loạn tâm thần nói chung và các RLLA nói riêng đó là ICD-10 và DSM-IV-TR. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu dựa vào tiêu chuẩn chuẩn đoán RLLA, theo ICD – 10, bao gồm các triệu chứng sau:

A. Phải có một khoảng thời gian kéo dài ít nhất 6 tháng với sự căng thẳng nổi bật, lo lắng và cảm giác lo sợ về các sự kiện, các rắc rối hàng ngày.

B. Ít nhất 4 trong số các triệu chứng được liệt kê dưới đây phải có mặt ít nhất một trong số 4 triệu chứng đó phải nằm trong mục từ (1) đến (4):

+ Các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật:

1. Hồi hộp, tim đập mạnh, hoặc nhịp tim nhanh
2. Vả mồ hôi
3. Run
4. Khô miệng (không do sử dụng thuốc hoặc mất nước)

+ Các triệu chứng liên quan đến vùng ngực và bụng:

5. Khó thở
6. Cảm giác nghẹn
7. Đau hoặc khó thở ở ngực
8. Buồn nôn hoặc khó chịu ở phần bụng (Ví dụ: sôi bụng)

+ Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm lý:

9. Chóng mặt, ngất xỉu hoặc choáng váng
10. Cảm giác mọi đồ vật không thật (tri giác sai thực tại)
11. Sợ mất kiểm soát
12. Sợ bị chết

+ Các triệu chứng toàn thân:

13. Các cơn đổ mồ hôi hoặc ớn lạnh
14. Tê cứng hoặc cảm giác kim châm

+ Triệu chứng căng thẳng

15. Căng cơ hoặc đau đớn
16. Bồn chồn hoặc không thể thư giãn
17. Tâm lý căng thẳng
18. Có cảm giác có khối trong họng hoặc khó nuốt.

• Các triệu chứng không đặc hiệu khác

19. Dễ bị giật mình
20. Khó tập trung, hoặc đầu óc “trở nên trống rỗng” vì LA
21. Dễ nổi nóng, cáu gắt vô cớ
22. Khó ngủ vì lo lắng.

2.2. Tổ chức nghiên cứu

Để hoàn thành luận văn chúng tôi tổ chức nghiên cứu theo 4 giai đoạn:

*** *Giai đoạn 1:***

+ Nghiên cứu lí luận và tập huấn cho nhóm thực hiện liệu pháp nhận thức hành vi, tại khoa Tâm lý lâm sàng Bệnh viện Tâm thần Trung ương II, gồm 6 cử nhân chuyên điều trị tâm lý. Chọn 1 cử nhân, không tập huấn liệu pháp NTHV để đánh giá kết quả chung cả 2 nhóm.

+ Tiến hành làm hồ sơ cho một số BN đã được sàng lọc dựa vào các tiêu chuẩn chẩn đoán trên.

* **Giai đoạn 2:** Nghiên cứu tổng quan về liệu pháp NTHV điều trị bệnh nhân RLLA và những điều chỉnh cần thiết.

* **Giai đoạn 3:** Tiến hành nghiên cứu 60 BN đã được chọn.

* **Giai đoạn 4:** Tổng kết quá trình nghiên cứu, đánh giá và rút ra các kết luận nghiên cứu, hoàn thiện luận văn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Để làm sáng tỏ đối tượng nghiên cứu, giải quyết các nhiệm vụ nghiên cứu đã được xác định trong đề tài này, chúng tôi sử dụng các phương pháp nghiên cứu sau:

2.3.1. Phương pháp nghiên cứu lý luận

Tiến hành dựa trên việc tổng hợp và khái quát các tài liệu đã tổng hợp và xuất bản, những công trình nghiên cứu trong và ngoài nước về RLLA và liệu pháp nhận thức hành vi, từ đó xác định cách tiếp cận, khái niệm công cụ, các tiêu chí đánh giá, xây dựng cơ sở lý luận cho đề tài.

2.3.2. Phương pháp nghiên cứu thực tiễn

2.3.2.1. Phương pháp nghiên cứu lâm sàng

+ Tiến hành tiếp xúc, đánh giá sơ bộ đối tượng qua lâm sàng về biểu hiện của RLLA, làm cơ sở cho việc điều trị RLLA bằng liệu pháp nhận thức hành vi.

+Phỏng vấn trực tiếp khách thể, những người thân trong gia đình và những người có liên quan, để thu thập thông tin về tiểu sử, diễn biến quá trình bệnh lý, đánh giá trình trạng hiện tại.

2.3.2.2. Phương pháp nghiên cứu tiến hành test Zung

+ Thang lượng giá LA của Zung [xem phần phụ lục 1] do William W.K Zung xây dựng (1971) còn được gọi tắt là SAS (The Zung Self Rating Anxiety Scale)

+SAS là thang lượng giá về mức độ LA ở người trưởng thành.

+ SAS đã được chỉnh lý trên người Việt Nam và được sử dụng khá phổ biến tại các Bệnh viện Tâm thần và trong nghiên cứu khoa học. (Cụ thể tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II, từ khi khoa Tâm lý lâm sàng thành lập (2003) đến nay,

việc dùng để nghiên cứu và chuẩn đoán RLLA được các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần chỉ định, cử nhân Tâm lý đánh giá bằng test Zung là phổ biến).

+Thang lượng giá SAS gồm có 20 đề mục, trong đó có 5 đề mục tính điểm ngược, mỗi đề mục có 4 lựa chọn và chỉ được chọn 1 giá trị từ 1-4.

+ Đề mục có giá trị tăng dần: 1,2,3,4,6,7,8,10,11,12,14,15,16,18,20.

Cách xử lý:

- Không có: 1 điểm
- Đôi khi: 2 điểm
- Phần lớn thời gian: 3 điểm
- Hầu hết hoặc tất cả thời gian: 4 điểm

+ Có 5 đề mục có giá trị giảm dần: 5, 9,13 ,17,19

Cách xử lý:

- Không có hoặc rất ít: 4 điểm
- Đôi khi: 3 điểm
- Phần lớn thời gian: 2 điểm
- Hầu hết hoặc tất cả thời gian: 1 điểm

+ Tổng số điểm cao nhất có thể là 80 điểm.

- Cách thực hiện: BN đánh vào mức độ mà họ cho là phù hợp nhất.

- Cách tính điểm: Tổng số điểm từ 40 trở lên được xem là có RLLA

[14,tr.102].

2.3.2.3. Phương pháp nghiên cứu trường hợp điển hình

Phương pháp này giúp cho chúng tôi có thêm tư liệu cụ thể về bệnh nhân RLLA tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II. Cũng như những ảnh hưởng của RLLA đến chất lượng của cuộc sống, các hoạt động cá nhân và cách ứng phó như thế nào khi có RLLA, qua đó có những phát hiện, can thiệp kịp thời và điều trị.

2.3.2.4. Phương pháp phỏng vấn sâu

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu 4 bác sĩ chuyên khoa tâm thần đang làm việc tại Bệnh viện tâm thần Trung ương II, để biết thêm một số đặc điểm chung về RLLA, làm sáng tỏ cho kết quả điều trị RLLA bằng liệu pháp NTHV có những kiến nghị, đề xuất.

2.3.3. Phương pháp thống kê toán học

*** Tiến hành nghiên cứu**

Chúng tôi tiến hành thu thập dữ liệu tại 3 thời điểm

+ **T1**: Ngay trước khi điều trị

Test Zung lần thứ nhất

+ **T2**: Sau lần gặp đầu tiên 6 tuần

Test Zung lần thứ hai

+ **T3**: Sau lần gặp đầu tiên 12 tuần

Test Zung lần thứ ba

*** Phương pháp xử lý số liệu**

+ Nhằm xử lý, phân tích và đánh giá kết quả nghiên cứu

+ Các số liệu thu được sẽ xử lý bằng toán thống kê, ứng dụng trong nghiên cứu phần mềm SPSS 16.0

+ So sánh tỉ lệ các mức độ, triệu chứng của 2 nhóm:

Nhóm can thiệp

Nhóm chứng

+ Xử lý số liệu cơ bản như tính giá trị %, giá trị trung bình, xử lý các kết quả, thể hiện kết quả trong bảng

TIỂU KẾT CHƯƠNG 2

Nghiên cứu này đã được tiến hành theo một qui trình thống nhất, chặt chẽ.

Nghiên cứu đã kết hợp nhiều phương pháp thu thập và tổng hợp thông tin (phân tích tài liệu, phương pháp phỏng vấn sâu, phương pháp nghiên cứu lâm sàng).

Việc phối hợp nhiều phương pháp nghiên cứu khác nhau để hỗ trợ cho nhau về thông tin thu được mang tính chính xác và tin cậy. Các thông tin thu được xử lý và phân tích với nhiều kỹ thuật tương đối đa dạng, cho phép có những kết quả và kết luận đủ độ tin cậy và có giá trị về mặt khoa học. Bằng cách làm trên, nghiên cứu đã nhận được những kết quả khách quan mang tính khoa học.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU THỰC TIỄN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU BẢNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI.

3.1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu

3.1.1. Các triệu chứng rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu

Bảng 3.6: Các triệu chứng rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu

Triệu chứng	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Hồi hộp, tim đập nhanh	28	93,33	29	96,66	57	95
Tay chân run, đổ mồ hôi	16	53,33	17	56,66	33	55
Khô miệng, khó thở, khó nuốt	17	56,7	19	63,33	36	60
Chóng mặt, ngất xỉu	11	36,67	15	50	26	43,33
Dễ nổi nóng, cáu gắt vô cớ	12	40	20	66,7	32	53,33
Mất kiểm chế và khó thư giãn	25	83,33	28	93,33	53	88,33
Sợ bị chết	8	26,67	20	66,67	28	46,67
Khó tập trung vào giấc ngủ	26	86,66	24	80	50	83,33
Không tập trung, đầu óc trống rỗng	27	90	25	83,33	52	86,67
Ăn uống không ngon	22	73,33	23	76,67	45	75

Kết quả bảng 3.6. cho thấy:

Chúng tôi nhận thấy rằng các triệu chứng hay gặp của RLLA ở cả hai nhóm như hồi hộp, tim đập nhanh, (93,33% và 96,66%), tay chân run, đổ mồ hôi, (53,33% và 56,66%), khô miệng, khó thở, khó nuốt chóng mặt, ngất xỉu, (36,67% và 50%). Dễ nổi nóng, cáu gắt vô cớ (40% và 66,7%). Mất kiểm chế và khó thư giãn, (83,33% và 93,33%). Sợ bị chết (26,67% và 66,67%). Khó tập trung vào giấc ngủ

(86,66% và 80%). Không tập trung, đầu óc trống rỗng, (90%, 83,33%). Ăn uống không ngon (73,33% và 76,67%).

* Ở triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh chiếm tỷ lệ cao nhất ở hai nhóm (93,33% và 96,66%). Triệu chứng này cho thấy khi xuất hiện bệnh RLLA thường tập trung ở đa phần BN, đây là một dạng triệu chứng cơ thể ban đầu mà hầu hết các BN khi có bệnh thường nghĩ mình bị bệnh lý tim mạch. BN đi khám ở các khoa tim mạch, đo điện tim, siêu âm tim và làm thêm một số xét nghiệm cận lâm sàng khác, nhưng kết quả bình thường. Bác sĩ chuyên khoa cho bổ sung thuốc bổ và yêu cầu nghỉ ngơi hợp lý.

* Triệu chứng không tập trung, đầu óc trống rỗng, tỷ lệ cao ở hai nhóm (90% và 83,33%) phần lớn BN cho rằng họ gặp khó khăn trong tập trung công việc tại cơ quan, nhà máy, xí nghiệp hoặc công việc nhà kể cả xem tivi hay đọc sách báo, khiến cho họ thiếu tự tin vào cuộc sống và mọi thứ xung quanh.

* Triệu chứng khó tập trung vào giấc ngủ tỉ lệ cao ở hai nhóm (86,66% và 80%). BN cho rằng khi xuất hiện RLLA thì triệu chứng này thường đi kèm và khiến BN khó tập trung vào giấc ngủ, khi ngủ cố gắng nhắm mắt ngủ, thì không tài nào ngủ được, trong đầu còn xuất hiện những suy nghĩ rất sợ hãi, làm cho giấc ngủ trở nên căng thẳng và mệt mỏi.

* Triệu chứng mất kiểm chế và khó thư giãn, tỉ lệ cả hai nhóm (83,33 và 93,33%). BN cho rằng triệu chứng này thường xuyên với họ, trước một sự việc rất khó kiểm chế để giải quyết từng sự kiện và từng việc một, vì vậy thư giãn cũng rất khó khăn.

* Triệu chứng ăn uống không ngon, tỉ lệ cả hai nhóm (73,33% và 76,67%). Điều này chứng tỏ nhu cầu ăn uống trở nên rất kém và không còn hứng thú với BN, cảm giác no giả, bao tử lúc nào cũng có cảm giác no, không có cảm giác đói, miệng không thèm ăn, cảm giác đắng họng.

* Các triệu chứng còn lại tỉ lệ ở cả hai nhóm cao, nhưng cũng là những triệu chứng hay gặp của RLLA.

3.1.2. Các triệu chứng rối loạn lo âu gây khó chịu ở cả hai nhóm.

Bảng 3.7: Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn lo âu gây khó chịu ở cả hai nhóm

Triệu chứng	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Hồi hộp, tim đập nhanh	11	26,67	9	30	20	33,33
Tay chân run, đổ mồ hôi	2	6,67	3	10	5	8,33
Khô miệng, khó thở, khó nuốt	3	10	5	16,66	8	13,33
Chóng mặt, ngất xỉu	5	16,67	4	13,33	9	15
Dễ nổi nóng, cáu gắt vô cớ	12	40	15	50	27	45
Mất kiểm chế và khó thư giãn	4	13,33	8	26,67	12	20
Sợ bị chết	7	23,33	6	20	13	21,66
Khó tập trung vào giấc ngủ	25	83,33	23	76,67	48	80
Không tập trung, đầu óc trống rỗng	16	53,33	19	63,33	35	58,33
Ăn uống không ngon	3	10	7	23,33	10	16,76

Kết quả bảng 3.7. cho thấy:

Các triệu chứng gây khó chịu cho BN hay gặp nhất ở hai nhóm. Khó tập trung vào giấc ngủ, tỉ lệ hai nhóm (83,33% và 76,67%). Không tập trung, đầu óc trống rỗng, tỉ lệ hai nhóm (53,33% và 63,33%). Dễ nổi nóng, cáu gắt vô cớ tỉ lệ hai nhóm (40% và 50%). Hồi hộp, tim đập nhanh, tỉ lệ hai nhóm (36,67% và 30%).

Chúng tôi nhận thấy có bốn triệu chứng trên thường hay gây khó chịu cho BN trong cuộc sống từ lao động, học tập, nghiên cứu, ... Làm giảm chất lượng cuộc

sống, chất lượng sức khỏe, nhất là về mặt tinh thần, khiến cho BN mất nhiều thời gian, tiền của, có nhiều BN để nhầm lẫn các triệu chứng RLLA này thành những bệnh lý khác, đi khám nhiều nơi, nhiều bệnh viện, để điều trị, nhưng không tìm ra bệnh và không biết mình bị bệnh gì.

Các triệu chứng như: Tay chân run, đổ mồ hôi, khô miệng, khó nuốt, khó thở, chóng mặt, ngất xỉu. Ăn không ngon tỉ lệ thấp hơn. Điều này cho thấy các triệu chứng BN tự mình cải thiện, học cách thích nghi hoặc loại bỏ. Như vậy sẽ giúp và làm cho BN có cuộc sống sức khỏe và tinh thần tốt hơn, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

3.1.3. Sự thay đổi các triệu chứng đặc trưng của rối loạn lo âu qua từng thời điểm ở hai nhóm.

Bảng 3.8: Sự thay đổi các triệu chứng đặc trưng của RLLA qua từng thời điểm của hai nhóm

Nhóm	Triệu chứng	T1	T2	T3
Nhóm can thiệp	2. Tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào	18 (60%)	15 (50%)	12 (40%)
	8. Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi	17 (56,7%)	13 (43,3%)	8 (26,7%)
	10. Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh	15 (50%)	13 (43,3%)	7 (23,3%)
Nhóm chứng	2. Tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào	14 (46,7%)	16 (53,3%)	17 (56,7%)
	8. Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi	16 (53,3%)	14 (46,7%)	14 (46,7%)
	10. Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh	22(73,3%)	11 (36,7%)	8 (26,7%)

Kết quả bảng 3.8. cho thấy:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng ở bảng 3.8 đều có sự thay đổi cả hai nhóm qua các thời điểm.

Nhóm can thiệp: triệu chứng tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào T1 so với T2 và T3 tỉ lệ qua các thời điểm (60%; 50%; 40%).

Triệu chứng tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi, T1 so với T2 và T3 tỉ lệ qua các thời điểm (56,7%; 43,3%; 26,7%).

Triệu chứng: Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh, T1 so với T2 và T3 tỉ lệ qua các thời điểm (50%; 43,3%; 23,3%).

Ba triệu chứng đặc trưng này đều có sự thay đổi tỉ lệ qua các thời điểm điều trị, sở dĩ có được kết quả này là trong liệu pháp NTHV ngay từ sau những buổi điều trị, các BN đã được huấn luyện cách suy nghĩ theo chiều hướng tích cực, tạo ra tâm trạng thoải mái, đồng thời áp dụng các kỹ thuật NTHV có lợi cho BN. Do đó các BN trong nhóm này đều giảm các triệu chứng so với nhóm chứng những người chỉ dùng thuốc chống RLLA đơn thuần:

Triệu chứng tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào T1 so với T2 và T3, tỉ lệ qua các thời điểm (46,7%, 53,3% và 56,7%).

Triệu chứng tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi, T1 so với T2 và T3, tỉ lệ qua các thời điểm (53,3%, 46,7% và 46,7%).

Triệu chứng tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh, T1 so với T2 và T3, tỉ lệ qua các thời điểm (73,3%, 36,7% và 26,7%).

Riêng triệu chứng này có giảm đáng kể qua các thời điểm T1, T2, T3. Hai triệu chứng trong nhóm chứng trình bày ở trên không có sự giảm đều các triệu chứng, điều này cho thấy sự khác biệt so với nhóm can thiệp- nhóm sử dụng liệu pháp NTHV. Chứng tỏ hiệu quả liệu pháp tâm lý đã có sự can thiệp và làm chuyển biến các triệu chứng của BN.

3.1.4. Sự thay đổi các triệu chứng nhận thức của RLLA qua từng thời điểm của hai nhóm

Bảng 3.9: Sự thay đổi các triệu chứng nhận thức của RLLA qua từng thời điểm của hai nhóm

Nhóm	Triệu chứng	T1	T2	T3
Nhóm can thiệp	1. Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn trước	20 (66,7%)	9 (30%)	0%
	3. Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ	19 (63,3%)	18 (60%)	15 (50%)
	4. Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh	15 (50%)	14 (46,7%)	21 (70%)
Nhóm chứng	1. Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn trước	17 (56,7%)	8 (26,7%)	3 (10%)
	3. Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ	14 (46,7%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
	4. Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh	12(40%)	17 (56,7%)	19 (63,3%)

Kết quả bảng 3.9. cho thấy:

Tỉ lệ BN có các triệu chứng: Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn trước. Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ. Đều giảm ở cả hai nhóm qua các thời điểm T1, T2 và T3.

Ở nhóm can thiệp (66,7%, 30%, 0%) và (63,3%, 60%, 50%)

Ở nhóm chứng (56,7%, 26,7%, 10%) và (46,7%, 13,3%, 3,3%)

Chúng tôi cả hai liệu pháp đều có hiệu quả trong việc thay đổi và giảm các triệu chứng. Sự tác động tích cực qua các buổi trị liệu, kết hợp các bài tập được giao về nhà giúp BN nhận thức, kiểm soát được những suy nghĩ và hành động tích cực hợp tác làm giảm các triệu chứng. Vì vậy sự can thiệp liệu pháp tâm lý để giúp BN kịp nhận thức đúng vai trò quan trọng của can thiệp tâm lý.

Việc điều trị bằng thuốc, khi BN thực hiện uống đúng, đủ liều, đủ thời gian, đúng phác đồ điều trị của bác sĩ sẽ làm giảm các triệu chứng đáng kể.

Tuy nhiên triệu chứng, tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh, có sự thay đổi, các triệu chứng ở hai nhóm qua các thời điểm T1, T2 và T3.

Tỉ lệ nhóm can thiệp (50%, 46.7%, 70%), tỉ lệ nhóm chứng (40%, 56,7%, 19%). Nhìn vào chúng ta thấy có sự thay đổi không đồng đều. Có những BN cảm nhận rõ triệu chứng cơ thể của mình đang diễn ra như thế nào, có những BN chưa nhận thức được triệu chứng của mình diễn biến ra sao, đôi khi chưa phân định được đó là triệu chứng mà mình đang mắc phải. Cho nên có những sự lựa chọn khác nhau, trong qua trình kiểm tra, đánh giá.

3.1.5. Sự thay đổi các triệu chứng cơ thể, trạng thái tâm lý, giấc ngủ qua từng thời điểm ở 2 nhóm:

Bảng 3.10: Sự thay đổi các triệu chứng cơ thể, trạng thái tâm lý, giấc ngủ qua từng thời điểm ở 2 nhóm:

Nhóm	Triệu chứng	T1	T2	T3
Nhóm can thiệp	7. Tôi đang khó chịu và đau đầu, đau cổ, đau lưng	18 (60%)	8 (26,7%)	6(20%)
	5. Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt đẹp và không có gì xấu sẽ xảy ra	12 (40%)	2 (6,7%)	0 (0%)
	19. Tôi ngủ dễ dàng và có 1 giấc ngủ tốt	20 (66,7%)	9 (30%)	1 (3,3%)
Nhóm chứng	7. Tôi đang khó chịu và đau đầu, đau cổ, đau lưng	18 (60s%)	12 (40%)	9 (30%)
	5. Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt đẹp và không có gì xấu sẽ xảy ra	12 (40%)	10 (33,3%)	4 (13,3%)
	19. Tôi ngủ dễ dàng và có 1 giấc ngủ tốt	23(76,7%)	21 (70%)	9 (30%)

Kết quả bảng 3.10. cho thấy:

BN có triệu chứng ở hai nhóm, tỉ lệ giảm đáng kể:

Triệu chứng: Tôi đang khó chịu và đau đầu, đau cổ, đau lưng – nhóm can thiệp (60%, 26,7%, 20%) – nhóm chứng (60%, 40%, 30%).

Triệu chứng: Tôi cảm thấy mọi thứ điều tốt đẹp và không có gì xấu xảy ra – nhóm can thiệp (40%, 6,7%, 0%) – nhóm chứng (40%, 33,3%, 13,3%).

Triệu chứng: Tới ngủ dễ dàng và có một giấc ngủ tốt – nhóm can thiệp (66,7%, 30%, 3,3%) – nhóm chứng (76,7%, 70%, 30%).

Qua ba triệu chứng trên ở hai nhóm, chúng tôi thấy đều có giảm các tỉ lệ triệu chứng.

Riêng đối với nhóm được điều trị bằng liệu pháp NTHV, BN được huấn luyện các kỹ thuật của liệu pháp NTHV như kỹ thuật kích hoạt hành vi, kỹ thuật giải quyết vấn đề, kỹ năng chống đỡ, đã giúp BN lấy lại niềm tin và hứng thú trong cuộc sống.

Vì vậy BN đã ý thức được và áp dụng các kỹ thuật trong liệu pháp NTHV để điều chỉnh triệu chứng bệnh lý của mình và các triệu chứng đã giảm.

Như vậy đã trình bày ở mục 1.4.6. cả hai nhóm đều sử dụng 4 loại thuốc, đối với nhóm chứng, sử dụng thuốc chống RLLA, đây là những loại thuốc thế hệ mới có tác dụng can thiệp rất tốt cho các triệu chứng cơ thể, trạng thái tâm lý và rối loạn giấc ngủ. Chính vì vậy nó có tác dụng làm giảm nhanh các triệu chứng RLLA của BN, giảm các biểu hiện của cơ thể, giúp BN tham gia vào các hoạt động hàng ngày tự tin vui vẻ hơn.

3.2. Thực trạng điều trị rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu

3.2.1. So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa lần đầu tiên và lần thứ 2 sau 6 tuần điều trị của hai nhóm

Bảng 3.11: So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa lần đầu tiên và lần thứ 2 sau 6 tuần điều trị của hai nhóm

	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	T1	T2	T1	T2
Số BN	30		30	
Thời điểm	T1	T2	T1	T2
Giá trị trung bình	2.57	2.85	2.58	2.81
Độ lệch chuẩn	0.88	0.75	0.90	0.81

Kết quả bảng 3.11. cho thấy:

Khi so sánh sự thay đổi điểm Zung giữa lần đầu tiên và sau 6 tuần điều trị chúng tôi nhận thấy giá trị thay đổi trung bình của nhóm can thiệp là 2.85, nhóm chứng là 2.81, điều này cho thấy hiệu quả điều trị RLLA của nhóm can thiệp khi sử dụng

dụng kết hợp giữa thuốc chống RLLA và liệu pháp NTHV. Trong khi đó nhóm chứng thay đổi có giá trị thấp hơn.

Sau 6 tuần làm liệu pháp tâm lý BN đã nắm bắt được bệnh tật của mình, biết được tại sao mình không kiềm chế được bản thân, nóng giận vô cớ, không tập trung làm việc và học tập, nhịp tim đập nhanh, tập trung giấc ngủ khó. BN biết được RLLA có tác dụng như thế nào đối với các hoạt động, mối quan hệ giữa hoạt động và tâm trạng của BN, BN còn biết cách vượt qua RLLA, với những hoạt động phù hợp, tham gia những hoạt động trí óc và hoạt động thể dục, thể thao hàng ngày.

Do vậy sau mỗi buổi tham gia các hoạt động BN sẽ có những suy nghĩ tích cực hơn, trạng thái tâm lý phần chấn hơn, như vậy các triệu chứng về RLLA dần dần giảm đi, so với nhóm chứng những người chỉ sử dụng thuốc chống RLLA đơn thuần.

3.2.2. So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa sau 6 tuần điều trị và sau 12 tuần điều trị của 2 nhóm

Bảng 3.12: So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa 6 tuần điều trị và 12 tuần điều trị của 2 nhóm

	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	T2	T3	T2	T3
Số BN	30		30	
Thời điểm	T2	T3	T2	T3
Giá trị trung bình	2.85	3.18	2.81	2.98
Độ lệch chuẩn	0.88	0.65	0.81	0.66

Kết quả bảng 3.12. cho thấy:

Sự thay đổi điểm trung bình của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng ở thời điểm T2, (2.58 – 2.81), với độ lệch chuẩn là (0.88 – 0.81). Ở thời điểm T3 điểm trung bình của nhóm can thiệp cũng cao hơn nhóm chứng, (3.18- 2.98), với độ lệch chuẩn (0.65 – 0.66). Điều này một lần nữa xác nhận kết quả của liệu pháp NTHV có tác động lên bệnh nhân RLLA rất lớn.

Sau 12 buổi điều trị với liệu pháp NTHV kết hợp với thuốc, tỉ lệ có sự khác biệt như vậy là do BN được huấn luyện và hướng dẫn các bài tập về nhà thực hành liệu pháp NTHV. Với sự hiểu biết và nhận thức về các hoạt động có lợi cho tâm trạng BN, hiểu về mối liên hệ giữa hoạt động và RLLA, hiểu về các hoạt động có lợi cho sức khỏe trước đây, những hoạt động mới, BN sẽ hướng tới và làm theo, dưới sự hướng dẫn của nhà trị liệu. Đặc biệt BN còn nhận biết làm sao để vượt qua trở ngại, trong quá trình thực hành những bài tập mới, những hoạt động có ích mới cuối cùng tự tin vượt qua được RLLA. Vì vậy BN có sự tiến bộ ngày một tăng lên đối với RLLA.

3.2.3. So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa lần đầu tiên và sau 12 tuần điều trị của 2 nhóm

Bảng 3.13: So sánh sự thay đổi điểm Zung trung bình giữa lần đầu tiên và sau 12 tuần điều trị của 2 nhóm

	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
Số BN	30		30	
Thời điểm	T1	T3	T1	T3
Giá trị trung bình	2.57	3.18	2.58	2.98
Độ lệch chuẩn	0.88	0.65	0.90	0.66

Kết quả bảng 3.13. cho thấy:

Dựa vào kết quả trên có sự thay đổi điểm Zung giữa lần thứ nhất và lần thứ 3, sau 12 tuần điều trị của 2 nhóm, qua 2 thời điểm T1 và T3. Nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng (3.18 – 2.98), với độ lệch chuẩn của 2 nhóm là 0.65 và 0.66.

Có sự thay đổi như vậy đó là kết quả của phương pháp điều trị khác nhau một nhóm kết hợp liệu pháp tâm lý, một nhóm sử dụng thuốc chống RLLA đơn thuần.

Trong liệu pháp NTHV, có sự cải thiện đáng kể về tình trạng bệnh lý mà RLLA thường gặp, ngoài tác dụng của thuốc BN hiểu rằng liệu pháp NTHV hỗ trợ rất nhiều trong quá trình điều trị, nhất là các hoạt động có ích đối với BN.

Nhà trị liệu tạo động lực cho BN, phân tích diễn giải mặt lợi, mặt hại khi không tham gia vận động và cái được, cái mất cả khi vận động. Từ đó đưa ra kết luận nên chọn hoạt động nào phù hợp sức khỏe của BN. BN cần nhận thức được cách vượt qua bệnh RLLA và vai trò của bản thân trong trị liệu. BN tự tin tiến hành các hoạt động có ích cho mình đưa ra những mong ước và đúc kết những mong ước đã làm được và chưa làm được, cuối cùng BN tự tin vượt qua RLLA. Chính nhờ những điều này mà chúng ta thấy sự thay đổi đáng kể điểm Zung của nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

3.2.4. Các triệu chứng rối loạn lo âu giảm nhiều sau khi điều trị của 2 nhóm qua từng thời điểm

Bảng 3.14: Các triệu chứng rối loạn lo âu giảm nhiều sau khi điều trị của 2 nhóm qua từng thời điểm

Nhóm	Triệu chứng	ĐTB			ĐLC		
		T1	T2	T3	T1	T2	T3
Nhóm can thiệp	4. Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh	3.20	3.20	3.70	.925	.925	.466
	12. Tôi có cơn ngất, hoặc cảm thấy gần như thế	3.23	3.33	3.57	.898	.802	.626
	14. Tôi có cảm giác tê cứng và như kiến bò ở các đầu ngón tay và chân của tôi	3.27	3.23	3.50	.868	.817	.630
	18. Mặt tôi thường nóng và đỏ	3.00	3.27	3.47	.743	.691	.730
	20. Tôi thường có ác mộng	3.03	3.14	3.63	.765	.693	.556
Nhóm chứng	2. Tôi cảm thấy sợ mà không còn nguyên nhân nào	3.13	3.53	3.57	.973	.507	.504
	9. Tôi cảm thấy như bị ngã	2.90	3.13	3.30	.845	.730	.535
	19. Tay và chân tôi lắc lư và run lên	2.87	3.23	3.30	.860	.504	.466

Kết quả bảng 3.14. cho thấy:

Sự thay đổi điểm trung bình của các triệu chứng RLLA có giảm qua các thời điểm của hai nhóm.

Trong nhóm can thiệp, điều trị bằng liệu pháp NTHV, các triệu chứng RLLA giảm nhiều thể hiện rõ qua bảng 3.14.

Có được sự thay đổi lớn như vậy, đó là kết quả của phương pháp điều trị ngoài thuốc, kết hợp giữa liệu pháp NTHV.

BN muốn thoát khỏi tình trạng RLLA người bệnh phải tham gia các hoạt động, BN hiểu được tầm quan trọng giữa RLLA và các hoạt động, nếu không hoạt động một cách tích cực thì BN khó thoát khỏi tình trạng RLLA. Đây cũng là lý do giúp cho các triệu chứng RLLA giảm đáng kể.

Đối với nhóm chứng, được điều trị bằng liệu pháp hóa dược, các triệu chứng trong quá trình điều trị có giảm, so với nhóm can thiệp thì không bằng, điều này không phủ nhận sự tác dụng và hỗ trợ kịp thời của liệu pháp hóa dược, khi được bác sĩ chuyên khoa tâm thần luôn có một phác đồ điều trị phù hợp cho BN bị RLLA với liều sử dụng thuốc hợp lý, chất lượng, đúng và đủ liều, đủ thời gian, thì sẽ đáp ứng tốt cho BN. Vì vậy các triệu chứng bệnh lý của BN đủ đáp ứng tốt, có chuyển biến.

Với liệu pháp điều trị hóa dược cũng phù hợp với một số BN không thích, ngại tham gia các hoạt động (điều trị tâm lý), mặc cảm, tự ti, không muốn nhiều người biết mình bị bệnh, điều kiện kinh tế eo hẹp, thời gian không sắp xếp được do học tập và làm việc. Nên họ đã lựa chọn phương pháp này để điều trị. Cho nên liệu pháp hóa dược góp phần cải thiện giảm các triệu chứng của RLLA, khi BN biết và ý thức tốt về bệnh lý của mình.

3.2.5. Các triệu chứng giảm ít sau khi điều trị của hai nhóm qua các thời điểm

Bảng 3.15: Các triệu chứng giảm ít sau khi điều trị của hai nhóm qua các thời điểm

Nhóm	Triệu chứng	ĐTB			ĐLC		
		T1	T2	T3	T1	T2	T3
Nhóm can thiệp	5. Tôi cảm thấy mọi thứ điều tốt đẹp	1.97	2.37	2.63	.964	.765	.669
	9. Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên 1 cách dễ dàng	1.67	2.20	2.70	.959	.887	.629
	19. Tôi ngủ dễ dàng và có một giấc ngủ tốt	1.63	2.07	2.67	.999	.868	.758
Nhóm chứng	8. Tôi cảm thấy yếu và cảm thấy mệt mỏi	1.77	2.17	2.53	.728	.791	.681
	9. Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên 1 cách dễ dàng	1.83	1.97	2.33	1.053	.850	.568
	19. Tôi ngủ dễ dàng và có một giấc ngủ tốt	1.40	1.40	1.77	.770	.724	.568

Kết quả bảng 3.15. cho thấy:

Nhìn chung điểm trung bình của các triệu chứng ở bảng 3.15, đều có giảm ở hai nhóm, nhưng mức độ triệu chứng giảm rất ít.

Có nhiều lý do khiến cho các triệu chứng RLLA giảm ít, vì trong quá trình điều trị do những yếu tố chủ quan và khách quan mang lại.

BN không tuân thủ phác đồ điều trị, tự ý cắt giảm liều sử dụng thuốc, uống không đủ liều, không đủ đợt điều trị. Đa số BN khi chỉ mới uống được một đợt thuốc (1 toa – 2 tuần điều trị), trước tiên thấy các triệu chứng ban đầu có giảm, vội vàng ngưng thuốc. Sợ các tác dụng phụ của thuốc mang lại như nổi mụn, nóng trong người, gan, thận phải làm việc nhiều ... Vì vậy sự ngưng thuốc đột ngột khiến cho sự hấp thu thuốc và làm giảm kém các triệu chứng.

Một số BN có tâm lý ngại uống thuốc, tự ý bỏ thuốc, giấu thuốc không cho người nhà biết, nghĩ mình hết bệnh.

Mặt khác tùy thuộc vào cơ địa, tuổi tác, sức khỏe, điều kiện kinh tế khó khăn cho nên sự đáp ứng của BN đối với hai liệu pháp khó khăn.

BN về nhà không làm bài tập, không thực hiện các kỹ thuật của liệu pháp NTHV, đã được hướng dẫn trong các buổi trị liệu, xem nhẹ các bài tập mà nhà trị liệu hướng dẫn, không tin tưởng vào liệu pháp tâm lý có tác dụng điều trị tốt cho BN RLLA.

Khi đến bệnh viện tâm thần BN đã điều trị nhiều nơi, với nhiều loại bệnh khác nhau, không tìm ra nguyên nhân và bệnh chính.

Hết thuốc BN không tái khám, lịch hẹn làm tâm lý không đến đúng và sai hẹn.

3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến điều trị rối loạn lo âu của khách thể nghiên cứu

Bảng 3.16. Hiệu quả điều trị cho bệnh nhân rối loạn lo âu của hai nhóm qua các thời điểm T1, T2

ST T	Triệu chứng	Nhóm	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng			
			T1		T2		T1		T2	
			ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn trước		1.93	.583	2.73	.521	2.10	.803	2.80	.551
2	Tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào		2.80	.887	2.97	.718	3.13	.973	3.53	.507
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ		2.77	.728	2.97	.718	2.53	.819	3.07	.583
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh		3.20	.925	3.20	.925	2.90	.845	3.13	.730
5	Tôi cảm thấy mọi thứ điều tốt đẹp và không có gì xấu sẽ xảy ra		1.97	.964	2.37	.765	2.37	1.273	2.57	1.278
6	Tay và chân tôi lắc lư và run lên		3.03	.718	3.10	.607	2.87	.860	3.23	.504
7	Tôi đang khó chịu và đau đầu, đau cổ và đau lưng		2.30	.794	2.80	.714	2.13	.629	2.67	.606
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi		1.90	.885	2.37	.718	1.77	.728	2.17	.791
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên 1 cách dễ dàng		1.67	.959	2.20	.887	1.83	1.053	1.97	.850
10	Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh		2.33	.884	2.47	.776	2.27	.450	2.67	.547
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt		2.33	.884	2.63	.765	2.90	.759	3.07	.640

12	Tôi có con ngát hoặc cảm thấy gần như thế	3.23	.898	3.33	.802	3.67	.758	3.57	.817
13	Tôi có thể thở ra và thở vào 1 cách dễ dàng	2.27	1.112	2.70	.837	2.40	1.303	2.47	1.279
14	Tôi có cảm giác tê cứng và như kiến bò ở các đầu ngón tay và chân của tôi	3.27	.868	3.23	.817	3.00	.830	3.13	.730
15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng	3.13	.860	3.33	.711	2.87	.900	2.90	.900
16	Tôi thấy cần phải đi đại luôn	3.03	.890	3.20	.664	3.07	.980	3.03	.964
17	Bàn tay tôi thường khô và ấm	2.53	1.167	2.90	.885	2.73	1.285	2.80	1.270
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ	3.00	.743	3.27	.691	2.97	.964	3.00	.947
19	Tôi ngủ dễ dàng và có 1 giấc ngủ tốt	1.63	.999	2.07	.868	1.40	.770	1.40	.724
20	Tôi thường có ác mộng	3.03	.765	3.14	.693	2.69	.930	3.00	.830
	ĐTB chung	2.57	0.90	2.85	0.75	2.58	0.90	2.81	0.81

Kết quả bảng 3.16. cho thấy:

Số liệu trên có sự thay đổi tất cả các triệu chứng qua hai thời điểm T1, T2 của hai nhóm. Có được sự thay đổi này, trong quá trình điều trị dành cho BN, đó là sự kết hợp giữa liệu pháp NTHV với liệu pháp hóa dược đối với nhóm can thiệp, với nhóm chứng sử dụng thuốc chống lo âu đơn thuần.

Đặc biệt chú ý trong liệu pháp NTHV, nhà trị liệu hướng dẫn cẩn thận và tập huấn cho BN thực hiện các nhiệm vụ cụ thể theo từng bước. Xác định vấn đề của mình, nhận định và chọn ra các hoạt động hay hành vi nào phù hợp và ưu tiên, kết hợp với điều kiện thực tế hiện tại của BN. Từ đó đưa ra các phương hướng thực hiện, người bệnh sẽ tự đúc kết các hoạt động tiêu biểu trong từng giai đoạn điều trị. Chính điều này mang lại kết quả điều trị có lợi cho BN.

Giá trị trung bình tại thời điểm T1, T2 (sau 6 tuần điều trị), nhóm can thiệp 2.57 – 2.85 nhóm chứng là 2.58 – 2.81.

Bảng 3.17. Hiệu quả điều trị cho bệnh nhân rối loạn lo âu của hai nhóm qua các thời điểm T2, T3

TT	Triệu chứng	Nhóm	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng			
			T2		T3		T2		T3	
			ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn trước		2.73	.521	3.07	.254	2.80	.551	2.93	.365
2	Tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào		2.97	.718	3.47	.629	3.53	.507	3.57	.504
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ		2.97	.718	3.40	.675	3.07	.583	3.20	.484
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh		3.20	.925	3.70	.466	3.13	.730	3.30	.535
5	Tôi cảm thấy mọi thứ điều tốt đẹp và không có gì xấu sẽ xảy ra		2.37	.765	2.63	.669	2.57	1.278	2.70	1.055
6	Tay và chân tôi lắc lư và run lên		3.10	.607	3.37	.615	3.23	.504	3.30	.466
7	Tôi đang khó chịu và đau đầu, đau cổ và đau lưng		2.80	.714	3.10	.712	2.67	.606	2.90	.712
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi		2.37	.718	2.87	.629	2.17	.791	2.53	.681
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên 1 cách dễ dàng		2.20	.887	2.70	.837	1.97	.850	2.23	.568
10	Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh		2.47	.776	2.87	.571	2.67	.547	2.80	.551
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt		2.63	.765	3.10	.712	3.07	.640	3.07	.521

12	Tôi có cơn ngất hoặc cảm thấy gần như thế	3.33	.802	3.57	.626	3.57	.817	3.90	.310
13	Tôi có thể thở ra và thở vào 1 cách dễ dàng	2.70	.837	2.53	.973	2.47	1.279	2.47	1.167
14	Tôi có cảm giác tê công và như kiến bò ở các đầu ngón tay và chân của tôi	3.23	.817	3.50	.630	3.13	.730	3.27	.640
15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng	3.33	.711	3.50	.630	2.90	.960	3.00	.695
16	Tôi thấy cần phải đi đại luôn	3.20	.664	3.53	.571	3.03	.964	3.30	.750
17	Bàn tay tôi thường khô và ấm	2.90	.885	2.97	.809	2.80	1.270	2.67	1.213
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ	3.27	.691	3.47	.730	3.00	.947	3.30	.750
19	Tôi ngủ dễ dàng và có 1 giấc ngủ tốt	2.07	.868	2.67	.758	1.40	.724	1.77	.568
20	Tôi thường có ác mộng	3.14	.693	3.63	.556	3.00	.830	3.40	.621
	ĐTB chung	2.85	0.75	3.18	0.65	2.81	0.81	2.98	0.66

Kết quả bảng 3.17 cho thấy:

Nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm T2, T3 (từ 6 tuần đến 12 tuần) điều trị, các triệu chứng ở bảng 3.17 có sự thay đổi rõ rệt ở cả hai nhóm, tại hai thời điểm nhóm can thiệp có sự thay đổi nhiều hơn nhóm chứng.

Trong nhóm chứng tại thời điểm T2, T3, đã có nhiều triệu chứng thay đổi giá trị trung bình, như các triệu chứng:

Tôi có cơn ngất hoặc cảm thấy gần như thế, điểm trung bình (3.33- 3.57)

Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng, điểm trung bình (3.33 – 3.50)

Trong đó tổng giá trị trung bình của T2, T3 là (2.85 – 3.18), độ lệch chuẩn là (0.65 – 0.66).

Như vậy với liệu pháp NTHV, bệnh nhân RLLA có sự thay đổi về nhận thức, từ đó dẫn đến thay đổi hành vi giúp người bệnh hiểu rằng có sự can thiệp liệu pháp NTHV đã giúp BN cải thiện rõ tình trạng bệnh lý.

Trong 12 buổi điều trị bằng liệu pháp NTHV, BN đã được hướng dẫn thực hiện các công việc cụ thể và có mục đích rõ ràng các kế hoạch được thực hiện theo từng bước, có như vậy mới mang lại hiệu quả trong điều trị, đặc biệt nhà trị liệu giúp BN tự mình nhận ra được vấn đề, để vượt qua và giải quyết những khó khăn trong cuộc sống. Đây là mục đích chính của liệu pháp NTHV.

Với nhóm chứng: Sử dụng liệu pháp hóa dược, có một số triệu chứng cơ thể đã giảm trong 12 tuần điều trị, đó là các triệu chứng.

Tay và chân tôi lắc lư và run lên, điểm trung bình (3.23 – 3.30)

Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh, điểm trung bình (2.67 – 2.80)

Tôi thường có ác mộng, điểm trung bình (3.00 – 3.40)

Nhìn chung các triệu chứng có giảm, nhưng giảm ít vì đối với BN dùng thuốc, chỉ chờ đợi sự tác dụng của thuốc lên triệu chứng, từ đó mới thay đổi hành vi của mình. Vì vậy sự thay đổi hành vi của BN sử dụng thuốc sẽ ít hơn nhiều, dẫn đến các triệu chứng cũng giảm chậm.

3.4. Nghiên cứu trường hợp điển hình về rối loạn lo âu

Trong quá trình tiến hành nghiên cứu chúng tôi phát hiện có một số BN có biểu hiện RLLA thường xuyên và đặc trưng thông qua trắc nghiệm bằng thang lượng giá Zung, cũng như quan sát được trong quá trình tiếp xúc. Tuy nhiên trong

phạm vi đề tài nghiên cứu, chúng tôi chọn ra một trường hợp có những biểu hiện RLLA điển hình để tiến hành nghiên cứu sâu.

CAS LÂM SÀNG

3.4.1. Phần hành chính

Họ và Tên: Vũ Thị Kiều Th; Giới tính: Nữ
Năm sinh: 1976; Văn hóa: 12/12
Dân tộc: Kinh; Tôn giáo: không
Nghề nghiệp: Kế toán; Hôn nhân: Độc thân
Địa chỉ: số 5, Phường quyết thống, TP. Biên Hòa – Đồng Nai.

3.4.2. Lý do đi khám

- * BN than phiền đang có nhiều khó khăn trong cuộc sống hàng ngày
- * Lo lắng, buồn phiền, mất ngủ
- * Sợ tiếp xúc với mọi người
- * Cần một sự chia sẻ, có một lối thoát cho mình, mong trở về cuộc sống bình thường

3.4.3. Triệu chứng

- * Đau đầu, mất ngủ thường xuyên
- * Lo lắng, mặc cảm, tự ti
- * Sợ đi ra ngoài tiếp xúc với bạn bè
- * Đỏ mồ hôi, run sợ, hồi hộp, tim đập nhanh
- * Sợ tiếng ồn, ánh sáng, tiếng nhạc
- * Mất niềm tin vào bản thân và cuộc sống
- * Nét mặt luôn biểu hiện một nỗi buồn
- * Không quan tâm chăm sóc bản thân
- * Trắc nghiệm tâm lý test Zung: 47 điểm (T1)
- * Chuẩn đoán: Âm ảnh sợ xã hội

3.4.4. Tiền sử bản thân

3.4.4.1 Hoàn cảnh gia đình

Gia đình có 7 thành viên, bố mẹ, BN, 2 anh trai, 2 em trai.

* Bố làm nghề buôn bán, rất hiền và thương yêu các con, ông mất khi BN tròn 10 tuổi.

* Mẹ: Làm nghề buôn bán, mở tạp hóa bán tại nhà, mẹ rất khó tính, thường xuyên cáu gắt, mắng chửi các con, không người con nào sống được với bà (ngoại trừ BN đang sống cùng bà)

* Anh đầu: có gia đình và hai con, làm tài xế, sống ở Sài Gòn, có một thời gian BN sống ở Sài Gòn, anh đầu bị thất nghiệp, BN có phụ tiền nuôi hai cháu ăn học nhưng vợ của anh và hai cháu luôn tỏ ra khó chịu và xích mích với BN tỏ ra không quan tâm và thờ ơ.

* Anh thứ 2: Cùng gia đình nhỏ đang sống ở nước ngoài, có về Việt Nam và mua nhà cho BN, nhưng sau đó nghe lời của vợ đuổi BN ra khỏi nhà.

* Em trai thứ 4: có gia đình quan tâm lo lắng BN, vợ của BN đến Bệnh viện Tâm thần Trung ương II khám, điều trị.

* Em trai út: có gia đình và mở quán café, BN đang làm thu ngân cho em trai.

3.4.4.2. Lịch sử cá nhân

* Bản chất thai kỳ tự nhiên và mong muốn, tình hình sức khỏe của người mẹ khi mang thai tốt, tuy nhiên về tinh thần của người mẹ có sự lo lắng trong quá trình mang thai. Người mẹ lúc nào cũng nghĩ đến bà nội (mẹ chồng), vì bà nội rất khắc nghiệt, nên khi sinh ra BN, BN giống bà nội, nên bà nội bắt về nuôi. Sống với bà nội rất gò bó, làm bất cứ việc gì cũng phải xin phép vì vậy sự phát triển của BN không giống các bạn cùng lứa tuổi.

* Thời thơ ấu (3 năm đầu)

+ Thể chất phát triển bình thường

+ Biết nói lúc 2,5 tuổi

+ Bú mẹ tháng đầu, tháng thứ hai ăn bột, vì bà nội nuôi

* Thời niên thiếu (3-11 tuổi)

+ Tốt nghiệp cấp một, học sinh giỏi, cuối năm lớp 5 có kinh nguyệt (điều này cũng khác so với các bạn trong lớp)

- + Quan hệ bạn bè, thầy cô nhút nhát
- + Với bố mẹ, BN yêu thương cả hai người, BN tròn 10 tuổi bố mất vì bệnh, đây là tổn thất lớn đối với BN, thiếu thốn tình cảm của bố, BN lo lắng cho mẹ. Sau 10 năm sống với bà nội BN quyết định về sống với mẹ.
- * Tuổi vị thành niên (12- 17 tuổi)
- + Với bạn bè BN có thái độ ôn hòa, lên cấp 2, BN ít nói hẳn do bạn bè mới, môi trường mới khó hòa nhập.
- + Gia đình có nhiều biến cố - Bố mất khiến BN hụt hẫng, mất mát.
- + Học sinh cấp 2,3 BN không còn là học sinh giỏi nữa chỉ là học sinh khá, ít tham quan ngoại khóa, hay xấu hổ, thiếu tự tin.
- * Trưởng thành (18 tuổi trở đi)
- + Tốt nghiệp cấp 3, thi đậu cao đẳng sư phạm, học đến năm thứ 3 bị viêm xoang, người anh nói theo anh ra nước ngoài điều trị, nhưng thực ra người anh rủ em đi vượt biên, kết quả bị bắt, gia đình lo ra khỏi trại, về Sài Gòn buôn bán nhỏ.
- + 24 tuổi học kế toán 2 năm và làm kế toán cho một nhà hàng tại Sài Gòn.
- + 30 tuổi làm kế toán cho hợp tác xã phường Quyết Thắng – Biên Hòa
- + 32 tuổi làm kế toán cho công ty vận tải ngoại thương Biên Hòa (2 năm), chuyển sang công ty xuất nhập khẩu (5 năm), sau đó công ty phá sản.
- + Một thời gian người anh mua cho một căn nhà, nuôi các cháu con của anh đầu ăn học, sau đó người anh đuổi BN ra khỏi nhà.
- + Thời gian này bạn bè giới thiệu một người bạn trai tưởng đi đến hôn nhân nhưng cuối cùng bỏ BN, vì người bạn thân nhất từ thời con gái đã lén lút hẹn gặp và họ đã ăn ở với nhau, cũng chính người bạn này rủ BN hùn tiền mua đất và lừa lấy luôn BN trắng tay.
- + BN buồn chán, thất vọng, gia đình và các cháu đối xử rất tệ với BN, BN không còn chỗ nương tựa về sống với mẹ tại Thành Phố Biên Hòa
- * Cuộc sống hiện tại với mẹ:
- Theo lời kể BN: “bà là người có một không hai”. Tất cả mọi việc trong nhà bà đều quán xuyến, tất cả những việc làm BN bà cũng để ý, như dùng điện, nước, thường xuyên chửi mắng vô cớ.

+ Hiện tại cuộc sống BN không có ý nghĩa gì hết
+ BN rất sợ phải tiếp xúc với mọi người, muốn , giấu mình vào 1 chỗ kín không ai nhìn thấy mình, BN còn sợ tiếng ồn, ánh sáng, tiếng nhạc. Đặc biệt mỗi lần nghe nhạc BN nhớ lại nhiều kỷ niệm trước đây.

BN cần được điều trị hóa dược và điều trị tâm lý nên đã đến Bệnh viện Tâm thần Trung ương II khám và điều trị tâm lý.

3.4.5. Những quan sát của nhà trị liệu

* Biểu hiện đầu tiên cúi chào nhưng không mỉm cười, khuôn mặt nhợt nhạt và lo lắng.

* Trạng thái tiếp xúc: mệt mỏi, uể oải.

* Dáng vẻ: từ tốn, khuôn mặt không phấn khởi, 2 quần mắt thâm đen vì mất ngủ.

* Giọng nói đều đều, nhẹ, diễn đạt rõ ràng.

Khuôn mặt: dễ nhìn, nước da trắng, môi xăm nhẹ màu hồng phớt, đuôi chân mày xăm màu nâu.

Trang phục: quần tây, áo thun, có áo khoác ngoài (màu đen)

Dáng người: đậm, hơi mập

3.4.6. Tiến hành trị liệu

3.4.6.1. Vấn đề của bệnh nhân

* Mẹ luôn tạo áp lực

* Chị dâu dèm pha, các cháu không quan tâm

* Chuyện tình cảm không thành

* Mệt mỏi, chán nản, thiếu ý chí, không thiết tha với cuộc sống hiện tại

* Sợ gặp bạn bè, sợ ánh sáng, tiếng nhạc, tiếng ồn

* Khó khăn về kinh tế

3.4.6.2. Mục tiêu trị liệu

* Hạn chế mức thấp nhất, sự lo sợ ánh sáng, tiếng nhạc, tiếng ồn, đám đông.

* Giúp BN bình tĩnh, lạc quan, tự tin vào bản thân, để an tâm điều trị.

* Giúp BN lấy lại niềm tin trong cuộc sống.

* Thích nghi với cuộc sống một cách tốt nhất

- * Củng cố niềm tin của BN đối với nhà trị liệu

- * Giúp BN có khả năng tự thư giãn

- * Giúp BN tái hòa nhập xã hội tốt nhất có thể

3.4.6.3. Kế hoạch trị liệu

Đối với trường hợp này chúng tôi dùng các kỹ thuật sau:

- * Kỹ thuật thư giãn

- * Kỹ thuật luyện tập khẳng định bản thân

- * Kỹ thuật điều trị và nhận thức hành vi

- * Kỹ thuật giải cảm ứng có hệ thống

- * Kỹ thuật ngập lụt

3.4.6.4. Áp dụng các kỹ thuật vào điều trị cas lâm sàng

- * *Kỹ thuật thư giãn*

Thư giãn có nhiều kỹ thuật khác nhau, nhưng trường hợp này, chúng tôi sử dụng kỹ thuật thư giãn tĩnh dựa vào tưởng tượng. Mục tiêu của thư giãn tĩnh là phát triển mối liên hệ giữa một ý nghĩa thông qua tưởng tượng bằng lời với trạng thái thư giãn mong muốn. Trong lúc thư giãn tĩnh tập trung chú ý vào tư thế của cơ thể, tưởng tượng (tự ám thị), trạng thái tâm thần mong muốn thì toàn bộ cơ thể được đưa vào trạng thái yên tĩnh thụ động.

BN có những suy nghĩ khác thường, những nỗi sợ vô lý, từ đó cảm thấy bất rút, khó chịu trong người có thể mất cân bằng, mất tự chủ mỗi khi có những ý nghĩ trong đầu, hay phải đối diện với thực tế như phải gặp gỡ bạn bè, ép phải nghe nhạc.

Chính vì vậy mà chúng tôi đã sử dụng liệu pháp này. Bước đầu yêu cầu BN ngồi đúng tư thế, hít thở thật tự nhiên, tạo cảm giác thoải mái yêu cầu BN tưởng tượng một cái gì đó mà khiến cho BN vui vẻ, như đi chơi với chị Việt kiều về thăm quê, được đi khắp nơi, ngắm những phong cảnh tuyệt đẹp, ăn những thứ mình thích, hai chị em cùng tâm sự và lắng nghe chuyện của mình.

Sau đó hỏi BN về cảm giác vừa trải qua, khi tập trung thư giãn. BN cho rằng rất dễ chịu và thoải mái, muốn thư giãn lâu hơn, dặn BN tiếp tục về nhà tập vào các buổi sáng và trước khi đi ngủ, 15- 30 phút, ghi lại cảm xúc sau khi tập thư giãn.

** Kỹ thuật luyện tập khẳng định bản thân*

+ Những biểu hiện có tác phong thiếu khẳng định bản thân của BN là:

- Về sống với mẹ ruột, mẹ thường xuyên chửi mắng, chửi vô cớ, như chuyện tranh chấp con hẻm của hàng xóm, mẹ cũng chửi đổ lỗi cho BN, mắng là nhu nhược để cho người ta tranh giành mà không biết làm gì, không phản ứng gì, cứ để mẹ la mắng.

- Mỗi khi đi chợ mua đồ ăn, mẹ nói rằng: “Mày” không biết mua toàn cho người ta tiền, toàn là mua hớ. Từ đó cấm không cho BN đi chợ.

- Vào bệnh viện khám bệnh, xếp hàng theo thứ tự lấy số, người khác chen lên trước để khám, BN không dám nói sợ xảy ra xung đột.

- Những ngày làm kế toán ở công ty bạn bè giật tiền, lừa mua đất bị mất trắng, BN không dám đòi tiền lại.

- Thu ngân cho em trai, em trai mắng nhân viên, mắng luôn BN, BN không phản ứng lại, mặc dù đó là em mình và nghĩ đang làm công cho em, nên nhịn.

- Người anh trai thứ hai đuổi ra khỏi nhà cũng cam chịu

Như vậy nguyên nhân chủ yếu của những tác phong bị ức chế nói trên là hiện tượng lo âu, sợ hãi.

+ Chúng tôi cùng BN phân tích những phản ứng của BN, những sự việc mà BN phải đối mặt tạo nên một niềm tin, để tôn trọng bản thân và có cảm xúc dễ chịu. Đặc biệt giải thích những chỗ sai và tác hại của hành vi thiếu sót và tác hại của hành vi thiếu khẳng định bản thân, bên cạnh đó giới thiệu những hiệu quả tích cực mà kỹ thuật đem lại.

+ Trên thực tế điều này đã được chứng minh từ vài ngày đến vài tuần luyện tập, phần lớn BN đã có hành vi khẳng định bản thân.

** Kỹ thuật điều trị nhận thức hành vi*

Kỹ thuật này dựa trên cơ sở khẳng định rằng hầu hết những rối nhiễu cảm xúc là do những suy nghĩ không hợp lý, những niềm tin sai lệch, hoặc những mong muốn thoái quá không gây ra, theo họ cách ứng phó tốt nhất là điều chỉnh những nhận thức không phù hợp thay thế chúng bằng những ý nghĩ, niềm tin hợp lý hơn.

BN có những suy nghĩ là ngại và sợ phải tiếp xúc tiếng ồn, tiếng nhạc, ánh sáng, bạn bè. Vì vậy chúng ta cần phải giải thích và giúp BN hạn chế mức tối đa về nỗi ám sợ ấy, đồng thời nêu lên những điều thực tế, để BN tự nhận thức đúng đắn về hành vi của mình.

Rằng “Những nỗi sợ hãi nó vẫn cứ diễn ra bình thường đối với cuộc sống hàng ngày, như là 1 quy luật của tạo hóa”. Từ đó động viên BN dần dần quen với những sự kiện khiến cho BN khó chịu và hòa nhập 1 cách dễ dàng hơn.

Khuyến khích BN ghi nhật ký, ghi tất cả những sự kiện hàng ngày, viết lên những suy nghĩ, cảm xúc rồi cùng thảo luận (Bảng ghi nhật ký BN – xem phần phụ lục 5).

Chúng tôi khuyến khích BN thường xuyên đi ra ngoài để giải trí, tới những nơi thoáng mát, hay đi mua sắm ,...Nhà ở cũng nên nuôi hồ cá nhỏ, vài chậu hoa mà mình thích, đồng thời thay đổi lại lịch sinh hoạt cho khoa học, BN đã được thực hiện được, vì thấy vui hơn, giải tỏa được cảm xúc lấy lại niềm tin trong cuộc sống.

** Kỹ thuật giải cảm ứng có hệ thống*

Chúng tôi thực hiện các bước sau:

- + Tập thư giãn
- + Xây dựng hệ thống cấp báo về lo âu
- + Lập thang đánh giá về lo âu
- + Qua trình giải cảm ứng

BN có những lo âu về sự tiếp xúc với bạn bè, ánh sáng, tiếng nhạc, tiếng ồn. Nên chúng tôi quyết định dùng kỹ thuật này.

- Bước 1: Tập thư giãn của tác giả Shultz qua 6 bài tập:

Bài tập 1: “Cảm giác nặng”

Bài tập 2: “Cảm giác ấm”

Bài tập 3: “Điều hòa nhịp tim”

Bài tập 4: “Điều hòa hô hấp”

Bài tập 5: “Điều hòa nội tạng trong ổ bụng”

Bài tập 6: “Điều hòa vùng trán”. [9, tr125-128]

Sáu bài tập này thực hiện trong phòng yên tĩnh, phòng trị liệu tâm lý.

- Bước 2: Xây dựng hệ thống cấp bậc về lo âu

BN sợ tiếng nhạc, ánh sáng đèn, tiếng ồn, bạn bè. Theo nguyên tắc chúng ta phải giải cảm ứng từng sự kiện gây cho BN sợ hãi, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy tiếng nhạc, ánh sáng, tiếng ồn cùng kết hợp lại để giải cảm ứng trong trường hợp này.

Hướng dẫn BN sau một ngày làm việc về nhà, yêu cầu BN mở loại nhạc êm dịu, kết hợp với ánh sáng đèn ngủ màu vàng hoặc xanh đậm. Sau đó dần dần tăng tiếng nhạc, tăng ánh sáng bằng cách bật đèn huỳnh quang, cứ như vậy tiến dần dần tới nấc thang cao nhất và thực hiện trong nhiều ngày, nhiều tuần BN dần hết sợ tiếng nhạc, ánh sáng và kéo theo là hết sợ luôn tiếng ồn, mức độ lo âu cũng sẽ giảm.

Còn sợ bạn bè là do sự phòng vệ của BN vì trước đây những bạn thân đã đối xử không tốt nên sợ gặp lại và sợ sẽ bị lừa gạt.

Bước đầu tiên cũng cho BN thư giãn, yêu cầu BN tưởng tượng sẽ gặp rất nhiều người ở chợ, ở bệnh viện, siêu thị, công viên, thư viện, bưu điện,... yêu cầu làm nhiều lần sau buổi trị liệu tiếp theo chúng tôi cùng BN xuống phòng chờ chữa bệnh, nói chuyện bình thường cùng với một người, nghĩa là ba người cùng nói chuyện. Sau đó hỏi BN cảm thấy thế nào? BN nói không sợ và cảm thấy thoải mái.

Hôm sau nhà trị liệu yêu cầu BN nói chuyện riêng với một người, nhà trị liệu cách xa 10m, lần sau nhà trị liệu lại đứng xa hơn. (Tuy nhiên chúng tôi cũng thông báo cho người mà BN nói chuyện là mang tính chất trị liệu để cùng hợp tác tốt).

Khi buổi trị liệu kết thúc, chúng tôi yêu cầu BN gặp một người lạ hỏi con đường mà chúng tôi không biết, BN thực hiện được.

Cứ như vậy chỉ trong một thời gian những triệu chứng sợ trên sẽ hết như vậy trị liệu đạt kết quả.

Bảng 3.18: Đơn vị đánh giá chủ quan lo âu của bệnh nhân Vũ Thị Kiều Th

Thứ bậc	Tình huống sợ	Đơn vị chủ quan
1	Sợ lên cơn bệnh bất thường	100
2	Nghe nhạc, ánh sáng, tiếng ồn	80
3	Gặp bạn bè cũ	60
4	Mẹ la mắng bệnh nhân và hàng xóm	40
5	Khi phải đổi thuốc điều trị	20
6	Không đi ra ngoài ngoài một mình trong bóng tối	0

Kết quả bảng 3.18 cho thấy:

Tình huống sợ lên cơn bệnh bất thường có điểm số đơn vị chủ quan cao nhất là 100 điểm.

Tình huống nghe nhạc, ánh sáng, tiếng ồn có đơn vị chủ quan cao thứ hai là 80 điểm.

Thấp nhất là tình huống không đi ra ngoài ngoài một mình trong bóng tối có đơn vị chủ quan là 0.

** Kỹ thuật ngập lụt: chúng tôi sử dụng một lần nhưng không hiệu quả*

Đánh giá kết quả sau trị liệu

Sau 12 buổi trị liệu 1 tuần: 1 buổi, 1 buổi thời gian từ 60- 70 phút nhận thấy mức độ lo âu của BN giảm:

T1: Test Zung 47 điểm

T2: Test Zung 43 điểm

T3: Test Zung 38 điểm

Chúng tôi nhận thấy rõ rệt đó là sự thay đổi trên khuôn mặt BN, BN có vẻ buồn chán, ủ rũ, tác phong chậm chạp, không có niềm tin vào chính mình, sau những buổi tiếp xúc và làm việc BN vui vẻ, thay đổi cả hình thức như cắt tóc gọn

gàng, móng tay cắt ngắn, trang phục không mặc đồ màu tối nữa, nhẹ nhàng hơn, tự tin vào bản thân và có niềm tin vào cuộc sống.

BN chia sẻ “Tôi cảm thấy thoải mái và dễ chịu, tôi cảm nhận sự thay đổi từng ngày trong bản thân mình khi được điều trị tâm lý. Hơn nữa trong quá trình trị liệu tôi đã có dịp giải bày tâm sự và chia sẻ với nhà trị liệu những chuyện mà tôi đã giấu kín trong suốt bao năm qua.”

BN cũng đã khóc được: “Lâu lắm rồi tôi mới được khóc, cảm thấy mình còn có ý nghĩa đối với cuộc sống này và tôi vui lắm”. Đây là những điều mà BN chia sẻ. Sau khi kết thúc trị liệu BN tỏ ra bịn rịn còn muốn được trị liệu thêm nữa. Chúng tôi yêu cầu BN tiếp tục duy trì những bài tập về nhà, suy nghĩ tích cực hơn.

** Bên cạnh đó cũng có những thuận lợi và khó khăn:*

+ Thuận lợi:

- BN nắm bắt được vấn đề nhanh chóng và thực hiện thành công, tin tưởng vào nhà trị liệu.

- BN ý thức được tác dụng của việc thực hành liệu pháp NTHV.

- BN biết chấp nhận bản thân và có suy nghĩ về tương lai tốt đẹp hơn.

+ Khó khăn:

- Tác dụng phụ của thuốc, khiến BN mệt mỏi khi ghi nhật ký, làm bài tập về nhà.

- Mẹ hay la mắng, BN đến không đúng giờ (bận việc đột xuất) nên buổi trị liệu bị gián đoạn phải bù vào buổi khác, có tuần phải thực hiện 2 buổi/1 tuần.

Bảng 3.19: Những kỹ thuật liệu pháp nhận thức hành vi áp dụng cho bệnh nhân Vũ Thị Kiều Th

TT	Kỹ thuật liệu pháp nhận thức hành vi	Tần xuất sử dụng trên bệnh nhân
1	Kỹ thuật thư giãn	5
2	Kỹ thuật luyện tập khẳng định bản thân	3
3	Kỹ thuật điều trị nhận thức hành vi	3
4	Kỹ thuật giải cảm ứng có hệ thống	3
5	Kỹ thuật ngập lụt	1

Kết quả bảng 3.19 cho thấy:

Chúng tôi đã đáp ứng các kỹ thuật của liệu pháp NTHV cho BN là phù hợp.

Trong các kỹ thuật sử dụng với các mục đích khác nhau, nhưng chúng đều có mối liên hệ mật thiết với nhau, tập trung làm giảm triệu chứng này thì sẽ kéo theo sự giảm của các triệu chứng khác.

Điều này chúng tôi rút ra từ kinh nghiệm của những lần trị liệu.

Bảng 3.20: Các triệu chứng trước và sau trị liệu của bệnh nhân Vũ Thị Kiều Th

TT	Triệu chứng	Số điểm rối loạn lo âu trước điều trị	Số điểm rối loạn lo âu sau điều trị	% giảm
1	Đau đầu, mất ngủ	95	25	73,7
2	Lo lắng, sợ bệnh	95	20	77,8
3	Sợ tiếp xúc bạn bè, tiếng ồn, ánh sáng, tiếng nhạc	95	30	68,5
4	Đổ mồ hôi thường xuyên, run sợ, tim đập nhanh	85	15	82,4
5	Mất niềm tin vào bản thân và cuộc sống	80	10	87,5
	Tổng	450	100	77,8

Kết quả bảng 3.20 cho thấy:

Các triệu chứng của BN đều giảm, BN có 5 triệu chứng chính và tổng số điểm là 450 (trước điều trị), sau 12 buổi trị liệu số điểm đã giảm rõ rệt xuống còn 100 điểm (giảm 77,8%) các triệu chứng, đây là điều đáng mừng.

Hiệu quả của liệu pháp NTHV áp dụng rất tốt cho BN có rối loạn lo âu, trong đó có rối loạn ám ảnh sợ xã hội, BN thích nghi nhanh, mức độ giảm triệu chứng tốt, nói lên ý nghĩa liệu pháp tâm lý nói chung và liệu pháp NTHV nói riêng, đóng vai

trò quan trọng và hiệu quả trong việc điều trị BN có RLLA cùng kết hợp với điều trị hóa dược. Khi điều trị chúng ta có một kế hoạch công phu, tỉ mỉ, rõ ràng sẽ đạt được kết quả khả quan, đồng thời BN có niềm tin vào trị liệu, chúng ta sẽ rút ra bài học kinh nghiệm cho những cas sau này.

TIÊU KẾT CHƯƠNG 3

Kết quả nghiên cứu điều trị RLLA bằng liệu pháp NTHV, trong suốt 12 buổi trị liệu đã đạt kết quả ở mức trung bình khá: $2.57 < \text{ĐTB} < 3.18$.

Như vậy việc ứng dụng liệu pháp NTHV vào trị liệu RLLA là phù hợp, mang lại nhiều lợi ích cho BN và cải thiện các triệu chứng bệnh lý, giúp BN có thêm niềm tin vào bản thân, cuộc sống, tin vào trị liệu liệu pháp NTHV là có hiệu quả đúng với thực tế.

Kết quả trị liệu cũng cho thấy, sau mỗi buổi, mỗi tuần trị liệu, BN đều hoàn thành kế hoạch và bài tập được giao về nhà, đều thực hiện được. Cụ thể các triệu chứng bệnh lý đã được cải thiện đáng kể qua mỗi thời điểm điều trị.

Như vậy chúng ta thấy sự kết hợp giữa nhà trị liệu và BN trong quá trình điều trị là một vấn đề vô cùng cần thiết và quan trọng. BN đặt niềm tin vào nhà trị liệu, nhà trị liệu luôn luôn có thái độ tôn trọng, biết lắng nghe và thấu hiểu BN. Đây là vấn đề then chốt điều trị, làm nên sự thay đổi các triệu chứng bệnh lý riêng bản thân nhà trị liệu rất mong muốn, mà hơn hết là BN luôn mong muốn điều này. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy nhóm chứng có sự thay đổi các triệu chứng, nhưng so với nhóm can thiệp thì thấp hơn, đạt kết quả ở mức trung bình: $2.58 < \text{ĐTB} < 2.98$.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Kết luận

Qua nghiên cứu đề tài: “Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi”. Chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

- Xã hội càng phát triển, tình trạng bệnh lý ngày một tăng trong đó RLLA xảy ra phổ biến và đang là vấn đề bức xúc của toàn xã hội. Vì vậy RLLA có nhu cầu điều trị bằng liệu pháp tâm lý kết hợp với thuốc, trong đó có liệu pháp NTHV là một lựa chọn tốt để người bệnh điều trị.

- Trong quá trình điều trị, so sánh kết quả điểm số ở nhóm can thiệp và nhóm chứng, thì nhóm BN can thiệp các triệu chứng lo âu giảm rõ rệt.

- Từ thực tế cho thấy trị liệu bằng liệu pháp hành vi kết hợp với thuốc cho BN có RLLA là rất hiệu quả.

- Trong liệu pháp NTHV có nhiều phương pháp khác nhau khi tiến hành trị liệu chúng ta linh hoạt vận dụng các kỹ thuật không nên cứng nhắc là phải tuân thủ theo từng bước một.

Như vậy, xã hội càng phát triển con người đồng thời phải đối mặt với những tình trạng căng thẳng, bệnh lý ngày càng gia tăng, đe dọa cuộc sống, vì vậy bảo vệ đời sống con người, đặc biệt là đời sống tinh thần là mối quan tâm hàng đầu xã hội. Cho nên nghiên cứu và đưa vào ứng dụng các liệu pháp tâm lý nói chung và liệu pháp NTHV nói riêng là rất quan trọng trong việc phòng và chữa bệnh.

2. Kiến nghị

Qua kết quả thu được, sau khi tiến hành nghiên cứu thực tế lâm sàng, chúng tôi xin được đưa ra một số kiến nghị:

- Tâm lý trị liệu là ngành rất mới mẻ của chúng ta so với tốc độ phát triển các nước trên thế giới. Trong khi nhu cầu khám và điều trị của người dân rất lớn, vì vậy các cấp lãnh đạo thuộc chuyên ngành tâm lý nên tập trung nghiên cứu sâu và mở rộng để đáp ứng nhu cầu người dân.

- Hơn nữa, tài liệu thuộc lĩnh vực tâm lý nói chung và ngành trị liệu nói riêng đang còn ít chủ yếu từ sách nước ngoài rất khó tìm kiếm và chưa có sự thống nhất trong cách dịch thuật.

- Khi điều trị cho người bệnh nên kết hợp giữa tâm lý và thuốc, thống nhất giữa các Bác sĩ và nhà trị liệu tâm lý.

- Mở nhiều các dịch vụ như: Trung tâm tư vấn tại các bệnh viện và trường học. Để cho người dân có những vấn đề thắc mắc được giải đáp, buồn phiền, giảm căng thẳng khi được chia sẻ nhằm giảm bớt những nỗi đau cho con người.

- Đề tài chúng tôi nghiên cứu là một đề tài ứng dụng thực tế và có ý nghĩa quan trọng trong cuộc sống. Tuy nhiên, trong quá trình nghiên cứu sẽ không tránh khỏi những thiếu sót và hạn chế. Rất mong có những công trình nghiên cứu sau có tầm cỡ và quy mô lớn hơn, rộng hơn, để khẳng định hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. TIẾNG VIỆT

1. Huỳnh Hồ Ngọc Anh (2012) , *Tác động của trị liệu nhận thức - hành vi đến học sinh trung học phổ thông có rối loạn lo âu dựa trên định hình trường hợp*, luận văn thạc sĩ Tâm lý, Trường Đại Học Giáo Dục Hà Nội.
2. Võ Văn Bản (2002), *Thực hành điều trị tâm lý*, Nxb Y học Hà Nội.
3. Bệnh viện Tâm thần Thành Phố HCM (2000), *Tài liệu về trị liệu nhận thức hành vi*, lưu hành nội bộ.
4. Vũ Dũng (chủ biên) (2008), *Từ điển Tâm Lý Học*, Nxb từ điển Bách Khoa.
5. Vũ Dũng (2012), *Từ điển thuật ngữ Tâm Lý Học*, Nxb từ điển Bách Khoa.
6. Trần Minh Đức (2011), *Giáo Trình tham vấn Tâm Lý*, Nxb Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
7. Trần Như Minh Hằng (2012), *Nghiên cứu hiệu quả của nhận thức hành vi và các yếu tố liên quan trong điều trị bệnh nhận trầm cảm*, Luận án tiến sĩ y khoa, Trường Đại Học Y Hà Nội.
8. Đinh Đăng Hòe (1997), *Tập tài liệu tâm bệnh học*, Nxb Y học.
9. Nguyễn Công Khanh (2000), *Tâm lý trị liệu*, Nxb Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
10. Đặng Bá Lâm, Weiss Bahr (đồng chủ biên) (2007), *Giáo dục tâm lý và sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam – Một số vấn đề lý luận và thực tiễn liên ngành*, Nxb Đại học Quốc Gia Hà Nội.
11. Hoàng Khải Lập (2005), *Giáo trình dịch tễ học y học*, Nxb y học.
12. Nguyễn Văn Nuôi (2005), *Các rối loạn lo âu, Bộ môn tâm thần học*, Đại Học Dược TP.Hồ Chí Minh, Nxb Y Học.
13. Trần Viết Nghị (chủ biên) (2003), *Các rối loạn lo âu liên quan tới stress và điều trị trong tâm thần*. Nxb Đại học Y Hà Nội.
14. Nguyễn văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004), *Trắc nghiệm Tâm lý lâm sàng*. NXB Quân đội nhân dân.

15. Nguyễn Thị Hằng Phương (2008), *Nghiên cứu nguyên nhân gây ra rối loạn lo âu ở học sinh phổ thông chuyên Quảng Bình*, luận văn Thạc Sĩ Tâm Lý, Đại Học Khoa Học Xã Hội Nhân Văn Hà Nội.
16. Trần Văn Mau (2001), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân trầm cảm bằng liệu pháp kích hoạt hành vi tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học y dược Huế.
17. Lê Thị Minh Tâm (2012), *Tiếp cận trị liệu nhận thức hành vi*, Nxb thời đại.
18. Khoản Trung Tín (2012), *Tiếp cận kỹ thuật liệu pháp nhận thức hành vi trong tiến trình nâng đỡ trường hợp trầm cảm*, Khóa luận tốt nghiệp tâm lý học, Đại học Văn Hiến TPHCM.
19. Nguyễn Văn Thọ (1998 - 2000), *Xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm lý - tâm thần cho học sinh phổ thông ở Đồng Nai*, Nội san – Tâm Thần (12) – Bệnh viện Tâm thần Trung Ương II.
20. Nguyễn Văn Thọ (2011), *Giáo Trình Tâm Lý học*, Đại Học Văn Hiến Tp. HCM, Lưu hành nội bộ.
21. Lương Hữu Thông (2005), *Sức khỏe Tâm thần và các rối loạn tâm thần thường gặp*, NXB Lao Động.
22. Nguyễn Thị Hồng Thúy, Trần Thành Nam, Cao Vũ Hùng, Đặng Hoàng Minh (2007), *Bước đầu áp dụng mô hình trị liệu nhận thức hành vi (CBT) cho trẻ em có rối loạn lo âu*, giáo dục, tâm lý và sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam. Nxb Đại Học Quốc Gia, Hà Nội.
23. Nguyễn Khắc Viện (2001), *Từ điển tâm lý*, Nxb Văn Hóa Thông Tin.

B. TIẾNG ANH

24. American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth editon, Washington DC. P 144-147
25. Andrewr. Getz feld (2006), *Essentials of Abnormal psychology*. Sohn wiley & Sons, Inc. Hoboken, newsessey, USA.
26. Dan J.Stein, Eric Hollander (2002), *Text book of anxiety disorders, the American Psychiatric Publishing*. P3-7-8

27. Nike Nichols (2008) Normal worry vs Generalized Anxiety Disorder Help guide. Org, August 12.
28. PriorM, SmartD, San son A.etal (2000), “*Does Shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in a adolescence?, Sam A cad child Adolesc Psy chiatry*”
29. Wendy K.Silverman, Philp D.A Trefer (2001), *Axniety disorders in children and adolescent, Cambridge University*. P-2-127-104-105
30. World Health Organization (1992), International Classification of disease (the ICD-10), Diagnostic Criteria for research, Genva.
31. Bách khoa toàn thư mở, *Rối loạn lo âu*. <https://vi.wikipedia.org/wiki/roi-loan-lo-au>, ngày cập nhật 25/4/2016.
32. Bách khoa toàn thư mở, *Rối loạn lo âu lan tỏa*, <https://vi.wikipedia.org/wiki/roi-loan-lo-au-lan-toa>, ngày cập nhật 13/1/2016.
33. Bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương, *Sức khỏe tâm thần học sinh trường học hà nội*, [ttp://www.maihuong.gov.vn/vi/suc-khoe-tam-than-tre-em/63-suc-khoe-tam-than-hoc-sinh-truong-hoc-ha-hoi.htm](http://www.maihuong.gov.vn/vi/suc-khoe-tam-than-tre-em/63-suc-khoe-tam-than-hoc-sinh-truong-hoc-ha-hoi.htm)
34. Thông tin toàn diện cho sức khỏe, *Đại cương về chứng rối loạn lo âu*, <http://suynhuochthankinh.vn/bai-viet-thong-tin-benh-dai-cuong-ve-chung-roi-loan-lo-au.html>, ngày cập nhật 23/11/2015.
35. Việt báo, *Chứng rối loạn lo âu: căn bệnh đe dọa cuộc sống của bạn*, vietbao.vn/suc-khoe/chung-roi-loan-lo-au-can-benh-de-doa-cuoc-song-cua-ban/213/73179/19/250, ngày cập nhật 20/11/2013.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC

Phụ lục 1

Dưới đây là bảng gồm 20 câu, nhằm đánh giá một số biểu hiện về trạng thái và cảm xúc, tình trạng sức khỏe của Anh/chị, hãy lần lượt được đọc từng câu và lựa chọn mức độ phù hợp với mình. Xin đừng bỏ sót câu nào. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn.

THANG TỰ ĐÁNH GIÁ LO ÂU ZUNG (SAS)

Họ và tên:..... Tuổi:..... Giới:.....

Nghề nghiệp:..... Trình độ:..... Tình trạng hôn nhân:.....

STT		Không có hoặc rất ít	Đôi khi	Phần lớn thời gian	Hầu hết hoặc tất cả thời gian
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn trước				
2	Tôi cảm thấy sợ mà không có nguyên nhân nào				
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ				
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh				
5	Tôi cảm thấy mọi thứ điều tốt đẹp và không có gì xấu sẽ xảy ra				
6	Tay và chân tôi lắc lư và rung lên				
7	Tôi đang khó chịu và đau đầu, đau cổ và đau lưng				
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi				
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên 1 cách dễ dàng				
10	Tôi cảm thấy tim tôi đập nhanh				
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt				
12	Tôi có cơn ngất hoặc cảm thấy gần như thế				
13	Tôi có thể thở ra và thở vào 1 cách dễ dàng				
14	Tôi có cảm giác tê cứng và như kiến bò ở các đầu ngón tay và chân của tôi				

15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng				
16	Tôi thấy cần phải đi đại luôn				
17	Bàn tay tôi thường khô và ấm				
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ				
19	Tôi ngủ dễ dàng và có 1 giấc ngủ tốt				
20	Tôi thường có ác mộng				

Phụ lục 2:

BẢNG PHÒNG VẤN SÂU BÁC SĨ

Xin chào Bác sĩ, chúng tôi đang thực hiện nghiên cứu đề tài: Điều trị rối loạn lo âu bằng liệu pháp nhận thức hành vi tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

Để có thêm thông tin cũng như phản hồi của Bác sĩ về việc ứng dụng liệu pháp tâm lý nhận thức hành vi điều trị bệnh nhân RLLA và hiệu quả của việc điều trị. Tôi xin được phỏng vấn Bác sĩ một số câu hỏi sau:

1. Các rối loạn lo âu nào thường gặp trong quá trình thăm khám và điều trị.
2. Bác sĩ có thể cho biết một số đặc điểm chung của BN đến khám và điều trị là gì?
3. Những khó khăn trong việc chuẩn đoán bệnh? cho ví dụ một vài trường hợp cụ thể về 1 số biểu hiện đặc điểm RLLA thường thấy của bệnh nhân RLLA?
4. Để kết luận BN bị RLLA cần phải dựa trên những yếu tố nào và mất thời gian bao lâu?
5. Bác sĩ đã được biết về liệu pháp tâm lý NTHV bao lâu? từ nguồn nào và biết như thế nào?
6. Bác sĩ mong đợi gì ở kết quả từ việc chỉ định cho BN thực hiện test Zung và điều trị tâm lý liệu pháp NTHV.
7. Kết quả của điều trị tâm lý liệu pháp NTHV kết hợp với thuốc có đáp ứng mong đợi của Bác sĩ và chưa đáp ứng được gì?

Phụ lục 3:**DANH SÁCH NHÓM CAN THIỆP**

STT	Ngày	Họ và Tên	Năm sinh
1	29/2/2016	Hà Thị Minh H	1986
2	29/2/2016	Trần Thị Thanh H	1962
3	29/2/2016	Nguyễn Thị H	1979
4	29/2/2016	Hoàng Thị Tuyết H	1997
5	29/2/2016	Nguyễn Thị L	1970
6	1/3/2016	Phạm Thị Thúy Ph	1986
7	1/3/2016	Nguyễn Hồng L	1998
8	1/3/2016	Lê Đình N	1994
9	1/3/2016	Nguyễn Thị Thu Ng	1978
10	1/3/2016	Nguyễn Thị Kim T	1962
11	2/3/2016	Nguyễn Hoàng Kh	1997
12	2/3/2016	Trần Thị H	1994
13	2/3/2016	Nguyễn Thị M	1958
14	2/3/2016	Phạm Thị Ngọc Ch	1991
15	3/3/2016	Nguyễn Thị Kim Ng	1957
16	3/3/2016	Nguyễn Thị T	1963
17	3/3/2016	Nguyễn Chánh Ngh	1998
18	3/3/2016	Nguyễn Quốc Đ	1974
19	6/3/2016	Nguyễn Hữu L	1998
20	6/3/2016	Võ Chí Th	1994
21	6/3/2016	Mai Đình N	1983
22	6/3/2016	Huỳnh Thị Thu H	1983
23	7/3/2016	Vũ Thị Kiều Th	1976
24	7/3/2016	Lê Thị Hải	1966
25	7/3/2016	Phạm Thị L	1961
26	7/3/2016	Lê Thị S	1972
27	8/3/2016	Nguyễn Thị L	1974
28	8/3/2016	Nguyễn Thị Kim O	1991
29	8/3/2016	Đỗ Ngọc A	1993
30	9/3/2016	Nguyễn Hùng D	1989

Phụ lục 4:**DANH SÁCH NHÓM CHỨNG**

STT	Ngày	Họ và Tên	Năm sinh
1	29/2/2016	Trần Thị H	1979
2	29/2/2016	Phạm Xuân H	1994
3	29/2/2016	Vũ Thị Thanh Nh	1984
4	1/3/2016	Nguyễn Thị Th	1985
5	1/3/2016	Phạm Duy Kh	1986
6	1/3/2016	Nguyễn Thị Nh	1965
7	1/3/2016	Nguyễn Thị Bích Tr	1984
8	1/3/2016	Trần Đình S	1997
9	2/3/2016	Nguyễn Lê Đăng Từ D	1992
10	2/3/2016	Lê Thị Hoàng D	1976
11	2/3/2016	Nguyễn Thị Lệ T	1965
12	2/3/2016	Mai Thị Mỹ L	1976
13	3/3/2016	Phạm Thị Th	1968
14	3/3/2016	Phạm Thị D	1969
15	3/3/2016	Lê Thị T	1959
16	3/3/2016	Nguyễn Hữu H	1977
17	4/3/2016	Trương Nguyễn Hữu T	1998
18	4/3/2016	Nguyễn Huy Tr	1992
19	4/3/2016	Phạm Thị Ánh T	1973
20	4/3/2016	Đinh Thị Q	1988
21	7/3/2016	Lý Huệ T	1989
22	7/3/2016	Vũ Thị H	1958
23	7/3/2016	Nguyễn Thị Kiều H	1975
24	8/3/2016	Ngô Thị H	1974
25	8/3/2016	Phạm Văn M	1991
26	8/3/2016	Trịnh Thị L	1960
27	9/3/2016	Nguyễn Thị Nh	1976
28	9/3/2016	Trần Thị Phương Ng	1983
29	9/3/2016	Nguyễn Trần Ái D	1977
30	10/3/2016	Nguyễn Thị Thảo H	1996

Phụ lục 5:

VIẾT NHẬT KÝ DÀNH CHO BỆNH NHÂN

<p>Day (Ngày)</p>	<p>Events (sự kiện, tình huống)</p>	<p>Emotions (cảm xúc) (Buồn, lo lắng, sợ hãi ... và đánh giá theo đơn vị cảm xúc lo âu (0-100))</p>	<p>Thoughts (ý nghĩ tự động)(ghi các ý nghĩ và đánh giá lại niềm tin vào ý nghĩ tự động) (0- 100)</p>	<p>Alters (Thay đổi) (cách nghĩ khác về tình huống đó giúp bạn chống lại được cảm xúc không hài lòng)</p>	<p>Outcome (kết quả) (ghi lại cảm xúc, đánh giá đơn vị cảm xúc lo âu (0- 100) hành vi gì có điều chỉnh được)</p>

Phụ lục 6:

THANG ĐÁNH GIÁ CHỦ QUAN VỀ LO ÂU

Thứ bậc	Tình huống sợ	Đơn vị chủ quan lo âu (điểm) <i>Subjective Unit Anxiety</i>