



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ TÂM THẦN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 306/QĐ-BVTT ngày 12/9/2025
của Bệnh viện Tâm thần tỉnh Sơn La)

NGUYÊN TẮC ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng kỹ thuật; bao gồm các quy định về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị thực hiện kỹ thuật, đến các bước thực hiện theo trình tự từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật.
2. Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tâm thần – Tập 1 được xây dựng và ban hành cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT đồng thời có tên (trùng hoặc tên khác nhưng bản chất kỹ thuật và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau) trong Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT. Quy trình kỹ thuật của kỹ thuật có tên trong cột số 3 được áp dụng đối với các kỹ thuật có tên trong cột số 5 của Phụ lục về Danh mục kỹ thuật được ban hành kèm theo Quyết định này.
3. Quy định về thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực (chức danh chuyên môn nghề nghiệp, số lượng nhân lực), thuốc, thiết bị y tế... trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành dựa trên tính phổ biến, thường quy thực hiện tại bệnh viện. Trong thực tế triển khai, căn cứ diễn biến lâm sàng, tình trạng người bệnh, điều kiện thực tế của đơn vị, việc triển khai kỹ thuật có thể cần huy động thêm nhân lực chuyên môn, bổ sung thuốc, thiết bị y tế..., tăng thời gian thực hiện kỹ thuật...
4. Chỉ sử dụng các thuốc, thiết bị y tế... được cấp phép lưu hành theo quy định hiện hành.

PHỤ LỤC
DANH MỤC KỸ THUẬT VỀ TÂM THẦN

STT trong QTK T (cột 1)	STT kỹ thuật trong Chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư 23/2024/TT-BYT (cột 5)
1	5931	Trắc nghiệm trầm cảm Beck (BDI)	6.1	Thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI)
			3.237	Trắc nghiệm tâm lý Beck
2	5932	Trắc nghiệm trầm cảm Hamilton (HDRS)	6.2	Thang đánh giá trầm cảm Hamilton
			3.249	Trắc nghiệm tâm lý Hamilton
3	5933	Trắc nghiệm trầm cảm ở cộng đồng (PHQ - 9)	6.3	Thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ - 9)
4	5934	Trắc nghiệm trầm cảm ở trẻ em (CDI)	6.4	Thang đánh giá trầm cảm ở trẻ em
5	5937	Trắc nghiệm trầm cảm ở người cao tuổi (GDS)	6.5	Thang đánh giá trầm cảm ở người già (GDS)
6	5938	Trắc nghiệm trầm cảm sau sinh (EPDS)	6.6	Thang đánh giá trầm cảm sau sinh (EPDS)
7	5939	Trắc nghiệm lo âu - trầm cảm - stress (DASS)	6.7	Thang đánh giá lo âu - trầm cảm - stress (DASS)
8	5942	Trắc nghiệm hưng cảm Young (YMRS)	6.8	Thang đánh giá hưng cảm Young
9	5944	Trắc nghiệm lo âu Zung (ZAI)	6.9	Thang đánh giá lo âu - Zung
			3.238	Trắc nghiệm tâm lý Zung
10	5945	Trắc nghiệm lo âu Hamilton (HARS)	6.10	Thang đánh giá lo âu - Hamilton
11	5946	Trắc nghiệm lo âu trầm cảm (HADS)		
			BS_6.88	Thang đo lo âu trầm cảm H.A.D
12	5947	Trắc nghiệm lo âu trẻ em Spence (SCAS)		

			BS_6.94	Trắc nghiệm lo âu trẻ em Spence (SCAS)
13	5954	Trắc nghiệm sự phát triển ở trẻ em (DENVER II)	6.11	Thang đánh giá sự phát triển ở trẻ em (DENVER II)
			3.233	Test Denver đánh giá phát triển tâm thần vận động
			17.128	Lượng giá sự phát triển của trẻ bằng Test Denver
14	5955	Trắc nghiệm sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 16 - 30 tháng tuổi (M-CHAT)	6.12	Thang sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 18-30 tháng (CHAT)
			3.232	Thang sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 18-36 tháng (CHAT)
			17.201	Kỹ thuật sàng lọc trẻ tự kỷ bằng bảng kiểm M-CHAT
15	5956	Trắc nghiệm mức độ tự kỷ (CARS)	6.13	Thang đánh giá mức độ tự kỷ (CARS)
			3.231	Thang đánh giá mức độ tự kỷ (CARS)
			17.200	Lượng giá trẻ tự kỷ bằng thang điểm CARS
16	5958	Trắc nghiệm hành vi trẻ em (CBCL)	6.14	Thang đánh giá hành vi trẻ em (CBCL)
			3.234	Test hành vi cảm xúc CBCL
17	5964	Trắc nghiệm ấn tượng lâm sàng chung (CGI-S)	6.15	Thang đánh giá ấn tượng lâm sàng chung (CGI-S)
			3.254	Thang đánh giá ấn tượng lâm sàng chung (CGi)
18	5965	Trắc nghiệm tâm thần rút gọn (BPRS)	6.16	Thang đánh giá tâm thần rút gọn (BPRS)
			3.251	Thang đánh giá tâm thần rút gọn (BPRS)
19	5966	Trắc nghiệm trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE)	6.17	Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE)
			3.250	Thang đánh giá tâm thần tối

				thiếu (MMSE)
			17.205	Lượng giá tâm trí tối thiểu MMSE cho người cao tuổi
20	5968	Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN	6.18	Trắc nghiệm RAVEN
			3.239	Trắc nghiệm tâm lý Raven
21	5969	Trắc nghiệm trí tuệ người lớn Wechsler (WAIS)	6.19	Trắc nghiệm WAIS
			3.240	Trắc nghiệm tâm lý Wais và Wics (thang Weschler)
22	5970	Trắc nghiệm trí tuệ trẻ em Wechsler (WISC)	6.20	Trắc nghiệm WICS
			3.240	Trắc nghiệm tâm lý Wais và Wics (thang Weschler)
23	5971	Trắc nghiệm trí nhớ Wechsler (WMS)	6.21	Thang đánh giá trí nhớ Wechsler (WMS)
24	5972	Trắc nghiệm tập trung chú ý Bourdon	6.22	Thang đánh giá tập trung chú ý Bourdon
25	5973	Trắc nghiệm tập trung chú ý Pictogram	6.23	Thang đánh giá tập trung chú ý Pictogram
			3.229	Nghiệm pháp Pictogram
26	5974	Trắc nghiệm đa diện nhân cách MMPI	6.26	Thang đánh giá nhân cách (MMPI)
			3.228	Trắc nghiệm tâm lý MMPI
27	5976	Trắc nghiệm nhân cách CAT	6.27	Thang đánh giá nhân cách (CAT)
28	5977	Trắc nghiệm nhân cách TAT	6.28	Thang đánh giá nhân cách (TAT)
29	5978	Trắc nghiệm nhân cách CATELL	6.29	Thang đánh giá nhân cách catell
30	5979	Trắc nghiệm nhân cách Eysenck (EPI)	6.30	Bảng nghiệm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)

31	5980	Trắc nghiệm chất lượng giấc ngủ (PSQI)	6.31	Trắc nghiệm rối loạn giấc ngủ (PSQI)
32	5985	Trắc nghiệm bồn chồn bất an BARNES	6.33	Thang đánh giá bồn chồn bất an - BARNES
33	5986	Trắc nghiệm điểm thiếu máu cục bộ Hachinski	6.34	Thang điểm thiếu máu cục bộ Hachinski
34	5987	Trắc nghiệm mức độ sử dụng rượu AUDIT	6.35	Thang đánh giá mức độ sử dụng rượu (Audit)
35	5988	Trắc nghiệm hội chứng cai rượu CIWA	6.36	Thang đánh giá hội chứng cai rượu CIWA
36	5989	Trắc nghiệm mức độ nghiện Himmelbach	6.75	Thang đánh giá mức độ nghiện Himmelbach
			3.230	Thang đánh giá mức độ nghiện Himmelbach
37	5995	Trắc nghiệm PANSS	6.84	Thang PANSS
			3.252	Thang đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính (PANSS)
38	5997	Trắc nghiệm rối loạn tăng động giảm chú ý VANDERBILT	6.86	Thang VANDERBILT
			3.235	Test tăng động giảm chú ý Vandebilt
39	6010	Trị liệu thư giãn luyện tập	6.44	Liệu pháp thư giãn luyện tập
			3.242	Liệu pháp thư giãn luyện tập
40	6011	Trị liệu tâm lý nhóm	6.45	Liệu pháp tâm lý nhóm
			3.261	Liệu pháp tâm lý nhóm
41	6012	Trị liệu tâm lý gia đình	6.46	Liệu pháp tâm lý gia đình
			3.262	Liệu pháp tâm lý gia đình
42	6013	Tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà	6.48	Tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình
			3.264	Tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình

			17.214	Kỹ thuật tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà
43	6014	Trị liệu giải thích hợp lý	6.49	Liệu pháp giải thích hợp lý
			3.266	Liệu pháp giải thích hợp lý
44	6016	Trị liệu ám thị	6.51	Liệu pháp ám thị
			3.241	Liệu pháp ám thị
45	6017	Trị liệu nhận thức hành vi	6.52	Liệu pháp nhận thức hành vi
46	6018	Trị liệu nhận thức	6.53	Liệu pháp nhận thức
47	6019	Trị liệu tâm lý động	6.54	Liệu pháp tâm lý động
48	6020	Trị liệu kích hoạt hành vi	6.55	Liệu pháp kích hoạt hành vi (BA)
49	6037	Phân tích hành vi ứng dụng (ABA)		
			17.190	Kỹ thuật áp dụng phân tích hành vi (ABA)
50	6039	Liệu pháp âm nhạc	6.56	Liệu pháp âm nhạc
			3.243	Liệu pháp âm nhạc
51	6040	Liệu pháp hội họa	6.57	Liệu pháp hội họa
			3.244	Liệu pháp hội họa
52	6041	Liệu pháp thể dục, thể thao	6.58	Liệu pháp thể dục, thể thao
53	6042	Liệu pháp tái thích ứng xã hội	6.59	Liệu pháp tái thích ứng xã hội
			3.263	Liệu pháp tái thích ứng xã hội
54	6043	Liệu pháp hoạt động - lao động	6.60	Liệu pháp lao động
			3.267	Liệu pháp lao động
55	6052	Đo điện não vi tính	6.38	Đo điện não vi tính
			2.145	Ghi điện não thường quy
			3.138	Điện não đồ thường quy
			21.37	Ghi điện não đồ vi tính

56	6053	Đo điện não video	6.39	Đo điện não video
			2.147	Ghi điện não video
			3.139	Điện não đồ video
			21.39	Ghi điện não đồ video
57	6054	Đo lưu huyết não	6.40	Đo lưu huyết não
			3.256	Đo lưu huyết não
			21.9	Đo lưu huyết não
58	6057	Kích thích từ xuyên sọ	6.41	Kích thích từ xuyên sọ (TMS)
			17.157	Điều trị bằng từ trường xuyên sọ
59	6058	Sốc não thông thường	6.42	Sốc điện thông thường
			3.236	Sốc điện thông thường
60	6061	Kỹ thuật kiểm soát kích động	6.62	Xử trí trạng thái kích động
			3.257	Xử trí người bệnh kích động
61	6062	Kỹ thuật kiểm soát tự sát	6.68	Cấp cứu tự sát
			3.268	Cấp cứu người bệnh tự sát
62	6063	Kỹ thuật kiểm soát tình trạng không ăn	6.64	
			3.259	Xử trí người bệnh không ăn

1. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM BECK (BDI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory - BDI) là bảng câu hỏi tự đánh giá được tác giả Aaron T. Beck (Mỹ) xây dựng lần đầu tiên năm 1961, sau đó được chuẩn hóa năm 1969. BDI là bộ câu hỏi đánh giá cường độ, mức độ và sự tự nhận thức về trầm cảm ở người trưởng thành và trẻ vị thành niên từ 13 tuổi trở lên.

Phiên bản gốc của BDI gồm 21 câu hỏi, trong đó mỗi câu hỏi sẽ đưa ra bốn mức độ của triệu chứng. Mỗi triệu chứng được ấn định một điểm số từ “0” đến “3”, chỉ báo mức độ tăng dần của mỗi triệu chứng. Mỗi câu hỏi tương ứng với một triệu chứng của rối loạn trầm cảm nói riêng và cảm xúc nói chung thông qua sự tự đánh giá của người bệnh. Các câu hỏi từ 1 đến 14 đánh giá các triệu chứng về nhận thức - xúc cảm, trong khi các câu hỏi từ 15 đến 21 đánh giá các triệu chứng cơ thể. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ một đến hai tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn trầm cảm.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa, bác sĩ nội khoa được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm Beck (BDI), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 16-32 phút)

- **Câu hướng dẫn:** (thời gian 2-4 phút) “Trong bảng có 21 mục, Anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình trong khoảng 1 tuần trở lại đây và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với câu đã chọn. Anh/chị cũng có thể đánh dấu các câu khác trong mục, nếu như những câu đó cũng phù hợp với mình”.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi "**TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM BECK (Phần phụ lục)**". (thời gian 14-28 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

- **Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu (mỗi mục chỉ lựa chọn phương án cao nhất)

- Luôn lưu ý câu số 9: đánh giá nguy cơ tự sát, nếu số điểm lựa chọn từ 2 trở lên, ghi lưu ý ở phần trả kết quả.

- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm.

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

BDI	Điểm đánh giá
Không có trầm cảm	0 – 13
Trầm cảm nhẹ	14 – 19
Trầm cảm vừa	20 – 29
Trầm cảm nặng	≥ 30

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. Aalto A.M., Elovainio M., Kivimaki M., Uutela A., Pirkola S. (2012). The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using

the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard.
Psychiatry Research.197:163–171.

4. P.Richter, J.Werner, A.Heerlein, A.Kraus, H.Sauer. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review.*Psychopathology*. 31(3):160-168.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM BECK (BDI)

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm

Trong bảng này gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà anh/chị cảm thấy trong 1 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà anh/chị đã chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

1.	0	Tôi không cảm thấy buồn.
	1	Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn.
	2	Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn.
	3	Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được
2.	0	Tôi không nản lòng về tương lai.
	1	Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước.
	2	Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả.
	3	Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi.
3.	0	Tôi không cảm thấy như bị thất bại.
	1	Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác.
	2	Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại.
	3	Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại.
4.	0	Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích.
	1	Tôi ít thấy thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích.
	2	Tôi còn rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường thích.
	3	Tôi không còn chút thích thú nào nữa.
5.	0	Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả.
	1	Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội.
	2	Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình có tội.
	3	Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội.

6.	0	Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt.
	1	Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt.
	2	Tôi mong chờ bị trừng phạt.
	3	Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt.
7.	0	Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia.
	1	Tôi không còn tin tưởng vào bản thân.
	2	Tôi thất vọng với bản thân.
	3	Tôi ghét bản thân mình.
8.	0	Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia.
	1	Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia.
	2	Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình.
	3	Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra.
9.	0	Tôi không có ý nghĩ tự sát.
	1	Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện.
	2	Tôi muốn tự sát.
	3	Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát.
10.	0	Tôi không khóc nhiều hơn trước kia.
	1	Tôi hay khóc nhiều hơn trước.
	2	Tôi thường hay khóc vì những điều nhỏ nhặt.
	3	Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được.
11.	0	Tôi không dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.
	1	Tôi cảm thấy dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.
	2	Tôi cảm thấy bòn chòn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được.
	3	Tôi thấy rất bòn chòn và kích động đến mức liên tục phải đi lại hoặc làm việc gì đó.
12.	0	Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác.
	1	Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước.
	2	Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh.
	3	Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa.
13.	0	Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước.

	1	Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước.
	2	Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều.
	3	Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì cả.
14.	0	Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng.
	1	Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia.
	2	Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh.
	3	Tôi cảm thấy mình là người hoàn toàn vô dụng.
15.	0	Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.
	1	Sức lực của tôi kém hơn trước.
	2	Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.
	3	Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.
16.	0	Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi.
	1a	Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.
	1b	Tôi ngủ hơi ít hơn trước.
	2a	Tôi ngủ nhiều hơn trước.
	2b	Tôi ngủ ít hơn trước.
	3a	Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.
	3b	Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.
17.	0	Tôi không dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
	1	Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
	2	Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước rất nhiều.
	3	Lúc nào tôi cũng dễ cáu kỉnh và bực bội.
18.	0	Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước.
	1a	Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.
	1b	Tôi ăn ngon miệng hơn trước.
	2a	Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.
	2b	Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.
	3a	Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.
	3b	Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.
19.	0	Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.
	1	Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.

	2	Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.
	3	Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.
20.	0	Tôi không mệt mỏi hơn trước.
	1	Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.
	2	Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.
	3	Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.
21.	0	Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.
	1	Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.
	2	Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.
	3	Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

2. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM HAMILTON (HDRS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS) là một thang phỏng vấn sâu được tác giả M. Hamilton xây dựng vào năm 1960 tại Mỹ, sửa đổi vào năm 1967, được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng trầm cảm. HDRS thường được sử dụng cho những bệnh nhân đã được chẩn đoán là mắc bệnh trầm cảm.

HDRS là một bảng phỏng vấn sâu gồm 21 câu hỏi, tuy nhiên khi đánh giá để phân loại mức độ của trầm cảm, chỉ tính điểm 17 câu hỏi đầu. Các câu hỏi của HDRS bao gồm các vấn đề chủ yếu của rối loạn trầm cảm gồm các triệu chứng cảm xúc, các triệu chứng cơ thể, vấn đề nhận thức và các ý tưởng bị hại. Cán bộ thực hiện trắc nghiệm sẽ phỏng vấn người bệnh theo một bảng hỏi có sẵn nhằm định lượng mức độ trầm trọng của các triệu chứng trầm cảm trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá mức độ của rối loạn trầm cảm.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm Hamilton (HDRS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- *Câu hướng dẫn:* “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu về trạng thái cảm xúc cũng như các triệu chứng cơ thể trong vòng 1 tuần trở lại đây”.

- Trong quá trình phỏng vấn, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh; nhằm đánh giá người bệnh một cách tốt nhất, toàn diện và khách quan.

- Có thể phỏng vấn thêm người nhà người bệnh, cán bộ y tế chăm sóc (nếu có) để bổ sung thông tin.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- *Quy ước:* Tính tổng số điểm của các mục từ 1 đến 17.

- Luôn lưu ý mục số 3: đánh giá ý tưởng tự sát. Nếu câu trả lời có điểm từ 2 trở lên, ghi lưu ý vào phần trả kết quả.

- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

HDRS	Điểm đánh giá
Không có trầm cảm	0 – 7
Trầm cảm nhẹ	8 – 13
Trầm cảm vừa	14 – 18
Trầm cảm nặng	19 – 22
Trầm cảm rất nặng	≥ 23

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn (2010). Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23(1): 56-62.
4. Hedlund J.L., Viewig B.W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*. 10:149-165.
5. Jose A. Lopez-Pina, Julio Sanchez-Meca, Ana I. Rosa-Alcazar (2009). The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 9(1):143-159.
6. Mark Zimmerman, Jennifer H. Martinez, Diane Young, Iwona Chelminski, Kristy Dalrymple (2013). Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*. 150(2):384-388.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM HAMILTON (HDRS)

Họ và tên:.....Tuổi:.....Giới:.....Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán:.....Ngày điền phiếu:.....

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
1	Khí sắc trầm - Không có cảm giác khó chịu và dấu hiệu trầm cảm. 0 - Có cảm giác buồn hoặc lo lắng nhất thời, không có dấu hiệu trầm cảm rõ nét. 1 - Tỏ ra buồn, thấy đau khổ, bi quan, thỉnh thoảng khóc lóc, ý tưởng tự sát thoáng qua, hoạt động sút kém. 2 - Có dấu hiệu cơ thể của trầm cảm: chậm chạp hoặc có chút kích động, cảm giác tuyệt vọng; nội dung trầm cảm chiếm ưu thế, có ý tưởng tự sát. 3 - Trầm cảm nặng với các dấu hiệu cơ thể lan tỏa rõ rệt, hoang tưởng liên quan đến cái chết, tự sát. Bất động hoặc kích động, hành vi bị hủy hoại. 4	
2	Cảm giác tội lỗi - Không có cảm giác tội lỗi. 0 - Có một số hối hận nhỏ về hành vi đã qua. Có xu hướng tự buộc tội mình về những chuyện lật vạt. 1 - Cảm giác tội lỗi, nghiền ngẫm, tự quở trách mình vì những sai lầm hoặc hành vi tội lỗi. 2 - Tin rằng mình bị bệnh là do bị trừng phạt; hoang tưởng bị buộc tội. Chiếm ưu thế trong suy nghĩ và hành vi của người bệnh là mình bị buộc tội nặng, bị trừng phạt. 3 - Có ảo thanh buộc tội hoặc tố giác. Có ảo thị đe dọa. 4	
3	Tự sát - Không có. 0 - Chán sống, ý tưởng tự sát thoáng qua. 1 - Có ý tưởng tự sát. Coi tự sát cũng là một giải pháp tốt. 2 - Có ý tưởng tự sát rõ rệt. Đã có dự định tự sát. 3 - Có kế hoạch và tích cực chuẩn bị tự sát hoặc có mưu toan tự sát nghiêm trọng. 4	
4	Mất ngủ giấc ngủ đầu (khó đi vào giấc ngủ...) - Không có vấn đề gì. 0 - Có rối loạn nhẹ, nhưng không thường xuyên. 1 - Có rối loạn rõ rệt. 2	
5	Mất ngủ giấc ngủ giữa (trần trọc không ngủ được, hay thức dậy để	

	đi vệ sinh...) - Không có vấn đề gì. - Có rối loạn nhẹ, nhưng không thường xuyên. - Có rối loạn rõ rệt.	0 1 2
6	Mất ngủ giấc ngủ cuối (tỉnh dậy quá sớm vào buổi sáng, không ngủ lại được...) - Không có vấn đề gì. - Có rối loạn nhẹ, nhưng không thường xuyên. - Có rối loạn rõ rệt.	0 1 2
7	Công việc và hoạt động - Hoạt động bình thường. - Kém nhiệt tình, dè dặt, thụ động, dễ chán nản. Có ý nghĩ và cảm giác bất lực liên quan đến hoạt động. - Cảm thấy công việc là một gánh nặng. Lơ là trong việc chăm sóc bản thân. - Phải gắng sức trong mọi công việc. Phải hủy bỏ nhiều việc đã dự định. Chăm sóc bản thân rất kém. - Không có khả năng làm việc. Có thiếu sót, lú lẫn trong chăm sóc bản thân. Không tham gia các hoạt động khác ngoại trừ một vài công việc lật vật trong buồng bệnh.	0 1 2 3 4
8	Chậm chạp - Không có phàn nàn gì về sự tập trung chú ý và hiệu suất công việc. - Có sự giảm thiểu tâm lý - vận động. Đối tượng thừa nhận đôi lúc chậm chạp, không hoạt động, mất định hướng với xung quanh. - Giọng nói đều đều, trả lời câu hỏi chậm chạp, gần như ngồi im, song trả lời đúng câu hỏi. - Cuộc phỏng vấn bị kéo dài; thường bỏ sót câu trả lời hoặc trả lời những câu không phù hợp. - Không thể phỏng vấn được.	0 1 2 3 4
9	Kích động - Không có các dấu hiệu kích động. - Đứng, ngồi không yên và tăng động khi phỏng vấn. - Tăng động rõ rệt, luôn di chuyển chỗ ngồi, tay bấu vào tay, bấu vào quần áo hoặc vặn vẹo tay. - Đứng bật dậy khi đang phỏng vấn. - Vừa đi đi, lại lại, vừa rút tóc, quần áo, nhặt đồ lật vật.	0 1 2 3 4
10	Lo âu - triệu chứng tâm lý	

	- Không có phản nản gì - Chỉ kể ra khi được hỏi. Có cảm giác khó chịu, dễ kích thích hoặc căng thẳng, thể hiện ở mức độ nhẹ. Có xu hướng quá lo lắng vì những chuyện nhỏ hoặc có lo âu liên quan đến những tình huống đặc biệt. - Cảm thấy dễ bị kích thích, căng thẳng, không an tâm, dễ bị bối rối và các trạng thái này diễn ra trong một thời gian dài... - Luôn có cảm giác “bàng hoàng”, “kinh hãi” hoặc có cơn lo âu. - Có các triệu chứng trầm trọng: liên tục cảm thấy sợ hãi, hoảng sợ do chờ đợi sự mất mát, bị bỏ rơi, tàn phế...	0 1 2 3 4
11	Lo âu – triệu chứng cơ thể (Các rối loạn chức năng dạ dày, ruột, tim mạch, hô hấp, tiết niệu, bài tiết mồ hôi...) - Không có phản nản gì. - Triệu chứng nhẹ và ít gặp, không cản trở các hoạt động thường ngày. - Có cơn rối loạn về cơ thể mức độ vừa, thường xuyên hơn. - Liên tục cảm thấy ít nhiều bị ốm do những triệu chứng gây rối loạn giấc ngủ và công việc thường ngày. - Các triệu chứng gây bất lực.	0 1 2 3 4
12	Các triệu chứng cơ thể và dạ dày – ruột, sự ngon miệng - Không có phản nản gì. - Giảm ngon miệng. Số lần đại tiện có thay đổi. - Mất ngon miệng, táo bón nặng.	0 1 2
13	Triệu chứng cơ thể chung (Các cảm giác nặng nề, đau, mỏi...): - Không có triệu chứng. - Phản nản khi có các triệu chứng ở mức độ nhẹ và vừa nhưng không gây sự bất lực và rối loạn. - Phản nản khi có các triệu chứng ở mức độ nặng, cản trở hoạt động hoặc gây bất lực.	0 1 2
14	Triệu chứng sinh dục (Khả năng hoạt động sinh dục, điều hòa kinh nguyệt...) - Không có gì phản nản. - Giảm hứng thú, sự đáp ứng và tần số hoạt động tình dục giảm. - Hoàn toàn mất hứng thú, mất đáp ứng và thực sự chán ghét hoạt động tình dục. Mất kinh nguyệt không phải là do nguyên nhân nội tiết.	0 1 2

15	Nghi bệnh - Không có gì phàn nàn. - Phàn nàn về rối loạn ở mức độ nhẹ, quá lo lắng đến sức khỏe cơ thể của mình. - Bận tâm nhiều đến sức khỏe cơ thể, cho là mình có bệnh thực tổn. - Phàn nàn tập trung vào các triệu chứng cơ thể, đòi được giúp đỡ. Ám ảnh sợ bị bệnh ung thư, giang mai... Tin chắc là mình bị bệnh thực tổn. - Hoang tưởng có nội dung kì quái (cơ thể bị thôi rữa, bị đè nén...), lo âu rõ rệt; sợ hãi, tuyệt vọng, chờ đợi cái chết hoặc bị tàn phế nghiêm trọng.	0 1 2 3 4
16	Sút cân - Không có phàn nàn về sút cân. - Sút cân nhẹ hoặc có nghi ngờ sút cân. - Sút cân rõ rệt/trầm trọng (được đánh giá một cách khách quan).	0 1 2
17	Nhận thức - Thừa nhận bị trầm cảm và bị “bệnh tâm thần” (suy sụp thần kinh...). - Thừa nhận bị bệnh về trạng thái thần kinh nhưng đổ lỗi cho tình trạng cơ thể. - Cho là mình không có gì “trục trặc” trong hoạt động thần kinh (tâm thần), mà chỉ bị bệnh cơ thể.	0 1 2
18	Thay đổi trong ngày đêm (Các triệu chứng xấu hơn về buổi sáng hoặc buổi tối). - Không có một mô hình dao động nhất định trong ngày và đêm. - Có sự thay đổi nhưng chưa rõ rệt. - Tự thấy có thay đổi rõ rệt.	0 1 2
19	Giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại - Không có các dấu hiệu này. - Cảm thấy một các mơ hồ về sự thay đổi trong cơ thể. - Cảm giác rõ nét và dai dẳng về sự thay đổi cơ thể hoặc có cảm giác không thực về cơ thể của mình.	0 1 2
20	Các triệu chứng paranoid, ý tưởng bị hại - Không có các dấu hiệu này. - Có ý thức về bản thân, song thiếu tin tưởng vào người khác. Có ý nghĩ liên hệ mơ hồ; có xu hướng nghi ngờ người khác cười nhạo, chống lại mình về những chuyện vặt vãnh. Vẫn đáp ứng được sự động viên, trấn an của người xung quanh. - Thái độ paranoid; ý tưởng liên hệ bị truy hại một cách mơ	0 1 2

	hồ. Khí sắc hoang tưởng nhẹ và không hệ thống hoặc có ý nghĩ cho là người khác muốn làm hại mình. - Hoang tưởng paranoid thực sự, có hệ thống và đầy cảm xúc hoặc có khí sắc hoang tưởng. Người bệnh tin chắc là người khác muốn làm hại mình. - Hệ thống hoang tưởng paranoid được người bệnh nhào nặn một cách phong phú; khí sắc hoang tưởng mãnh liệt, có ảo giác.	3 4
21	Triệu chứng ám ảnh và cưỡng bức - Không có các triệu chứng này. - Có nghi ngờ, lo âu nhưng không nặng. - Triệu chứng lo âu rõ ràng.	0 1 2

3. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở CỘNG ĐỒNG (PHQ - 9)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm ở cộng đồng (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) là thang đo mức độ trầm cảm tự đánh giá được phát triển bởi Robert L.Spitzer, Janet B.W.Williams, Kurt Kroenke và các đồng nghiệp. Trong khuôn khổ dự án nghiên cứu và phát triển công cụ sàng lọc các rối loạn tâm thần trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của Hoa Kỳ bao gồm một số bảng hỏi như PHQ-9, PHQ-15, GAD-7,... PHQ-9 là một công cụ đánh giá sức khỏe người bệnh, khảo sát nhiều triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán trầm cảm và theo dõi đáp ứng điều trị. Các câu hỏi của PHQ-9 được trực tiếp nêu ra trong các tiêu chuẩn chẩn đoán chính cho rối loạn trầm cảm chủ yếu trong DSM-IV.

PHQ-9 là một thang đo gồm 9 câu hỏi, yêu cầu cán bộ thực hiện trả lời về mức độ thường xuyên các triệu chứng của cơ thể, nhận thức và cảm xúc. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi đề mục một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các dấu hiệu rối loạn cảm xúc, trầm cảm: Thực hiện trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Sàng lọc người bệnh trầm cảm trong cộng đồng và cơ sở y tế.
- Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

4. THẬN TRỌNG

- Các đối tượng có động cơ muốn tăng nặng hoặc giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa, điều dưỡng trình độ đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm ở cộng đồng PHQ-9, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 11-27 phút)

- **Câu hướng dẫn:** (2-3 phút) *Bây giờ, chúng tôi sẽ hỏi một số câu hỏi liên quan đến sức khỏe tâm thần của anh/chị trong một đến hai tuần qua”.*

- Đối với từng câu, nếu anh/chị trả lời “Có” thì cần nhắc **MỨC ĐỘ** và lựa chọn “*Tình trạng này thường xuyên ở mức độ nào?*”. Trong cột “**ĐIỂM**”, viết số cao nhất mà anh/chị chọn trong nhóm đã cho.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm. (thời gian 9-24 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

- **Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Cộng tổng số điểm của 9 câu hỏi
- + “Không ngày nào”: 0 điểm;
- + “Vài ngày”: 1 điểm;
- + “Hơn một nửa số ngày”: 2 điểm;
- + “Gần như mọi ngày”: 3 điểm.
- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

PHQ-9	Điểm đánh giá
Trầm cảm rất nhẹ	1 – 4
Trầm cảm nhẹ	5 – 9
Trầm cảm vừa	10 – 14
Trầm cảm nặng	15 – 19
Trầm cảm rất nặng	20 – 27

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu hướng dẫn dành cho cán bộ y tế cộng đồng, Dự án phát triển mô hình chăm sóc kết hợp từng bước trong quản lý trầm cảm dựa vào cộng đồng tại Đà Nẵng và Khánh Hòa, Việt Nam, 2009 - 2012.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*, J Gen Intern Med. 2001 Sep 6 (9):606-13.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở CỘNG ĐỒNG (PHQ-9)

Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: Giới:; Nghề nghiệp: ...

Địa chỉ:

Ngày đánh giá.....; Cán bộ thực hiện:.....

Trong bảng này gồm 9 đề mục. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một mức độ mô tả gần giống nhất tình trạng mà anh/chị cảm thấy. Khoanh tròn vào con số ở các mức độ bên phải câu phát biểu. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

STT	Nội dung	Không ngày nào	Vài ngày (1-7 ngày)	Hơn một nửa số ngày (8-11 ngày)	Gần như mọi ngày (12-14 ngày)
1	Ít muốn làm điều gì hoặc ít có cảm giác thích thú khi làm bất cứ điều gì	0	1	2	3
2	Cảm thấy nản chí, trầm buồn hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3
3	Khó đi vào giấc ngủ hoặc khó ngủ thẳng giấc hoặc ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4	Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít sinh lực	0	1	2	3
5	Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
6	Có suy nghĩ tiêu cực về bản thân mình hoặc cảm thấy mình là người thất bại hoặc cảm thấy mình đã làm cho gia đình và chính bản thân mình thất vọng	0	1	2	3
7	Khó tập trung vào công việc như đọc báo hoặc xem tivi	0	1	2	3
8	Vận động hoặc nói quá chậm đến mức người khác có thể nhận thấy được. Hoặc quá bồn chồn hoặc đứng ngồi không yên đến mức bạn đi đi lại lại nhiều hơn thông thường	0	1	2	3
9	Có các suy nghĩ cho rằng chết là điều tốt hơn hoặc tính đến chuyện tự gây tổn hại cho cơ thể theo cách nào đó	0	1	2	3

4. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở TRẺ EM (CDI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm ở trẻ em (Children Depression Inventory - CDI) được phát triển lần đầu tiên năm 1975, được xuất bản và đưa vào sử dụng năm 1979 bởi Tiến sĩ Tâm lý học lâm sàng Maria Kovacs (Úc), được xuất bản và đưa vào sử dụng năm 1985. CDI được xây dựng bằng cách sử dụng mô hình đánh giá trầm cảm cho người lớn dựa theo thang đánh giá trầm cảm cho người lớn theo thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI). CDI được sử dụng rộng rãi để đánh giá các triệu chứng trầm cảm nghiêm trọng ở trẻ em và thanh thiếu niên tuổi từ 7 đến 17.

CDI là một bản trắc nghiệm tự đánh giá gồm 27 câu hỏi và được nhóm thành 5 nhóm triệu chứng chính là: khí sắc trầm; vấn đề liên cá nhân; mất hiệu quả; giảm hứng thú và mất tự tin. Các đề mục trong CDI được viết một cách trong sáng, rõ ràng và dễ hiểu. Trẻ được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi đề mục một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà trẻ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá trầm cảm ở trẻ em và thanh thiếu niên
- Theo dõi quá trình điều trị
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/Điều dưỡng đại học, kỹ thuật viên được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm trẻ em (CDI), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 11-27 phút)

- Câu hướng dẫn: (thời gian 2-3 phút) “Dưới đây là bảng trắc nghiệm gồm 27 đề mục được đánh số từ 1 đến 27 về tâm trạng, cảm xúc, chức năng hoạt động hằng ngày của cháu. Trong mỗi đề mục cháu hãy chọn ra một câu phát biểu phù hợp nhất với tình trạng của cháu trong khoảng từ 1 đến 2 tuần trở lại đây và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với câu đã chọn”.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM TRẺ EM (CDI) - phần Phụ lục**. (thời gian 9-24 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

- Lưu ý:

Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu (mỗi mục chỉ chọn 1 câu có điểm cao nhất).

- Luôn lưu ý câu hỏi số 27: suy nghĩ về tự tử. Nếu trẻ có ý tưởng tự sát, ghi lưu ý vào phần trả kết quả.

- Tiến hành đánh giá trầm cảm theo bảng tham chiếu

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

CDI	Điểm đánh giá
Không có trầm cảm	0 - 12
Có dấu hiệu trầm cảm	13 – 19
Có trầm cảm	≥ 20

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anna F.M., Juan A.A., Juana G.B., Victoria del B.G. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Inventory in Community and Clinical Sample. *The Spanish Journal of Psychology*. 13(2):990-999.
2. D. Knight, V.R. Hensley, B. Waters (1988). Validation of the Children's Depression Scale and the Children's Depression Inventory in a prepubertal sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 29(6):853-863.
3. Emily S., Louisa D., Yong Y.L., Cathrine M., Angus L., Megan H., George P. (2015). Symptoms screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and

- meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *Journal of Affective Disorders*. 174:447-463.
4. George Giannakopoulos, Maria Kazantzi, Christine Dimitrakaki, John Tsiantis, Gerasimos Kolaitis, Yannis Tountas (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 18(8):485-492.
 5. Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*. 21 (4), 995-998.
 6. William J. H., Johnny L.M. (1984). The assessment of depression in children: The internal structure of the child depression inventory (CDI). *Behavior Research and Therapy*. 22(3):289-298

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM TRẺ EM (CDI)

Họ và tên: Tuổi: Giới: Ngày sinh:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm:

Bản này gồm 27 đề mục được đánh số từ 1 đến 27, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một câu phù hợp nhất với em trong 2 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà em chọn.

0	Tôi ít khi buồn.
1	Tôi buồn nhiều.
2	Tôi luôn luôn buồn.
2	Chẳng có thứ gì thuận lợi cho tôi.
1	Tôi không chắc có thứ gì sẽ thuận lợi cho mình.
0	Mọi thứ sẽ thuận lợi cho tôi.
0	Tôi làm đúng hầu hết mọi thứ.
1	Tôi làm sai nhiều thứ.
2	Tôi làm sai tất cả mọi thứ.
0	Tôi có niềm vui ở nhiều điều.
1	Tôi có niềm vui ở một số điều.
2	Chẳng có gì là vui đối với tôi cả.
2	Tôi luôn luôn tội tệ.
1	Đôi khi tôi tội tệ.
0	Ít khi tôi tội tệ.
0	Tôi ít khi nghĩ về những điều xấu sẽ xảy ra với mình.
1	Tôi lo rằng những điều xấu sẽ xảy ra với tôi.
2	Tôi chắc chắn rằng những điều xấu sẽ xảy ra với tôi.
2	Tôi ghét bản thân mình.
1	Tôi không thích bản thân mình.
0	Tôi thích bản thân mình.
2	Tất cả những điều xấu là lỗi của tôi.
1	Nhiều điều xấu là lỗi của tôi.
0	Nhiều điều xấu thường không phải là lỗi của tôi.
2	Tôi luôn luôn cảm thấy muốn khóc.

- 1 Tôi thường cảm thấy muốn khóc.
0 Ít khi tôi cảm thấy muốn khóc.
- 2 Mọi thứ luôn luôn làm tôi khó chịu.
1 Mọi thứ thường làm tôi khó chịu.
0 Mọi thứ ít khi làm tôi khó chịu.
- 0 Tôi thích tiếp xúc với mọi người.
1 Tôi thường không thích tiếp xúc với mọi người.
2 Tôi chẳng muốn tiếp xúc với mọi người tí nào.
- 2 Tôi không thể quyết định về thứ gì.
1 Tôi không dễ quyết định mọi thứ.
0 Tôi quyết định mọi thứ một cách dễ dàng.
- 0 Tôi trông bình thường.
1 Có thứ gì đó xấu xí với ngoại hình của tôi.
2 Tôi trông xấu xí.
- 2 Tôi luôn phải tự ép bản thân mình để làm bài tập về nhà.
1 Tôi thường phải ép bản thân mình để làm bài tập về nhà.
0 Làm bài tập về nhà không phải là một vấn đề lớn.
- 2 Tôi luôn khó ngủ.
1 Tôi thường khó ngủ.
0 Tôi ngủ khá tốt.
0 Tôi ít khi mệt.
1 Tôi thường xuyên mệt.
2 Tôi luôn luôn mệt.
- 2 Tôi luôn không muốn ăn.
1 Tôi thường không muốn ăn.
0 Tôi ăn khá tốt.
- 0 Tôi không lo lắng về những đau đớn.
1 Tôi thường lo lắng về những đau đớn.
2 Tôi luôn lo lắng về những đau đớn.
- 0 Tôi không cảm thấy cô đơn.
1 Tôi thường cảm thấy cô đơn.
2 Tôi luôn cảm thấy cô đơn.
- 2 Tôi không bao giờ có niềm vui ở trường.

- 1 Tôi thỉnh thoảng có niềm vui ở trường.
 0 Tôi luôn có niềm vui ở trường.
- 0 Tôi có khá nhiều bạn.
 1 Tôi có một số bạn nhưng tôi ước mình có nhiều hơn.
 2 Tôi không có bạn nào.
- 0 Việc học của tôi đang tốt.
 1 Việc học tập của tôi không tốt như trước đây.
 2 Tôi học rất kém những môn mà tôi từng học tốt.
- 2 Tôi không bao giờ có thể tốt như những bạn khác.
 1 Tôi có thể tốt như những bạn khác nếu tôi muốn.
 0 Tôi cũng tốt như những bạn khác.
- 2 Không có ai thực sự yêu thương tôi.
 1 Tôi không chắc có ai yêu thương mình không.
 0 Tôi chắc chắn là có ai đó yêu thương tôi.
- 0 Tôi thường làm những điều tôi được yêu cầu.
 1 Tôi thường không làm những điều mà tôi được yêu cầu.
 2 Tôi không bao giờ làm những điều tôi được yêu cầu.
- 0 Tôi không bao giờ đánh nhau.
 1 Tôi thường đánh nhau.
 2 Tôi luôn luôn đánh nhau.
- 0 Tôi không nghĩ về việc tự tử.
 1 Tôi nghĩ về việc tự tử.
 2 Tôi muốn tự tử.

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

5. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI (GDS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm người cao tuổi (Geriatric Depression Scale - GDS) là bảng câu hỏi tự đánh giá được nghiên cứu bởi Yesavage và cộng sự năm 1982 để nhận biết và lượng giá trầm cảm ở người cao tuổi.

GDS là một bảng tự đánh giá gồm 30 câu hỏi, trong đó người bệnh được yêu cầu trả lời “có” hoặc “không” liên quan đến cảm giác của họ trong tuần qua. GDS dạng rút gọn bao gồm 15 câu hỏi được phát triển vào năm 1986. GDS rút gọn dễ dàng thực hiện trên những người bệnh có bệnh lý nền, sa sút trí tuệ nhẹ và trung bình, những người bệnh mệt mỏi nhiều, giảm tập trung chú ý. Nó đã được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở chăm sóc cộng đồng, nơi điều trị cấp tính (nội trú) và điều trị ngoại trú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm người cao tuổi (GDS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 16-32 phút)

- **Câu hướng dẫn:** (thời gian 2-3 phút) “Dưới đây là 30 câu hỏi về tâm trạng và một số vấn đề ông/bà có thể gặp phải. Ở mỗi câu, ông/bà hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ứng với “Đúng” và “Không đúng” ứng với tình trạng của ông/bà trong vòng một tuần qua”.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM NGƯỜI CAO TUỔI (GDS) -phần Phụ lục.** (thời gian 14-29 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm

- **Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu.

- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu mức độ trầm cảm người cao tuổi.

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm người cao tuổi

GDS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có trầm cảm	0 – 9	
Trầm cảm nhẹ	10 – 19	
Trầm cảm nặng	≥ 20	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brink T.L., Yesavage J.A., Lum O., Heersema P., Adey M.B., Rose T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*. 1: 37-44.
2. Lyness J.M., Noel T.K., Cox C., King D.A., Conwell Y., Caine E.D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Archives of internal medicine*. 157(4):449-454.
3. Parmelee, P., Lawton, M., & Katz, I. (1989). Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. *Psychological Assessment*. 1(4):331-338.
4. Rafal A., Angelika K., Sylwia B. (2011). Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale-review. *Psychiatry Polska*. 45(4):555-562.
5. Wancata J., Alexandrowicz R., Marquart B., Weiss M., Friedrich F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(6):398-410.
6. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M.B., Leirer V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression

screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1): 37-49.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI (GDS)

Họ và tên : Tuổi : Giới : Nghề nghiệp :

Địa chỉ :

Chẩn đoán : Ngày làm :

Hãy khoanh tròn vào con số tương ứng với mục “Đúng” hoặc “Không đúng” tình trạng mà bác cảm thấy trong vòng một tuần trở lại đây.

Stt	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
1.	Về cơ bản tôi hài lòng với cuộc sống của mình	0	1
2.	Hiện tôi đã từ bỏ nhiều hoạt động và thú vui	1	0
3.	Tôi cảm thấy cuộc sống của mình thật là trống rỗng	1	0
4.	Tôi thường cảm thấy buồn chán	1	0
5.	Tôi cảm thấy tương lai đầy triển vọng	0	1
6.	Tôi thấy phiền muộn bởi có những ý nghĩ trong đầu không thể dứt ra được	1	0
7.	Hầu hết thời gian tôi thấy thoải mái	0	1
8.	Tôi sợ rằng có một điều tồi tệ sẽ xảy đến với mình	1	0
9.	Phần lớn thời gian tôi cảm thấy hạnh phúc	0	1
10.	Tôi thường cảm thấy không tự lo liệu được	1	0
11.	Tôi thường cảm thấy bồn chồn, bất an	1	0
12.	Tôi thích ở nhà hơn là đi ra ngoài và làm việc gì đó	1	0
13.	Tôi thường thấy lo lắng về tương lai	1	0
14.	Tôi cảm thấy mình có nhiều vấn đề về trí nhớ hơn hầu hết những người có cùng độ tuổi	1	0
15.	Tôi nghĩ cuộc sống hiện tại thật là tuyệt vời	0	1
16.	Tôi cảm thấy chán nản và thất vọng	1	0
17.	Tôi cảm thấy khá vô dụng trong tình trạng hiện tại	1	0

18.	Tôi lo nghĩ nhiều về quá khứ	1	0
19.	Tôi nhận thấy cuộc sống rất thú vị	0	1
20.	Tôi thấy khó để bắt đầu những kế hoạch mới	1	0
21.	Tôi cảm thấy tràn đầy sinh lực	0	1
22.	Tôi cảm thấy tình trạng của mình là tuyệt vọng	1	0
23.	Tôi nghĩ hầu hết mọi người đều tốt hơn tôi	1	0
24.	Tôi thường thấy bối rối cả với những việc nhỏ nhất	1	0
25.	Tôi thường cảm thấy muốn khóc	1	0
26.	Tôi có vấn đề về tập trung chú ý	1	0
27.	Khi thức dậy vào buổi sáng tôi thấy sảng khoái	0	1
28.	Tôi không thích những chỗ hội họp đông người	1	0
29.	Tôi dễ dàng đưa ra các quyết định	0	1
30.	Trí óc tôi vẫn minh mẫn như trước kia	0	1

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

6. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM SAU SINH (EPDS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá trầm cảm sau sinh Edinburgh (EPDS) được Cox JL. và cộng sự (Anh Quốc) phát triển năm 1987, được sử dụng để sàng lọc những triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ sau sinh từ 6 đến 8 tuần. Thang đánh giá trầm cảm sau sinh Edinburgh (EPDS) là một thang đo có giá trị và hiệu quả trong việc xác định một bệnh nhân có nguy cơ mắc chứng trầm cảm sau sinh.

Trắc nghiệm đánh giá trầm cảm sau sinh EPDS gồm 10 câu hỏi mô tả các triệu chứng trầm cảm mà phụ nữ sau khi sinh có thể mắc phải. Mỗi câu hỏi có 4 phương án trả lời, mỗi phương án tương ứng với một số điểm nhất định. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá. Trong trường hợp nghi ngờ có thể lặp lại thang đánh giá sau 2 tuần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá trầm cảm ở phụ nữ sau sinh.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa, điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm sau sinh ((EPDS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 11-27 phút)

- Câu hướng dẫn: (thời gian 2-3 phút) “Dưới đây là bảng trắc nghiệm bao gồm 10 mục đánh giá về trạng thái cảm xúc, tâm trạng, suy nghĩ và chức năng sinh hoạt hằng ngày của anh/chị. Anh/Chị hãy đọc từng mục chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình trong khoảng 1 tuần trở lại đây bằng cách khoanh tròn vào chữ số tương ứng với câu đã chọn”.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM SAU SINH (EPDS) - phần Phụ lục**. (thời gian 9-24 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

- *Lưu ý:* Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu (mỗi mục chỉ chọn 1 câu có điểm cao nhất).

- Luôn lưu ý câu hỏi số 10: ý nghĩ tự làm hại bản thân. Nếu người bệnh thường xuyên có ý nghĩ tự làm hại bản thân, ghi lưu ý vào phần trả kết quả.

- Tiến hành đánh giá trầm cảm theo bảng tham chiếu trầm cảm sau sinh.

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm sau sinh

EPDS	Điểm đánh giá
Không có trầm cảm	0 - 9
Có nguy cơ trầm cảm	10 - 12
Có trầm cảm	≥ 13

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782–786.
2. BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*.
3. Katherine L.W., Barbara L.P., Catherine M.P. (2002). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*. 347(3):194-199.
4. Katherine L.W., Dorothy K.Y., Mary C.M., David M.R., Rebecca A.Z., Carolyn L.H., Heather F.E., James F.L., Stephen R.W., Michelle L.C., Andrea L.C., Eydie L.M., Christopher S.F., Barbara H.H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression finding. *JAMA Psychiatry*. 70(5):490-498.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRÂM CẢM SAU SINH (EPDS)

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày điền phiếu:

Hãy đánh giá trạng thái mà bạn cảm thấy trong một tuần trở lại đây, tính cả ngày hôm nay!

1.	Tôi có thể cười và thấy khía cạnh hài hước của mọi chuyện.
0 -	Vẫn như trước kia.
1 -	Ít hơn trước kia.
2 -	Hầu như không còn như trước kia.
3 -	Không còn chút nào nữa.
2.	Tôi luôn hào hứng mong chờ mọi điều đến với mình.
0 -	Vẫn như trước kia.
1 -	Ít hơn một chút so với trước đây.
2 -	Ít hơn nhiều so với trước đây.
3 -	Rất hiếm khi.
3.	Khi mọi chuyện xấu đi tôi thường đổ lỗi cho bản thân.
3 -	Đúng, lúc nào cũng vậy.
2 -	Đúng, vài lần như vậy.
1 -	Hiếm khi như vậy.
0 -	Không bao giờ.
4.	Tôi cảm thấy lo âu hoặc lo lắng mà không rõ nguyên nhân.
0 -	Không có
1 -	Hiếm khi
2 -	Đúng, thỉnh thoảng
3 -	Đúng, rất thường xuyên.
5.	Tôi cảm thấy hoảng hốt, sợ hãi một cách vô cớ.
3 -	Đúng, phần lớn thời gian
2 -	Có, một vài lần.
1 -	Không, không nhiều.

- 0- Không có.
- 6. Mọi thứ đang đè nặng lên vai tôi.**
- 3- Đúng, hầu hết thời gian tôi không thể làm được việc gì.
- 2- Đúng, đôi lúc tôi không thể làm được mọi việc như trước đây
- 1- Không, đa phần tôi vẫn đảm đương tốt mọi việc như trước kia.
- 0- Không, tôi vẫn đảm đương tốt mọi việc như trước kia.
- 7. Tôi thường cảm thấy không vui và rất khó ngủ.**
- 3- Đúng, hầu hết thời gian
- 2- Đúng, đôi lúc như thế
- 1- Ít khi như thế
- 0- Không có.
- 8. Tôi cảm thấy buồn bã và bất hạnh.**
- 3- Đúng, hầu hết là như thế
- 2- Đúng, đôi lúc như thế
- 1- Ít khi như thế
- 0- Không có.
- 9. Tôi thấy buồn chán đến phát khóc.**
- 3- Đúng, hầu hết thời gian
- 2- Đúng, rất thường xuyên
- 1- Chỉ tùy từng lúc
- 0- Không bao giờ
- 10. Ý nghĩ tự làm hại bản thân xuất hiện trong đầu tôi.**
- 3- Đúng, khá thường xuyên
- 2- thỉnh thoảng
- 1- Hiếm khi
- 0- Không bao giờ.

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

7. TRẮC NGHIỆM LO ÂU - TRẦM CẢM - STRESS (DASS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá Lo âu – Trầm cảm - Stress là bảng hỏi tự đánh giá được tác giả P. Lovibond (người Úc) xây dựng năm 1995. DASS là một bộ gồm ba lĩnh vực tự đánh giá được thiết kế để đo các trạng thái cảm xúc tiêu cực của Trầm cảm, Lo âu và Stress. DASS đáp ứng được cả cho các nhà nghiên cứu và các nhà lâm sàng trong đánh giá tiến triển điều trị của bộ ba nói trên.

Phiên bản gốc của DASS gồm 42 câu hỏi, chia đều cho mỗi tiểu thang 14 câu. Tiểu thang Trầm cảm đánh giá ý nghĩ tự hạ thấp bản thân, bi quan về tương lai, tuyệt vọng, mất hứng thú/quan tâm, chậm chạp. Lo âu đánh giá biểu hiện hoảng sợ, run rẩy, khô miệng, khó thở, tim đập nhanh và ra mồ hôi tay. Stress đánh giá việc khó thư giãn, kích thích lo lắng, và dễ bị bối rối/lúng túng, kích động/phản ứng thái quá và sốt ruột, thiếu kiên nhẫn.

DASS đánh giá trạng thái cảm xúc của người bệnh trong một tuần ngay trước thời điểm thực hiện trắc nghiệm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá các rối loạn lo âu, trầm cảm, stress.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa, điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu - trầm cảm – stress (DASS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 12-32 phút)

- **Câu hướng dẫn:** (thời gian 2-3 phút) “Dưới đây là 42 câu hỏi mà anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ứng với các mức độ tương ứng với tình trạng của anh/chị trong vòng một tuần qua”. Trong đó “0” là “Không đúng với anh/chị chút nào”; “1” là “Đúng một phần hoặc thỉnh thoảng đúng”; “2” là “Đúng phần nhiều hoặc thường xuyên đúng”; “3” là “Hoàn toàn đúng hoặc luôn luôn đúng”.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **TRẮC NGHIỆM LO ÂU - TRẦM CẢM – STRESS (DASS) - phần Phụ lục**. (thời gian 10-29 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

- **Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu theo từng tiêu thang lo âu - trầm cảm - stress theo Mã ở cột ngoài cùng bên phải; trong đó ký hiệu “A” là “Lo âu”; ký hiệu “D” là “Trầm cảm” và ký hiệu “S” là “Stress”.

- Tiến hành đối chiếu điểm số của mỗi tiêu thang lên bảng mức độ lo âu - trầm cảm - stress.

Bảng tham chiếu mức độ lo âu – trầm cảm - stress

DASS	TRẦM CẢM		LO ÂU		STRESS	
Mức độ	Điểm	Kết quả	Điểm	Kết quả	Điểm	Kết quả
Không có	0 – 9		0 – 7		0 – 14	
Nhẹ	10 – 13		8 – 9		15 – 18	
Vừa	14 – 20		10 – 14		19 – 25	
Nặng	21 – 27		15 – 19		26 – 33	
Rất nặng	≥ 28		≥ 20		≥ 34	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 10:176-181.

3. Brown, T.A., Chorpita, B.F., Korotitsch, W., and Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*. 35:79-89.
4. John R.C., Julie D.H. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*. 42(2):111-131.
5. Lovibond, P.F., and Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33:335-343.
6. Lovibond, S.H., Lovibond, P.F., (1995). Manual for the Depresssion Anxiety Stress Scale (2nd Edition). Sydney: Psychology Foundation.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM LO ÂU - TRẦM CẢM - STRESS (DASS)

Họ và tên : Tuổi : Giới : Nghề nghiệp :

Địa chỉ :

Chẩn đoán : Ngày điền phiếu:

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào các số 0, 1, 2 và 3 ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong suốt một tuần qua. Không có câu trả lời đúng và sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

Mức độ đánh giá:

1. Không đúng với tôi chút nào cả
2. Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng
3. Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng
4. Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng.

Stt	Câu hỏi	Mức độ	Mã
1.	Tôi thấy mình hay bối rối trước những việc chẳng đâu vào đâu	0 1 2 3	S
2.	Tôi hay bị khô miệng	0 1 2 3	A
3.	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào	0 1 2 3	D
4.	Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	0 1 2 3	A
5.	Tôi dường như không thể làm việc như trước được	0 1 2 3	D
6.	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	0 1 2 3	S
7.	Tôi có cảm giác bị run (tay, chân...)	0 1 2 3	A
8.	Tôi thấy khó thư giãn được	0 1 2 3	S
9.	Tôi đã rơi vào sự việc khiến tôi rất lo lắng và tôi chỉ dịu lại khi sự việc đó đã qua đi	0 1 2 3	A
10.	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	0 1 2 3	D
11.	Tôi khá dễ bị bối rối	0 1 2 3	S
12.	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0 1 2 3	S
13.	Tôi cảm thấy buồn chán, trì trệ	0 1 2 3	D
14.	Tôi thấy mình không thể kiên nhẫn được khi phải chờ đợi	0 1 2 3	S
15.	Tôi thấy mình gần như bị ngất	0 1 2 3	A

16.	Tôi mất hứng thú với mọi việc	0	1	2	3	D
17.	Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người	0	1	2	3	D
18.	Tôi khá dễ phật ý, tự ái	0	1	2	3	S
19.	Tôi bị đổ mồ hôi dù chẳng vì làm việc nặng hay do trời nóng	0	1	2	3	A
20.	Tôi hay sợ vô cớ	0	1	2	3	A
21.	Tôi thấy cuộc sống không có gì đáng giá cả	0	1	2	3	D
22.	Tôi thấy khó mà thoải mái được	0	1	2	3	S
23.	Tôi thấy khó nuốt	0	1	2	3	A
24.	Tôi dường như chẳng thấy có chút hứng thú nào từ những việc mà tôi đã làm	0	1	2	3	D
25.	Tôi nhận thấy tim mình đập dù không làm việc gì nặng nhọc (nhịp tim tăng, tim mất nhịp)	0	1	2	3	A
26.	Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	0	1	2	3	D
27.	Tôi dễ cáu kỉnh, bực bội	0	1	2	3	S
28.	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	0	1	2	3	A
29.	Sau khi bị bối rối tôi thấy khó mà trấn tĩnh lại được	0	1	2	3	S
30.	Tôi sợ phải làm những việc tuy bình thường nhưng trước đây tôi chưa từng làm	0	1	2	3	A
31.	Tôi không thấy hào hứng với bất kỳ việc gì nữa	0	1	2	3	D
32.	Tôi thấy khó chấp nhận việc đang làm bị gián đoạn	0	1	2	3	S
33.	Tôi sống trong tình trạng căng thẳng	0	1	2	3	S
34.	Tôi thấy mình khá là vô tích sự	0	1	2	3	D
35.	Tôi không chấp nhận được việc là có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0	1	2	3	S
36.	Tôi cảm thấy khiếp sợ	0	1	2	3	A
37.	Tôi chẳng thấy có hy vọng gì ở tương lai cả	0	1	2	3	D
38.	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa	0	1	2	3	D
39.	Tôi dễ bị kích động	0	1	2	3	S
40.	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	0	1	2	3	A
41.	Tôi bị run	0	1	2	3	A

42.	Tôi thấy khó bắt tay vào công việc	0	1	2	3	D

8. TRẮC NGHIỆM HUNG CẢM YOUNG (YMRS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá hưng cảm Young (YMRS) được phát triển ban đầu bởi Vincent E.Z, và được phổ biến rộng rãi bởi Young Robert từ năm 1978 sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của hưng cảm và các triệu chứng liên quan, đồng thời đáp ứng với điều trị ở bệnh nhân có rối loạn lưỡng cực loại I và II. YMRS được sử dụng trên cả người lớn và thanh thiếu niên, hỗ trợ đắc lực cho các nhà lâm sàng và nhà nghiên cứu trong chẩn đoán, đánh giá và định lượng các triệu chứng hưng cảm.

Trắc nghiệm đánh giá hưng cảm YMRS là bảng phỏng vấn gồm 11 câu hỏi đánh giá các triệu chứng chung của hưng cảm. Người phỏng vấn dựa trên báo cáo về triệu chứng chủ quan của người bệnh trong vòng 48 giờ tới thời điểm phỏng vấn, sự quan sát lâm sàng khi phỏng vấn, và thông tin của người chăm sóc để đánh giá mức độ của các triệu chứng hưng cảm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá hưng cảm.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm hưng cảm Young (YMRS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu hỏi nhằm đánh giá trạng thái cảm xúc, suy nghĩ, hành động và chức năng sinh hoạt hằng ngày trong vòng 1 tuần trở lại đây”.

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện nhằm hoàn thành đánh giá trắc nghiệm một cách toàn diện, khách quan.

- Có thể phỏng vấn thêm người nhà, nhân viên chăm sóc y tế (nếu cần) để bổ sung thông tin hỗ trợ quá trình đánh giá.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu (mỗi mục chỉ chọn 1 câu có điểm cao nhất).

- **Lưu ý:** trong bảng hỏi có một số câu có điểm số tăng gấp đôi do tính chủ đạo của triệu chứng, gồm những câu: 5, 6, 8 và 9.

- Tiến hành đánh giá trạng thái hưng cảm theo bảng tham chiếu

Bảng tham chiếu mức độ hưng cảm

YOUNG	Điểm đánh giá
Trạng thái ổn định	0 – 11
Trạng thái ranh giới	12 - 19
Hưng cảm mức độ nhẹ đến vừa	20 - 30
Hưng cảm mức độ nặng	≥ 31

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jacek W., et al (2011). Bech-Rafaelsen Mania Scale and Young Mania Rating Scale--comparison of psychometric properties of the two instruments for rating a manic syndrome. *Psychiatria Polska*. 45(1):61-78.
2. Micheal L., Stephanie G., Adeline B., Bruno F., Elena P., Helene S., Mauricio T., Catherine R., Jean-Michel A., Emblem Study Group (2013). Young Mania Rating Scale: how to interpret the numbers? Determination of a severity threshold and of the minimal clinically significant difference in the EMBLEM cohort. *International Journal of methods in psychiatric research*. 22(1):46-58.
3. Moritz M., Chrisstoph E., Patrick K., Christian S., Heinz G., Christian G., Alexandre W., Christoph S. (2011). Reliability and concordance validity of a German version of the Young Mania Rating Scale (YMRS-D). *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte*. 25(1):16-25.

4. Seon C.P., Joonho C., (2016). Using the Yong Mania Rating Scale for Identifying Manic Symptoms in Patients with Schizophrenia. *Yonsei medical journal*. 57(5):1298-1299.
5. Young R.C., Biggs J.T., Ziegler V.E., Meyer D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 133(5): 429–435.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM HÙNG CẢM YOUNG (YMRS)

Họ và tên Tuổi: Giới:
 Địa chỉ:
 Chẩn đoán: Ngày làm:

1. Khí sắc tăng:

0. Không có.

1. Khí sắc tăng nhẹ hoặc nghi ngờ là có tăng khí sắc.

2. Khí sắc tăng rõ không do tác động của ngoại cảnh, lạc quan, tự tin, vui vẻ thích hợp với ngoại cảnh.

3. Khí sắc tăng không thích hợp với ngoại cảnh, thích hài hước.

4. Khoái cảm, cười lớn tiếng một cách không thích hợp, hát hò.

2. Tăng hoạt động tâm thần, tăng năng lượng:

0. Không có.

1. Tăng hoạt động.

2. Sôi nổi, tăng hành vi điệu bộ.

3. Nhiệt tình quá mức, đôi khi tăng hoạt động, đứng ngồi không yên (có thể làm dịu được).

4. Hưng phấn vận động, tăng hoạt động liên tục (không thể làm dịu được).

3. Hoạt động tình dục:

0. Bình thường, không tăng.

1. Tăng nhẹ hoặc nghi ngờ có tăng.

2. Tăng một cách rõ rệt.

3. Thích nói đến các vấn đề có nội dung tình dục, tự nói về có tăng hoạt động tình dục.

4. Có những hành vi suông sã, khiêu dâm (với bệnh nhân khác, với nhân viên hoặc với người phỏng vấn).

4. Ngủ:

0. Bình thường.

1. Ngủ ít hơn 1 giờ so với bình thường.

2. Ngủ nhiều hơn 1 giờ so với bình thường.

3. Giảm nhu cầu ngủ.

4. Không ngủ.

5. Dễ bị kích thích:

0. Không có.

2. Dễ bị kích thích không do tác động của ngoại cảnh.

4. Tỉnh thoảng dễ bị kích thích trong quá trình thăm khám.

6. Thường xuyên có biểu hiện dễ bị kích thích trong quá trình thăm khám, trả lời cộc lốc.

8. Thái độ thù địch, không hợp tác, không thể hỏi bệnh được.

6. Nói (Tốc độ và lưu lượng nói):

0. Không tăng.

2. Thích nói.

4. Đôi khi tăng tốc độ và lưu lượng từ khi nói, đôi khi ưa nói dài dòng.

6. Thường xuyên nói nhiều, tăng tốc độ và lưu lượng từ, khó có thể ngắt lời bệnh nhân.

8. Nói rất nhanh, liên tục, không thể ngắt lời được.

7. Rối loạn hình thức tư duy:

0. Không có.

1. Tư duy dài dòng, đãng trí nhẹ, tuy duy nhanh.

2. Đãng trí, suy nghĩ không mục đích, thường xuyên thay đổi chủ đề câu chuyện, suy nghĩ hoang tưởng.

3. Tư duy phi tán, lạc đề, nhại lời, nói theo vắn.

4. Lời nói, tư duy không mạch lạc, không thể giao tiếp được.

8. Nội dung suy nghĩ:

0. Bình thường.

2. Có những kế hoạch đáng ngờ, những quan tâm mới.

4. Có những dự án đặc biệt, quá sùng đạo.

6. Ý tưởng tự cao, ý tưởng paranoid, ý tưởng liên hệ.

8. Hoang tưởng, ảo giác.

9. Hành vi kích động, rối loạn hành vi:

0. Không có, hợp tác khi thăm khám.

2. Tỉnh thoảng có hành vi châm biếm, nói to hoặc không thận trọng.

4. Yêu sách, đe dọa.

- 6. Đe dọa thầy thuốc, la hét, khó thăm khám.
- 8. Rối loạn hành vi, kích động không thể thăm khám được.

10. Biểu hiện bên ngoài:

- 0. Ăn mặc gọn gàng.
- 1. Ăn mặc không gọn gàng.
- 2. Ăn mặc lôi thôi, nhếch nhác, tóc không chải.
- 3. Trang điểm lòe loẹt, tóc tai bù xù.
- 4. Ăn mặc lôi thôi, kỳ dị, sặc sỡ.

11. Tự nhận thức:

- 0. Thừa nhận mắc bệnh, đồng ý với việc cần được điều trị.
- 1. Có thể mắc bệnh.
- 2. Thừa nhận là có những biến đổi về hành vi nhưng phủ nhận là mình mắc bệnh.
- 3. Thừa nhận có thể có những biến đổi về hành vi nhưng phủ nhận là mình mắc bệnh.
- 4. Phủ nhận bất kỳ một thay đổi nào về hành vi.

9. TRẮC NGHIỆM LO ÂU ZUNG (ZAI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá lo âu Zung (Zung Self-Rating Anxiety Inventory-ZAI) do tác giả Zung William W.K. (Giáo sư Tâm thần học của Đại học Duke, Mỹ) đề xuất và xây dựng năm 1971 để định lượng mức độ lo lắng của người bệnh và hiệu quả của các phương pháp điều trị lo âu dựa trên thông tin tự đánh giá do người bệnh cung cấp. ZAI là một trắc nghiệm khách quan, đã được chuẩn hoá, dễ hiểu và dễ thực hiện.

ZAI là phiên bản tự đánh giá gồm 20 câu hỏi, mô tả các triệu chứng lo lắng trong tâm thần, các triệu chứng cơ thể hay cảm giác của con người. Mỗi mục được chấm theo thang điểm từ 1 đến 4 điểm tương ứng với các mức độ tăng dần của tần suất xuất hiện các triệu chứng: “không xuất hiện”; “đôi khi xuất hiện”; “thường xuyên xuất hiện” và “luôn luôn xuất hiện”. Hầu hết các mục đều mô tả các triệu chứng tiêu cực, tuy nhiên, một số mục được sử dụng dưới dạng câu mô tả tích cực để tránh việc không cẩn trọng trong trả lời câu hỏi. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn lo âu
- Theo dõi tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu ZUNG (ZAI), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 11-27 phút)

- **Câu hướng dẫn:** (thời gian 2-3 phút) “Dưới đây là 20 câu hỏi mô tả về một số triệu chứng anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ứng với các mức độ tương ứng với tình trạng của anh/chị trong vòng một tuần qua”. Trong đó “1” là “Không có; “2” là “Đôi khi”; “3” là “Thường xuyên”; “4” là “Luôn luôn”.

- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi "**TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LO ÂU ZUNG (phụ lục).** (thời gian 9-24 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

- **Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đã lựa chọn.
- Lưu ý: một số câu trong bài có cách tính điểm ngược gồm các câu: 5, 9, 13, 17 và 19.
- Tra tổng điểm thu được theo bảng điểm Zung để có điểm Zung

Bảng chuyển điểm Zung

Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

- Tiến hành đánh giá mức độ lo âu bằng cách đối chiếu điểm số ZUNG của người bệnh lên bảng phân loại mức độ lo âu.

Bảng tham chiếu mức độ lo âu

ZUNG	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có lo âu bệnh lý	≤ 44	
Lo âu mức độ nhẹ đến trung bình	45 – 59	
Lo âu mức độ nặng	60 – 74	
Lo âu mức độ rất nặng	≥ 75	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zung William W.K., (1971), “A Rating Instrument for Anxiety Disorder”. 12 (6): Psychosomatics 371-379.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

PHỤ LỤC TRẮC NGHIỆM LO ÂU ZUNG (ZAI)

Họ và tên Tuổi: Giới:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm:

Dưới đây là 20 câu phát biểu mô tả một số triệu chứng của cơ thể. Ở mỗi câu, hãy chọn một mức độ “Không có”; “Đôi khi”; “Thường xuyên” và “Luôn luôn” phù hợp với tình trạng mà bạn cảm thấy trong vòng một tuần vừa qua. Khoanh tròn vào con số bên phải tương ứng với các mức độ mà bạn lựa chọn! Hãy đừng bỏ sót đề mục nào?

Stt	Nội dung	Không có	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn luôn
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn thường lệ.	1	2	3	4
2	Tôi cảm thấy sợ vô cớ.	1	2	3	4
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ.	1	2	3	4
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh.	1	2	3	4
5	Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt và không có điều gì xấu sẽ xảy ra.	4	3	2	1
6	Tay và chân tôi lạnh, run lên.	1	2	3	4
7	Tôi đang khó chịu vì đau đầu, đau cổ, đau lưng.	1	2	3	4
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi.	1	2	3	4
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên một cách dễ dàng.	4	3	2	1
10	Tôi cảm thấy tim mình đập nhanh.	1	2	3	4
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt.	1	2	3	4
12	Tôi bị ngất và có lúc cảm thấy gần như thế.	1	2	3	4
13	Tôi có thể thở ra, hít vào một cách dễ dàng.	4	3	2	1

14	Tôi cảm thấy tê buốt, như có kiến bò ở đầu ngón tay, ngón chân.	1	2	3	4
15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng.	1	2	3	4
16	Tôi luôn cần phải đi đại.	1	2	3	4
17	Bàn tay tôi thường khô và ẩm.	4	3	2	1
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ.	1	2	3	4
19	Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt.	4	3	2	1
20	Tôi thường có ác mộng.	1	2	3	4

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

10. TRẮC NGHIỆM LO ÂU HAMILTON (HARS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá lo âu Hamilton là một thang phỏng vấn sâu được tác giả M. Hamilton xây dựng vào năm 1959 tại Mỹ, được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng lo âu. Trắc nghiệm đánh giá lo âu Hamilton thường được sử dụng cho những bệnh nhân có biểu hiện rối loạn lo âu.

HARS là một bảng phỏng vấn sâu gồm 14 đề mục mô tả các triệu chứng của lo âu gồm: các trạng thái lo âu về tâm lý; các vấn đề về hệ thần kinh tự trị và cảm giác và thái độ lúc phỏng vấn. Người bệnh sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi của người Cán bộ thực hiện trắc nghiệm theo một bảng hỏi có sẵn nhằm định lượng mức độ trầm trọng của các triệu chứng lo âu trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ của rối loạn lo âu.
- Theo dõi tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu Hamilton (HARS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu về suy nghĩ, tâm trạng, triệu chứng cơ thể và chức năng sinh hoạt hằng ngày của mình nhằm đánh giá tình trạng lo âu”.
- Trong quá trình phỏng vấn, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện nhằm trắc nghiệm một cách toàn diện và khách quan.
- Có thể phỏng vấn thêm người nhà, nhân viên chăm sóc y tế (nếu cần) để bổ sung thông tin.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà Cán bộ thực hiện trắc nghiệm đánh giá cho điểm.
- Tiến hành đánh giá lo âu theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ lo âu

HARS	Điểm đánh giá
Không có lo âu	0 – 13
Lo âu nhẹ	14 – 17

Lo âu vừa	18 – 24
Lo âu nặng	25 – 30
Lo âu mức độ rất nặng	≥ 31

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology; 32 (1):50–55.
2. W Maier, R Buller, M Philipp, & I Heuser (1988). The Hamilton Anxiety Scale: Reliability, Validity and Sensitivity to Change in Anxiety and Depressive Disorders. Journal of Affective Disorders. 14(1): 61-68.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LO ẦU HAMILTON (HARS)

Mức độ: 0 = Không có; 1 = Nhẹ; 2 = Trung bình; 3 = Nặng; 4 = Rất nặng.

Họ và tên Tuổi: Giới:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm:

TRIỆU CHỨNG	BIỂU HIỆN	MỨC ĐỘ
Trạng thái lo âu	Lo lắng, tiên đoán biểu hiện xấu nhất, dự đoán một cách sợ hãi, bứt rứt.	
Căng thẳng	Cảm giác căng thẳng, mệt mỏi, hoảng hốt, xúc cảm dễ khóc, run sợ, cảm giác bất an, mất khả năng thư giãn.	
Sợ hãi	Sợ bóng tối, sợ người lạ, sợ cô đơn, sợ thú vật, sợ xe cộ, đám đông	
Mất ngủ	Khó ngủ, dễ thức giấc, ngủ không ngon giấc, mệt mỏi khi thức dậy, chiêm bao, ác mộng, kinh hãi bóng đêm.	
Trí tuệ	Khó tập trung, trí nhớ kém.	
Trạng thái trầm cảm	Mất hứng thú, không thích giải trí, trầm cảm, mất ngủ.	
Thực thể (cơ bắp)	Đau nhức, co rúm, căng cứng, cơn co giật, nghiến răng, giọng không đều, tăng trương lực cơ.	
Thực thể (giác quan)	Ù tai, mắt mờ, các cơ bừng mặt nóng lạnh, cảm giác yếu mệt đau nhói.	
Triệu chứng tim mạch	Tim đập nhanh, hồi hộp, đánh trống ngực, mạch máu nhảy mạnh, cảm giác ngất xỉu, mất nhịp.	
Triệu chứng hô hấp	Nặng ngực hoặc thắt ngực, cảm giác nghẹt thở, thở dài, khó thở.	
Triệu chứng tiêu hóa	Khó nuốt, đầy hơi, đau bụng, cảm giác ợ nóng, đầy bụng buồn nôn, nôn, sôi ruột, hay đi phân lỏng, sụt cân, táo bón.	
Triệu chứng tiết niệu – sinh dục	Tiểu nhiều lần, tiểu gấp, mất kinh, rong kinh, yếu khả năng sinh dục, xuất tinh sớm, mất khoái cảm, liệt dương.	

Triệu chứng hệ thần kinh tự động	Khô miệng, bừng mặt, xanh xao, hay đổ mồ hôi, choáng váng, đau căng đầu, rụng tóc.	
Thái độ lúc phỏng vấn	Bồn chồn, bất an, run tay, cau mày mặt căng thẳng, thở nhanh hoặc thở dài, mắt tái xanh, nuốt nước bọt, ợ hơi, máy cơ mặt, giãn đồng tử, lồi mắt.	

11. TRẮC NGHIỆM LO ÂU TRẦM CẢM (HADS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm lo âu trầm cảm HADS là bảng hỏi tự đánh giá lo âu trầm cảm được tác giả Zigmond và Snaith (Thụy Điển) thiết kế năm 1983. HADS là trắc nghiệm đánh giá lo âu và trầm cảm ở những bệnh nhân có rối loạn về cơ thể, và HADS cũng là một công cụ để phát hiện chứng lo âu và trầm cảm ở những người có vấn đề về sức khỏe thể chất.

HADS gồm 14 câu hỏi trong đó 7 câu hỏi đánh giá lo âu và 7 câu hỏi đánh giá trầm cảm được đan xen nhau. Mỗi một câu hỏi có các lựa chọn được cho điểm từ 0 đến 3. Người bệnh được yêu cầu chọn một mức độ phù hợp với tình trạng mà họ cảm thấy trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần tính đến thời điểm đánh giá

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn lo âu và trầm cảm.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung /nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu trầm cảm HADS, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 11-27 phút)

- **Câu hướng dẫn:** (thời gian 2-3 phút) “Dưới đây là 14 câu hỏi mô tả về một số triệu chứng anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu phù hợp nhất với anh/chị”.

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **TRẮC NGHIỆM LO ÂU TRẦM CẢM (HADS)** phần Phụ lục. (thời gian 9-24 phút)

- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

- **Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Quy ước:** Các câu có ký hiệu A đánh giá lo âu; các câu có ký hiệu D đánh giá trầm cảm. Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đã lựa chọn, không tách riêng điểm lo âu hoặc điểm trầm cảm.

- Tiến hành đánh giá mức độ lo âu trầm cảm bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ lo âu trầm cảm.

Bảng tham chiếu mức độ lo âu trầm cảm

HADS	Điểm đánh giá	Kết quả
Trạng thái ổn định	0 – 7	

Trạng thái ranh giới	8 - 10	
Có trầm cảm - lo âu	≥ 11	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreas H., Elmar B. (2011). Normative values for the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*. 71(2):74-78.
2. Bjelland, I; et al. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 52 (2): 69–77.
3. Theodore D.C., Frank D., Mark W., Hannah McGee (2012). Latent Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *Journal Psychomatic Research*. 72(3):180-1

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LO ẦU TRẦM CẢM (HADS)

Họ và tên.....Giới.....Tuổi.....Nghề nghiệp.....

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán.....Ngày điền phiếu:.....

***Bạn hãy đọc một loạt câu hỏi và khoanh tròn vào con số bên trái câu trả lời
hiển thị đúng nhất cái mà bạn đã cảm thấy trong tuần vừa qua.***

A. Tôi cảm thấy căng thẳng hoặc bức dọc:

- 3 Phần lớn thời gian
- 2 Thường xuyên
- 1 thỉnh thoảng
- 0 Không bao giờ

D. Tôi hài lòng về mọi điều như trước kia:

- 0 Vâng, hoàn toàn như vậy
- 1 Không hoàn toàn
- 2 Chỉ một ít
- 3 Hầu như không nữa

A. Tôi có một cảm giác sợ giống như điều khủng khiếp đang xảy ra:

- 3 Vâng, rất rõ
- 2 Vâng, nhưng điều đó không đến nỗi vậy
- 1 Hơi một chút, nhưng điều đó không làm tôi lo lắng
- 0 Không một ít nào

D. Tôi cười dễ dàng và thấy khía cạnh tốt của mọi thứ:

- 0 Cũng như trước đây
- 1 Không được như trước đây
- 2 Hoàn toàn ít hơn trước
- 3 Không còn gì cả

A. Tôi lo lắng:

- 3 Rất thường xuyên
- 2 Khá thường xuyên
- 1 Tình cờ
- 0 Rất tình cờ

D. Tâm trạng tôi thoải mái:

- 3 Không bao giờ
- 2 Rất hiếm khi
- 1 Khá thường xuyên
- 0 Phần lớn thời gian

A. Tôi có thể ngồi yên lặng, không làm gì hết và cảm giác thoải mái:

- 0 Vâng, dù điều gì đó xảy ra
- 1 Vâng, nói chung là như vậy
- 2 Hiếm khi
- 3 Không bao giờ

D. Tôi có cảm giác hoạt động chậm lại:

- 3 Hầu như luôn luôn
- 2 Rất thường xuyên
- 1 Đôi khi
- 0 Không bao giờ

A. Tôi cảm thấy những cảm giác sợ và dạ dày tắc lại:

- 0 Không bao giờ
- 1 Đôi khi
- 2 Khá thường xuyên
- 3 Rất thường xuyên

D. Tôi không quan tâm nữa tới vẻ ngoài của tôi:

- 3 Không còn gì cả

- 2 Tôi không biết ăn mặc, trang điểm cho phù hợp với hoàn cảnh nữa
- 1 Có thể là tôi cũng không chú ý đến nó nữa
- 0 Tôi để ý đến nó như trước kia

A. Tôi cảm thấy bất ổn, đứng ngồi không yên:

- 3 Vâng, hoàn toàn đúng như vậy
- 2 Hơi một tí
- 1 Không hoàn toàn
- 0 Không một tí nào

D. Tôi mừng khi định làm một việc gì đó:

- 0 Cũng như trước
- 1 Hơi kém hơn trước
- 2 Kém rõ rệt hơn trước
- 3 Hầu như không bao giờ

A. Tôi cảm thấy những cảm giác đột nhiên hoảng sợ:

- 3 Hoàn toàn rất thường xuyên
- 2 Khá thường xuyên
- 1 thỉnh thoảng
- 0 Không bao giờ

D. Tôi có thể hài lòng về một cuốn sách hoặc một buổi phát hay trên đài hoặc ti vi:

- 0 Thường xuyên
- 1 Đôi khi
- 2 Hiếm khi
- 3 Rất hiếm khi

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

12. TRẮC NGHIỆM LO ÂU TRẺ EM SPENCE (SCAS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm lo âu trẻ em (SCAS) được phát triển lần đầu tiên bởi tiến sỹ Susan H. Spence năm 2000. SCAS được xây dựng để hỗ trợ trong việc đánh giá lâm sàng, và tự bản thân thang đánh giá này không phải là một công cụ dùng để chẩn đoán. SCAS có thể cung cấp một số chỉ số cho biết trẻ em đang ở mức độ nào của sự lo lắng, và nên được sử dụng kết hợp với một cuộc phỏng vấn lâm sàng nếu bắt buộc phải chẩn đoán. SCAS có phiên bản dành cho cha mẹ đánh giá cho trẻ từ 8 đến 11 tuổi và phiên bản trẻ tự đánh giá từ 12 đến 15 tuổi.

SCAS phiên bản cha mẹ gồm 38 câu hỏi về lo âu và một câu hỏi mở, được hoàn thành bởi cha/mẹ/người chăm sóc. SCAS tự đánh giá gồm 44 câu hỏi và một câu hỏi mở. Người thực hiện sẽ làm theo hướng dẫn bằng cách lựa chọn 1 trong 4 mức độ: Không bao giờ; thỉnh thoảng; Thường xuyên và Luôn luôn ở mỗi một câu hỏi. SCAS đánh giá tất cả các vấn đề lo âu với 6 phần nhỏ bao gồm: sự lo lắng; ám ảnh xã hội; ám ảnh cưỡng chế; chứng sợ khoảng trống; rối loạn stress sau sang chấn và lo âu lan tỏa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá lo âu cho trẻ em từ 8 đến 15 tuổi.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu trẻ em Spence (SCAS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 25-45 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho cha/mẹ/người chăm sóc: Làm quen với cha/mẹ/người chăm sóc để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ cha/mẹ/người chăm sóc.

- Thực hiện tương tự với đối tượng trắc nghiệm là trẻ em.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 21-37 phút)

- **Câu hướng dẫn (dành cho cha mẹ):** “Dưới đây là bảng trắc nghiệm có một số câu hỏi về trạng thái cảm xúc của con anh/chị. Ở mỗi mục, anh/chị hãy chọn một mức độ phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của con mình trong khoảng 1 tuần trở lại đây trong đó: “0” là “Không bao giờ”; “1” là “Đôi khi”; “2” là “Thường xuyên” và “3” là “Luôn luôn”. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào. (thời gian 3-5 phút)

- Sau khi cha/mẹ/người chăm sóc đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **Trắc nghiệm lo âu trẻ em Spence (SCAS) – phần Phụ lục**. (thời gian 18-32 phút)

- Trong quá trình cha/mẹ/người chăm sóc thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo cha/mẹ/người chăm sóc thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

- Ở phiên bản trẻ em, hướng dẫn trẻ tự thực hiện trắc nghiệm theo cách như trên.

- **Lưu ý:** Trường hợp cha/mẹ/người chăm sóc hoặc trẻ không tự thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

- **Tính điểm:** Cộng điểm ở từng tiểu thang theo bảng phân bổ như sau:

Ở phiên bản dành cho cha mẹ, điểm các tiểu thang được tính như sau:

Rối loạn hoảng sợ và chứng sợ đám đông	12 +19 +25 +27 +28 +30 +32 +33 +34
Lo âu chia cách	5 +8 +11 +14 +15 +38
Lo sợ chấn thương về cơ thể	2 +16 +21 +23 +29
Ám sợ xã hội	6 +7 +9 +10 +26 +31
Ám ảnh nghi thức	13 +17 +24 +35 +36 +37
Lo âu lan tỏa/ rối loạn lo âu quá mức	1 +3 +4 +18 +20 +22

Ở phiên bản dành cho trẻ em, điểm các tiểu thang được tính như sau:

Rối loạn hoảng sợ	13 +21 +28 +30 +32 +34 +36 +37 +39
Lo âu chia cách	5 +8 +12 +15 +16 +44
Lo sợ chấn thương về cơ thể	2 +16 +21 +29 +35
Ám sợ xã hội	6 +7 +9 +10 +26 +31
Ám ảnh nghi thức	14 +19 +27 +40 +41 +42
Lo âu lan tỏa/	1 +3 +4 +20 +22 +24

- Tổng điểm của thang đo bằng tổng điểm các tiểu thang.

- Các đề mục mang ý nghĩa tích cực không được tính điểm cho cả tổng điểm và điểm của từng tiểu thang là các đề mục: 11, 17, 26, 31, 38 và 43.

- Tra biểu đồ theo tuổi để có điểm lo âu T và điểm tổng (Phụ lục).

- Tiến hành đánh giá mức độ lo âu ở trẻ em theo bảng tham chiếu

Bảng tham chiếu mức độ lo âu

SCAS	Bình thường (≤ 59%)	Ranh giới (60% - 69%)	Bệnh lý (≥ 70%)

Lo âu chia cách			
Rối loạn hoảng sợ			
Sợ hãi chấn thương vật lý			
Ám sợ xã hội			
Ám ảnh nghi thức			
Lo âu lan tỏa			
Điểm tổng			

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh/ cán bộ thực hiện từ chối thực hiện trắc nghiệm (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cemaliye D., Nerguz B.S. (2017). Psychometric Properties of Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). Journal of Mathematics Science and Technology Education. 13(10):6725-6736.
2. Spence S.H., (1997). Structure of Anxiety Symptoms Among Children: A Confirmatory Factor-Analytic Study. Journal of Abnormal Psychology. 106(2): 280-297.
3. Spence S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. Behaviour Research and Therapy. 36(5):545-566.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LỖ ẤU TRẺ EM (SCAS)
(Dành cho cha mẹ)

Họ và tên trẻ: Tuổi: Giới: Học lớp:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày điền phiếu:

Dưới đây là các đề mục mô tả về một số trạng thái cảm xúc của trẻ em. Ở mỗi đề mục, anh/chị hãy khoanh tròn vào mức độ nào mô tả giống nhất trạng thái của con anh/chị trong vòng một tuần qua. Không có câu trả lời đúng hoặc sai.

STT	Nội dung	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
1	Trẻ lo lắng về mọi thứ	0	1	2	3
2	Trẻ sợ bóng tối	0	1	2	3
3	Khi trẻ gặp vấn đề, trẻ phàn nàn có cảm giác kỳ lạ ở dạ dày	0	1	2	3
4	Trẻ phàn nàn về cảm giác sợ hãi	0	1	2	3
5	Trẻ sợ phải ở nhà một mình	0	1	2	3
6	Trẻ sợ khi phải làm bài kiểm tra	0	1	2	3
7	Trẻ cảm thấy lo lắng khi phải sử dụng nhà vệ sinh và nhà tắm công cộng	0	1	2	3
8	Trẻ sợ phải xa cha mẹ	0	1	2	3
9	Trẻ cảm thấy sợ khi trở thành trò cười trước mặt người khác	0	1	2	3
10	Trẻ sợ sẽ học tập không tốt ở trường	0	1	2	3
11	Trẻ sợ có gì đó tồi tệ sẽ xảy ra với ai đó trong gia đình	0	1	2	3
12	Trẻ phàn nàn rằng đột nhiên trẻ cảm thấy không thể thở khi không có lý do	0	1	2	3
13	Trẻ phải luôn kiểm tra đã làm mọi việc đúng chưa (như đã tắt công tắc chưa, cửa đã đóng chưa)	0	1	2	3
14	Trẻ sợ phải ngủ một mình	0	1	2	3
15	Trẻ gặp khó khăn khi đến trường vào buổi sáng vì trẻ cảm thấy lo lắng hoặc bối rối	0	1	2	3
16	Trẻ sợ chó	0	1	2	3

17	Trẻ dường như không thể bỏ ra khỏi đầu những ý nghĩ tội tề hoặc ngu ngốc	0	1	2	3
18	Khi trẻ gặp vấn đề, trẻ phản nản rằng tim trẻ đập rất nhanh	0	1	2	3
19	Trẻ thường đột ngột cảm thấy run rẩy hoặc lắc lư mà không có nguyên nhân	0	1	2	3
20	Trẻ lo lắng rằng sẽ có điều gì tề hại xảy đến với trẻ	0	1	2	3
21	Trẻ sợ phải đi gặp bác sỹ hoặc nha sỹ	0	1	2	3
22	Khi trẻ gặp vấn đề, trẻ bị run	0	1	2	3
23	Trẻ sợ độ cao (ví dụ như đứng trên đỉnh núi)	0	1	2	3
24	Trẻ phải nghĩ đến một vài điều đặc biệt (như số hoặc từ ngữ) để dừng việc nghĩ đến những điều tội tề	0	1	2	3
25	Trẻ sợ khi phải di chuyển trên ô tô, hoặc trên xe buýt hoặc tàu hỏa	0	1	2	3
26	Trẻ lo lắng về những gì người khác nghĩ về trẻ	0	1	2	3
27	Trẻ sợ phải ở trong một đám đông (như ở trung tâm mua sắm, trong rạp hát, trên xe buýt, sân chơi đông người)	0	1	2	3
28	Tất cả những gì bất ngờ xảy ra, trẻ đều cảm thấy thực sự sợ hãi mà chẳng có lý do gì	0	1	2	3
29	Trẻ sợ côn trùng hoặc nhện	0	1	2	3
30	Trẻ thường đột nhiên cảm thấy chóng mặt hoặc ngất mà không có lý do	0	1	2	3
31	Trẻ lo sợ khi phải nói trước lớp	0	1	2	3
32	Trẻ thấy rằng tim thường đột nhiên đập quá nhanh mà không có lý do	0	1	2	3
33	Trẻ lo lắng sẽ đột ngột cảm thấy sợ hãi khi không có gì đáng phải sợ	0	1	2	3
34	Trẻ sợ khi phải ở trong một không gian nhỏ kín, như đường hầm hoặc những căn phòng nhỏ	0	1	2	3
35	Trẻ làm đi làm lại một vài việc (như rửa tay, làm sạch hay để mọi thứ theo đúng trật tự)	0	1	2	3
36	Trẻ thấy phiền phức bởi những ý nghĩ hay những hình ảnh ngu ngốc hoặc tội tề trong đầu	0	1	2	3
37	Trẻ phải làm những việc đã định theo đúng cách để ngăn những việc tội tề xảy ra	0	1	2	3

38	Trẻ sẽ cảm thấy sợ hãi khi phải ngủ qua đêm xa nhà	0	1	2	3
39	Còn bất cứ điều gì anh/chị thấy trẻ thực sự lo lắng không? Xin hãy viết ra đó là gì, và khoanh vào mức độ phù hợp	0	1	2	3

Không bỏ sót đề mục nào!

TRẮC NGHIỆM LO ÂU TRẺ EM (SCAS) (Dành cho trẻ em)

Họ và tên trẻ: Tuổi: Giới: Học lớp:

Địa chỉ: Chẩn đoán: Ngày điền phiếu:

Dưới đây là các đề mục mô tả về một số trạng thái cảm xúc. Ở mỗi đề mục, em hãy khoanh tròn vào mức độ nào mô tả giống nhất trạng thái mình trong vòng một tuần qua. Không có câu trả lời đúng hoặc sai.

STT	Nội dung	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
1	Tôi lo lắng về mọi thứ	0	1	2	3
2	Tôi sợ bóng tối	0	1	2	3
3	Khi tôi gặp vấn đề, tôi thấy cảm giác kỳ lạ ở dạ dày	0	1	2	3
4	Tôi cảm thấy sợ hãi	0	1	2	3
5	Tôi lo lắng phải ở nhà một mình	0	1	2	3
6	Tôi sợ khi phải làm bài kiểm tra	0	1	2	3
7	Tôi cảm thấy lo lắng khi phải sử dụng nhà vệ sinh và nhà tắm công cộng	0	1	2	3
8	Tôi sợ phải xa cha mẹ	0	1	2	3
9	Tôi cảm thấy sợ rằng sẽ làm điều gì đó ngu ngốc trước mặt mọi người	0	1	2	3
10	Tôi lo lắng sẽ học không tốt ở trường	0	1	2	3
11	Tôi được biết đến nhiều trong số những đứa trẻ cùng tuổi	0	1	2	3
12	Tôi sợ có gì đó tồi tệ sẽ xảy ra với ai đó trong gia đình tôi	0	1	2	3
13	Tôi đột nhiên cảm thấy dường như không thể thở được mà không có lý do gì	0	1	2	3

14	Tôi luôn phải kiểm tra là mình mọi việc đúng chưa (như đã tắt công tắc chưa, cửa đã đóng chưa)	0	1	2	3
15	Tôi sợ phải ngủ một mình	0	1	2	3
16	Tôi gặp khó khăn đi đến trường vào buổi sáng vì tôi cảm thấy lo lắng hoặc bối rối	0	1	2	3
17	Tôi chơi thể thao giỏi	0	1	2	3
18	Tôi sợ chó	0	1	2	3
19	Tôi dường như không thể bỏ ra khỏi đầu những ý nghĩ tồi tệ hoặc ngu ngốc	0	1	2	3
20	Khi tôi gặp vấn đề, tôi thấy tim đập rất nhanh	0	1	2	3
21	Tôi thường đột ngột cảm thấy run rẩy hoặc lắc lư mà không có nguyên nhân	0	1	2	3
22	Tôi lo lắng rằng sẽ có điều gì tệ hại xảy đến với tôi	0	1	2	3
23	Tôi sợ phải đi gặp bác sỹ hoặc nha sỹ	0	1	2	3
24	Khi tôi gặp vấn đề, tôi bị run	0	1	2	3
25	Tôi sợ ở những nơi có độ cao hoặc trong thang máy	0	1	2	3
26	Tôi là một người tốt	0	1	2	3
27	Tôi phải nghĩ đến một vài điều đặc biệt (như số hoặc từ ngữ) để dừng việc nghĩ đến những điều tồi tệ	0	1	2	3
28	Tôi sợ khi phải di chuyển trên ô tô, hoặc trên xe buýt hoặc tàu hỏa	0	1	2	3
29	Tôi lo lắng về những gì người khác nghĩ về tôi	0	1	2	3
30	Tôi sợ phải ở trong một đám đông (như ở trung tâm mua sắm, trong rạp hát, trên xe buýt, sân chơi đông người)	0	1	2	3
31	Tôi cảm thấy hạnh phúc	0	1	2	3
32	Tất cả những gì bất ngờ xảy ra, tôi đều cảm thấy thực sự sợ hãi mà chẳng có lý do gì	0	1	2	3
33	Tôi sợ côn trùng hoặc nhện	0	1	2	3
34	Tôi thường đột nhiên cảm thấy chóng mặt hoặc ngất mà không có lý do	0	1	2	3
35	Tôi lo sợ khi phải nói trước lớp	0	1	2	3
36	Tôi thấy rằng tim tôi thường đột nhiên đập quá nhanh mà không có lý do	0	1	2	3

37	Tôi lo lắng sẽ đột ngột cảm thấy sợ hãi khi không có gì đáng phải sợ	0	1	2	3
38	Tôi thích bản thân mình	0	1	2	3
39	Tôi sợ khi phải ở trong một không gian nhỏ kín, như đường hầm hoặc những căn phòng nhỏ	0	1	2	3
40	Tôi làm đi làm lại một vài việc (như rửa tay, làm sạch hay để mọi thứ theo đúng trật tự)	0	1	2	3
41	Tôi thấy phiền phức bởi những ý nghĩ hay những hình ảnh ngu ngốc hoặc tồi tệ trong đầu	0	1	2	3
42	Tôi phải làm những việc đã định theo đúng cách để ngăn những việc tồi tệ xảy ra	0	1	2	3
43	Tôi tự hào về việc học của tôi ở trường	0	1	2	3
44	Tôi sẽ cảm thấy sợ hãi khi phải ngủ qua đêm xa nhà	0	1	2	3
45	Còn bất cứ điều gì em thấy thực sự lo lắng không? Xin hãy viết ra đó là gì, và khoanh vào mức độ phù hợp	0	1	2	3

Không bỏ sót đề mục nào!

Bảng tham chiếu điểm T theo tuổi (lần lượt theo thứ tự)

1.SCAS dành cho bé trai (8 – 11 tuổi)

2.SCAS dành cho bé trai (12 – 15 tuổi)

3.SCAS dành cho bé gái (8 – 11 tuổi)

4.SCAS dành cho bé gái (12 – 15 tuổi)

SCAS – Boys Aged 8-11

	OCD	Social Phobia	Panic Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalised Anxiety	T-Score	Total SCAS	T-Score
18		18	27	18	15	18	100	113-114	100
			26					111-112	99
			25					110	98
				17				109	97
								108	96
			24		14	17	95	106-107	95
								105	94
		17	23					104	93
17			22	16			90	103	92
			21		13	16		102	91
		16						100-101	90
			20	15				98-99	89
			19					96-97	88
16								94-95	87
								93	86
			18	14			85	91-92	85
								90	84
					12	15		88-89	83
								87	82
								86	81
								84-85	80
15		15	17				80	82-83	79
								81	78
								80	77
			16	13	11	14	75	78-79	76
			15					76-77	75
								75	74
								73-74	73
								72	72
								70-71	71
14	14	14	14	12	10	13	70	69	70
13	13	13	13	11	9			65-68	69
			12			12		62-64	68
12	12	12	11	10	8			59-61	67
11	11	11	10	9	7	11	65	55-58	66
								51-54	65
	10	9		8	6	10		48-50	64
								47	63
	9	8					ELEVATED	44-46	62
								42-43	61
10	8	7	7	7	5	9	60	40-41	60
						8		39	59
9			6	6	4			37-38	58
	7					7		35-36	57
8								33-34	56
	6		5	5	3	6	55	32	55
7			4	4				30-31	54
								29	53
6								26-28	52
								25	51
5	5		3	3	2	5	50	24	50
								22-23	49
			2				NORMAL	21	48
								20	47
								19	46
4	4		1	2		4	45	18	45
								16-17	44
								15	43
3	3					3		14	42
								13	41
0-2	0-2	0	0-1	0-1	0-1	0-2	≤40	12	40
14. Repeated activities	6. Fear tests	13. Breathless	5. Fears being home alone	2. Fears dark	1. Worries				39
19. Repeated thoughts	7. Fears public toilets	21. Trembles	8. Fears parental separation	18. Fears dogs	3. Stomach			11	38
27. Special thoughts	9. Fears social situations	28. Fears car	12. Worries about family	23. Fears doctors	4. Feels afraid			10	37
40. Same things	10. Worries about school work	30. Fears crowds	15. Fears sleeping alone	25. Fears heights	20. Heart races			9	36
41. Bothered by thoughts	29. Self conscious	32. Sudden Fear	16. Fears going to school	33. Fears insects	22. Worries about pain			8	35
42. Special activities	35. Fears school	34. Feels dizzy	44. Fears staying away from home		24. Feels shaky			7	34
		36. Heart races							33
		37. Sudden Fear						6	32
		39. Fear enclosed spaces						5	31
OCD Total = _____	Soc Phob Total = _____	PAG Total = _____	Sep Anx Total = _____	Phys Total = _____	GA Total = _____	Total SCAS = _____		0-4	30

Percentile (%)							T-Score		Total SCAS		T-Score	
OCD	Social Phobia	Panic Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalised Anxiety	T-Score		Total SCAS	T-Score			
18	18	27	18	15	18	100		114	100			
		26						113	99			
		25						112	98			
			17					111	97			
17	17	24		14	17	95		110	96			
								108-109	95			
		23	16					107	94			
								105-106	93			
16		22		13		90		103-104	92			
	16		15		16			101-102	91			
		21						99-100	90			
								98	89			
15		20	14	12		85		96-97	88			
	15	19	13		15			94-95	87			
								92-93	86			
14		18	12	11		80		90-91	85			
								88-89	84			
	14	16	11		14			86-87	83			
								84-85	82			
13		15	10	10		75		82-83	81			
		14						80-81	80			
								79	79			
12	13	13	9	9	13	70		77-78	78			
								75-76	77			
11	12	12	8	8				73-74	76			
		11			12			71-72	75			
10	11	10	7	7				69-70	74			
		9						67-68	73			
9	10	8	6	6	11	65		64-66	72			
		7						62-63	71			
8	9	6	5	5	10	ELEVATED		60-61	70			
7	8	5	4	4	9	60		56-59	69			
								53-55	68			
6	7	4			8			49-52	67			
								45-48	66			
5	6	3	3	3	6	55		42-44	65			
4								40-41	64			
								39	63			
3	5	2	2	2	5	50		37-38	62			
								35-36	61			
2	4	1	1	1	4	45		33-34	60			
	3				3			31-32	59			
								29-30	58			
0-1	0-2	0	0	0	0-2	<40		27-28	57			
								25-26	56			
								24	55			
								22-23	54			
								21	53			
								20	52			
								19	51			
								18	50			
								17	49			
								16	48			
								15	47			
								14	46			
								13	45			
								12	44			
								11	43			
								10	42			
								9	41			
								8	40			
14. Repeated activities	6. Fear tests	13. Breathless	5. Fears being home alone	2. Fears dark	1. Worries				39			
19. Repeated thoughts	7. Fears public toilets	21. Trembles	8. Fears parental separation	18. Fears dogs	3. Stomach				38			
27. Special thoughts	9. Fears social situations	28. Fears car	12. Worries about family	23. Fears doctors	4. Feels afraid			7	37			
40. Same things	10. Worries about school work	30. Fears crowds	15. Fears sleeping alone	25. Fears heights	20. Heart races				36			
41. Bothered by thoughts	29. Self conscious	32. Sudden Fear	16. Fears going to school	33. Fears insects	22. Worries about pain			6	35			
42. Special activities	35. Fears school	34. Feels dizzy	44. Fears staying aware from home		24. Feels shaky			5	34			
		36. Heart races						4	33			
		37. Sudden Fear							32			
		39. Fear enclosed spaces						3	31			
OCD Total =	Soc Phob Total =	PAG Total =	Sep Anx Total =	Phys Total =	GA Total =	Total SCAS	=	0-2	30			

OCD		Social Phobia	Panic Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalised Anxiety	T-Score	Total SCAS	T-Score
18	18	27	18	15	18	100	114	100	
		26					113	99	
							112	98	
							111	97	
		25					110	96	
				14		95	109	95	
		24					108	94	
			17				107	93	
					17		106	92	
17	17	23					105	91	
							104	90	
		22			13		103	89	
							102	88	
							101	87	
		21	16				100	86	
					16		99	85	
		20					98	84	
							97	83	
				12			96	82	
16	16						95	81	
		19					94	80	
			15				93	79	
		18			15		92	78	
							91	77	
		17					89-90	76	
							87-88	75	
							85-86	74	
							82-84	73	
							80-81	72	
							78-79	71	
15	15	16	14	10	14	70	75-77	70	
14		15	13				71-74	69	
	14	14		9	13		68-70	68	
13		13	12				65-67	67	
							62-64	66	
12	13	12	11	8	12	65	59-61	65	
		11					57-58	64	
11	12		10	7	11	ELEVATED	55-56	63	
		10					54	62	
							52-53	61	
10	11	9	9	6	10	60	50-51	60	
	10	8					48-49	59	
9			8				46-47	58	
	9	7			9		44-45	57	
							43	56	
8	8	6	7	5	8	55	41-42	55	
							39-40	54	
7	7	5	6		7		37-38	53	
							35-36	52	
6	6	4	5	4	6	50	33-34	51	
							31-32	50	
							29-30	49	
		3	4	3		NORMAL	28	48	
5							27	47	
							26	46	
4	5	2	3	2	5	45	25	45	
							23-24	44	
							21-22	43	
3	4				4		19-20	42	
							18	41	
0-2	0-3	0-1	0-2	0-1	0-3	<40	17	40	
14. Repeated activities	6. Fear tests	13. Breathless	5. Fears being home alone	2. Fears dark	1. Worries		16	39	
19. Repeated thoughts	7. Fears public toilets	21. Trembles	8. Fears parental separation	18. Fears dogs	3. Stomach		15	38	
27. Special thoughts	9. Fears social situations	28. Fears car	12. Worries about family	23. Fears doctors	4. Feels afraid		14	37	
40. Same things	10. Worries about school work	30. Fears crowds	15. Fears sleeping alone	25. Fears heights	20. Heart races		13	36	
41. Bothered by thoughts	29. Self conscious	32. Sudden Fear	16. Fears going to school	33. Fears insects	22. Worries about pain		12	35	
42. Special activities	35. Fears school	34. Feels dizzy	44. Fears staying aware from home		24. Feels shaky		11	34	
		36. Heart races					10	33	
		37. Sudden Fear						32	
		39. Fear enclosed spaces					9	31	
OCD Total =	Soc Phob Total =	PAG Total =	Sep Anx Total =	Phys Total =	GA Total =	Total SCAS =	0-8	30	

SCAS							Total SCAS	T-Score
OCD	Social Phobia	Panic Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalised Anxiety	T-Score		
18	18	27	18	15	18	100	113-114	100
		26					110-112	99
		25	17				109	98
							108	97
							106-107	96
							104-105	95
17		24	16	14		95	103	94
		23					101-102	93
							99-100	92
	17	22	15		17	90	98	91
							96-97	90
16		21		13			95	89
							93-94	88
			14				91-92	87
		20					90	86
		19					88-89	85
							87	84
15			13	12			85-86	83
							84	82
	16	18			16	80	82-83	81
							80-81	80
		17	12				79	79
							77-78	78
							76	77
14		16		11			74-75	76
			11				73	75
		15					71-72	74
							70	73
							69	72
							68	71
13	15	14	10	10	15	70	67	70
12	14	13	9		14		65-66	69
		12		9			62-64	68
11	13	11			13		59-61	67
							55-58	66
10	12	10	8	8	12	65	51-54	65
		9			11		48-50	64
9	11	8	7	7			45-47	63
					10		42-44	62
		7	6	6	9	ELEVATED	40-41	61
8	10	6				60	39	60
		6					38	59
7			5				36-37	58
	9	5		5			35	57
							34	56
6	8	4	4	4	8	55	33	55
							32	54
5	7				7		30-31	53
							28-29	52
							26-27	51
4	6	3	3	3	6	50	25	50
							24	49
	5						23	48
3		2					22	47
							21	46
2	4	1	2	2	5	45	20	45
							19	44
	3				4		18	43
	2			1	3		16-17	42
					2		15	41
0-1	0-1	0	0-1	0	0-1	≤40	13-14	40
— 14. Repeated activities	— 6. Fear tests	— 13. Breathless	— 5. Fears being home alone	— 2. Fears dark	— 1. Worries		12	39
— 19. Repeated thoughts	— 7. Fears public toilets	— 21. Trembles	— 8. Fears parental separation	— 18. Fears dogs	— 3. Stomach			38
— 27. Special thoughts	— 9. Fears social situations	— 28. Fears car	— 12. Worries about family	— 23. Fears doctors	— 4. Feels afraid		11	37
— 40. Same things	— 10. Worries about school work	— 30. Fears crowds	— 15. Fears sleeping alone	— 25. Fears heights	— 20. Heart races			36
— 41. Bothered by thoughts	— 29. Self conscious	— 32. Sudden Fear	— 16. Fears going to school	— 33. Fears insects	— 22. Worries about pain		10	35
— 42. Special activities	— 35. Fears school	— 34. Feels dizzy	— 44. Fears staying aware from home		— 24. Feels shaky		9	34
		— 36. Heart races					8	33
		— 37. Sudden Fear					7	32
		— 39. Fear enclosed spaces						31
OCD Total =	Soc Phob Total =	PAG Total =	Sep Anx Total =	Phys Total =	GA Total =	Total SCAS =	0-6	30

13. TRẮC NGHIỆM SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER-II)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thang đánh giá sự phát triển ở trẻ em Denver-II (Denver Developmental Screening Test) được xây dựng và áp dụng lần đầu tiên ở Mỹ năm 1967 do nhóm tác giả William, Josian và Alma nghiên cứu và áp dụng, đến nay đã được chuẩn hóa trên hơn 20 quốc gia. Tại Việt Nam, Denver được áp dụng lần đầu tiên tại khoa Tâm thần kinh – BV Bạch Mai từ năm 1977. Đến năm 2000, BV Nhi TW tiếp tục nghiên cứu và chuẩn hóa thành trắc nghiệm Denver-II, thay đổi và điều chỉnh một số mục cho phù hợp với môi trường và văn hóa Việt Nam.

- Mục đích của Denver-II nhằm đánh giá mức độ phát triển tâm lý – vận động ở trẻ nhỏ từ sơ sinh đến 6 tuổi, giúp phát hiện sớm những trạng thái chậm phát triển trong giai đoạn những năm đầu đời của trẻ, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời. Denver –II gồm 125 đề mục, đánh giá một cách toàn diện sự phát triển tâm lý – vận động của trẻ tập trung vào 4 lĩnh vực: Cá nhân – xã hội; Vận động tinh tế thích ứng; Ngôn ngữ và vận động thô.

- Thang đánh giá kiểm tra một cách khá toàn diện sự phát triển của trẻ, tập trung vào 4 lĩnh vực:

- Khu vực cá nhân - xã hội: đánh giá khả năng nhận biết bản thân, chăm sóc bản thân và thiết lập quan hệ tương tác với người khác.

- Khu vực vận động tinh tế - thích ứng: đánh giá khả năng vận động khéo léo của đôi tay và khả năng quan sát tinh tế của đôi mắt.

- Khu vực ngôn ngữ: đánh giá khả năng lắng nghe và đáp ứng với âm thanh, khả năng phát âm, và sau cùng là khả năng phát triển ngôn ngữ (nghe hiểu và nói).

- Khu vực vận động thô: đánh giá khả năng phát triển các vận động toàn thân và khả năng giữ thăng bằng của cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá sự phát triển tâm thần vận động ở trẻ em.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm sự phát triển ở trẻ em Denver-II, bút viết...

- Dụng cụ chính:

- + Phiếu làm test và hình vẽ
 - + Một quả bóng làm bằng len đỏ
 - + Mười quả nho khô
 - + Xúc sắc có cán
 - + 10 khối gỗ vuông (2,5 cm)
 - + 1 lọ nhỏ sạch có miệng (2cm)
 - + Một quả bóng tennis
 - + Một cây bút chì
 - + Một búp bê và bình sữa (muỗng)
 - + Một cốc nhựa có quai
 - + Giấy trắng
- #### *- Dụng cụ hỗ trợ:*
- + Bàn ghế làm test
 - + Khăn hay đệm để trên bàn để trẻ nằm
 - + Đồ chơi để làm quen với bé

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 30-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với trẻ để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- *Câu hướng dẫn trẻ:* “Bây giờ cô/chú và cháu sẽ cùng chơi một số hoạt động rất thú vị, trong đó cũng có cả bố/mẹ cháu tham gia cùng chúng ta”.
- Câu hướng dẫn phụ huynh: “Bây giờ tôi sẽ hỏi cháu và hỏi anh/chị một số câu hỏi nhằm đánh giá mức độ phát triển của trẻ qua 4 lĩnh vực Cá nhân/xã hội, Ngôn ngữ, Vận động tinh tế, Vận động thô.
- Hỏi và ghi ngày, tháng, năm sinh của trẻ để tính chính xác lứa tuổi của trẻ: “Cháu sinh ngày tháng năm nào?”
- Vẽ đường tuổi đi qua 4 khu vực cần đánh giá.
- Xác định các mục cần thực hiện tùy theo lứa tuổi của trẻ.
- Tuân tự thực hiện các mục bằng cách vừa hỏi vừa chơi, tương tác với trẻ để trẻ bộc lộ khả năng cần đánh giá.
- Ghi kết quả từng mục (làm được: Đ, làm không được: K, không muốn làm hoặc không có cơ hội làm: R).
- Mỗi khu vực tiến hành đánh giá các mục từ trên xuống dưới, từ trái sang phải đến khi trẻ thực hiện được 3 mục liên tiếp tính từ mục cao nhất đường tuổi đi qua thì dừng.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Đọc kết quả: đường tuổi đi qua phần trắng của mỗi mục trẻ làm được: phát triển bình thường; đường tuổi đi qua phần màu xám của mỗi mục trẻ làm

được: nghi ngờ chậm phát triển; đường tuổi nằm hoàn toàn bên phải mục trẻ làm được: chậm phát triển.

- **Quy ước:** Tổng hợp kết quả các mục đánh giá với 3 mức độ sau:

+ Phát triển bình thường (không có mục chậm phát triển và tối đa một mục nghi ngờ)

+ Nghi ngờ chậm phát triển (có hơn 2 mục nghi ngờ, hơn một mục chậm phát triển)

+ Chậm phát triển (có ít nhất 2 mục chậm phát triển ở ít nhất 2 khu vực được kiểm tra)

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Công Hoàn và các cộng sự (1997), Những trắc nghiệm tâm lý, Nhà Xuất Bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Bệnh viện nhi Trung ương (2004), Hướng dẫn thực hành Denver II, Hà Nội
3. Phòng trắc nghiệm tâm lý N-T, Trắc nghiệm đánh giá sự phát triển tâm lý vận động Denver.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER II)

Hướng dẫn tiến hành DENVER

1. Cố gắng làm cho trẻ cười bằng cách mỉm cười, nói hay vẫy tay nhưng không được đụng vào trẻ.
2. Đưa trẻ cần nhìn chăm chú vào tay khoảng 10 giây
3. Bố mẹ có thể giúp hướng dẫn đánh răng và cho thuốc vào bàn chải
4. Đưa trẻ không cần phải buộc giày, cài cúc hay kéo phéc mô tuya ở phía sau lưng.
5. Dung đưa quả cầu bằng len đỏ chạm theo hình vòng cung từ bên này sang bên kia, khoảng 8 giây trước mặt trẻ.
6. Nếu trẻ nắm cái xúc sắc khi chạm cái xúc sắc vào đầu ngón tay trẻ thì coi như trẻ đã vượt qua item này.
7. Nếu trẻ cố gắng nhìn quả cầu len đỏ rơi đi đâu thì trẻ vượt qua item này (quả cầu bằng len đỏ sẽ thả rơi tự do từ tay người làm test xuống mà tay vẫn giữ nguyên)/
8. Đưa trẻ phải chuyển khối gỗ từ tay này sang tay kia mà không cần dùng miệng, thân thể hay bàn tay trợ giúp.
9. Trẻ vượt qua item này nếu nhặt được các quả nhỏ khô (có thể dùng bất kỳ phần nào của ngón cái và các ngón tay)
10. Đường kẻ chỉ có thể nghiêng 30 độ so với đường kẻ dọc của người làm test
11. Nắm bàn tay lại trừ ngón cái thì giờ lên và xoay vòng ngón cái. Trẻ qua được item này nếu bắt chước làm mà không cử động các ngón tay khác.
12. Vẽ vòng tròn, qua nếu vẽ được vòng kín còn không qua nên tiếp tục vẽ vòng tròn hở hoặc chuyển động.
13. So sánh đường nào dài hơn (không phải to hơn). Lật ngược tờ giấy và hỏi lại (trẻ đúng được item này nếu trả lời đúng 3/3 hoặc 5/6)
14. Vẽ hình chữ thập, qua với mọi đường thẳng cắt nhau ở gần điểm giữa.
15. Vẽ hình vuông, trước hết xem trẻ bắt chước vẽ hình vuông như thế nào? Nếu trẻ không vẽ được cần kiểm tra lại.



12



13



14



15

16. Khi chấm điểm, mỗi cặp chân, hai tay đều tính là một phần
17. Đặt khối gỗ vào trong cốc và lắc nhẹ bên tai trẻ (nhưng không được để trẻ nhìn thấy). Làm lại với tai bên kia.
18. Chỉ các bức tranh để trẻ gọi tên. (Chỉ công nhận lời nói của trẻ). Nếu có ít hơn bốn bức tranh được gọi tên chính xác thì người làm test sẽ chỉ cho trẻ từng bức tranh và gọi tên.

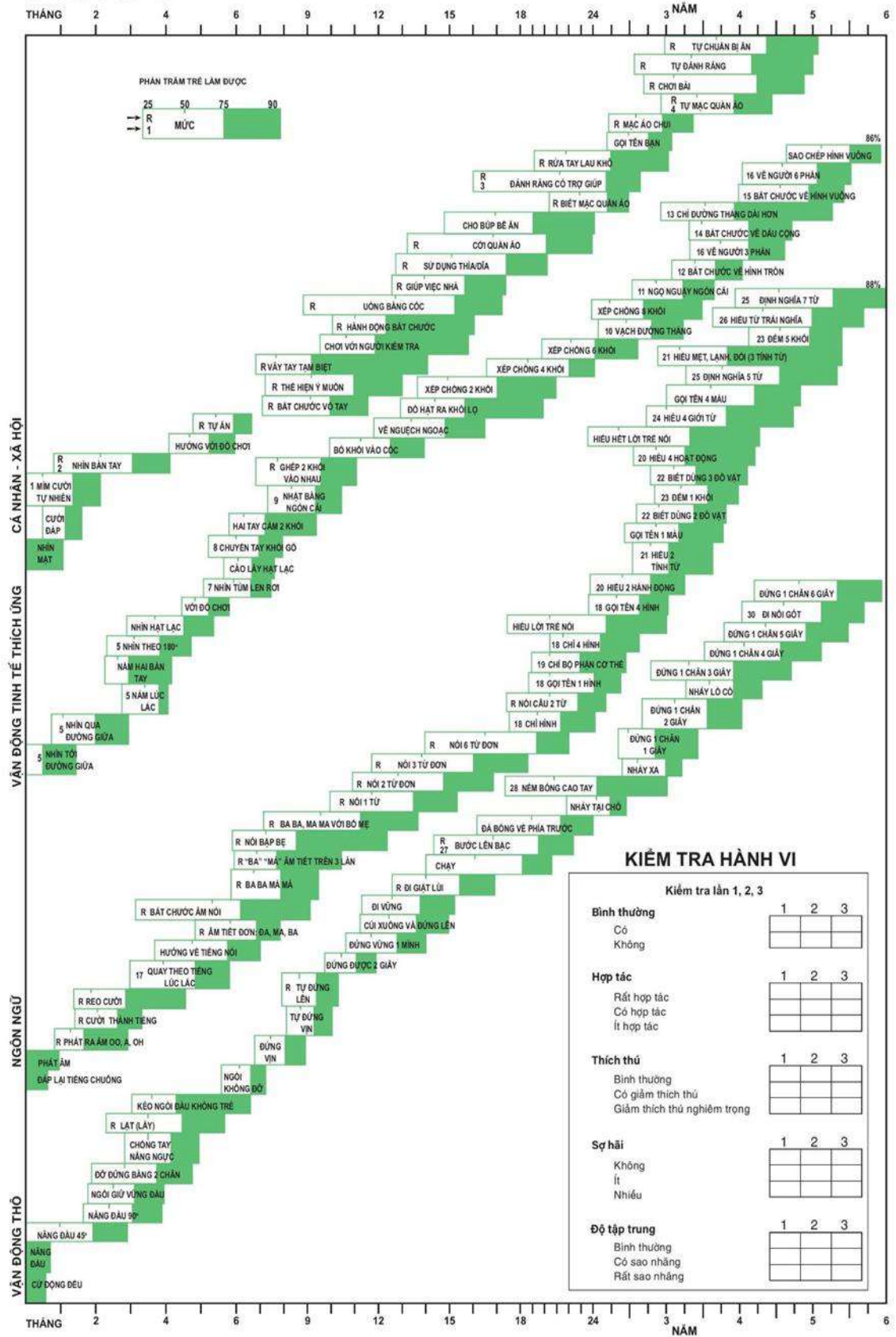


19. Lấy con búp bê và yêu cầu trẻ chỉ mắt, mũi, tai, mồm, tay, chân, bụng hay tóc ... (Đúng item này khi chỉ đúng 6/8 bộ phận)
20. Đưa bức tranh cho trẻ và hỏi con vật nào biết bay, kêu meo meo, nói, sủa hay phi (Đúng item này nếu 2/5 hoặc 4/5)
21. Hỏi trẻ: Cháu sẽ làm gì khi lạnh, mệt, đói (qua nếu đúng 2/3 hoặc 3/30)
22. Hỏi trẻ: Cái cốc, cái ghế, cái bút chì dùng để làm gì (những từ chỉ hành động phải có trong câu trả lời. VD: uống nước, ngồi, viết...)
23. Trẻ qua item này nếu đọc và nói chính xác có bao nhiêu khối trên tờ giấy.
24. Nói với trẻ: Cháu hãy bỏ khối gỗ này lên bàn, dưới bàn, trước mặt tôi, sau lưng tôi (đúng nếu làm được 4/4). Không được giúp trẻ bằng cách chỉ, quay đầu hay dò mắt.
25. Quả bóng là gì? Hồ nước, cái bàn, cái nhà, quả chuối, cửa sổ, công hay trần nhà là gì? Trẻ coi như đạt nếu định nghĩa được công dụng của nó, hình dáng của nó, vật làm bằng gì hay nó thuộc loại gì ... (CD: chuối là hoa quả, không phải là vàng). Đạt nếu đúng 5/8 hoặc 7/8
26. Hỏi trẻ: Nếu con ngựa to, thì con chuột? Nếu lửa nóng, đá thì ---?, Nếu mặt trời tỏa sáng ban ngày thì mặt trăng tỏa sáng? (Đạt nếu đúng 2/4)
27. Trẻ có thể bám tường hoặc tay vịn nhưng không phải tì người. Không được bò
28. Trẻ phải ném bóng xa quá ba bước ngoài tầm tay với của người làm test.
29. Trẻ phải đứng và nhảy qua được tờ giấy của người làm test có chiều rộng 21cm.
30. Yêu cầu trẻ đi nổi gót tiến (gót chân chỉ cách ngón chân 2.5cm). Người làm test có thể giải thích. Trẻ phải đi được bốn bước liên tiếp mới đạt yêu cầu.
31. Trong năm thứ hai, một nửa số trẻ bình thường sẽ không dễ dãi phục tùng mệnh lệnh.

Denver II

Người kiểm tra :
Ngày :

Họ tên :
Ngày sinh :
Mã :



14. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC TỰ KỶ CHO TRẺ NHỎ 16 - 30 THÁNG (M-CHAT)

1. ĐẠI CƯƠNG

M-CHAT là một phiên bản có nguồn gốc từ Anh, được phát triển bởi nhà tâm lý học thần kinh Diana Robins năm 2009 dựa trên bản gốc CHAT. M-CHAT là bảng sàng lọc tự kỷ ở trẻ từ 16 đến 30 tháng tuổi, được thiết kế dành cho cha/mẹ/người chăm sóc trẻ đánh giá nhằm phát hiện tối đa các trường hợp có nguy cơ cần được gửi đến chuyên gia đánh giá sâu để xác định trẻ có rối loạn phổ tự kỷ hay không.

Trắc nghiệm M-CHAT gồm 20 câu mô tả các biểu hiện nghi ngờ tự kỷ, được thực hiện bởi cha mẹ hoặc người chăm sóc dưới sự hướng dẫn của cán bộ y tế. M-CHAT có thể thực hiện tại các cơ sở y tế trong các buổi khám sức khỏe định kỳ trẻ em, hoặc khi cha mẹ/người chăm sóc có bất cứ nghi ngờ nào.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá nguy cơ rối loạn tự kỷ ở trẻ nhỏ 16 đến 30 tháng tuổi.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 16 đến 30 tháng tuổi M-CHAT.
- Bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- *Câu hướng dẫn:* “Dưới đây là 20 câu hỏi mô tả về một số biểu hiện ở trẻ nhỏ. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với câu trả lời “Có” hoặc “Không” ứng với biểu hiện của trẻ. Nếu hành vi nào anh/chị chỉ thấy 1 đến 2 lần thì coi như không có”.

- Sau khi cha/mẹ/người chăm sóc trẻ đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **Trắc nghiệm sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 16-30 tháng - phần Phụ lục**.

- Trong quá trình cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện trắc nghiệm, cán trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời;

đảm bảo cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm.

- **Lưu ý:** Trường hợp cha/mẹ/người chăm sóc trẻ không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đã lựa chọn: Không=0; Có =1. **Lưu ý** có một số câu chấm điểm ngược là câu số 2, 5 và 12: Không = 1 và; Có = 0

- Tiến hành đánh giá sàng lọc mức độ tự kỷ bằng cách đối chiếu tổng điểm số của trẻ lên bảng tham chiếu nguy cơ tự kỷ.

Bảng tham chiếu mức độ tự kỷ

M-CHAT	Điểm đánh giá	Kết quả
Nguy cơ tự kỷ thấp	0 - 2	
Có nguy cơ tự kỷ	3 - 7	
Nguy cơ tự kỷ cao	≥ 8	

+ Điểm tổng dưới 3: Nguy cơ thấp, đánh giá định kỳ lần sau nếu cần.

+ Điểm tổng 3-7: nguy cơ mức trung bình, tiến hành phỏng vấn tiếp theo với những câu nguy cơ theo sơ đồ, đặt câu hỏi cho tới khi đưa ra kết quả ĐẠT hoặc KHÔNG ĐẠT. Nếu sau phỏng vấn nếu có từ 2 câu KHÔNG ĐẠT trở lên trẻ được xác nhận sàng lọc dương tính, cần phải đi đánh giá xác định chẩn đoán và/hoặc đưa vào chương trình can thiệp sớm

+ Điểm tổng trên 8: Nguy cơ cao, trẻ cần chuyển đánh giá xác định chẩn đoán và/hoặc can thiệp sớm

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robins, DL; Casagrande, K; Barton, M; Chen, CM; Dumont-Mathieu, T; Fein, D (2014). "Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F)". *Pediatrics*. 133 (1): 37–45.
2. Wright, K; Poulin-Dubois, D (2014). "Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT): Validation and Correlates in Infancy". *Comprehensive Guide to Autism*: 2813–2833.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC TỰ KỶ CHO TRẺ NHỎ (M-CHAT)
(16 - 30 tháng tuổi)

Họ tên trẻ Giới tính:.....Ngày sinh.....

Địa chỉ

Chẩn đoán.....Ngày điền phiếu.....

Đề nghị Quý phụ huynh trả lời các câu hỏi dưới đây về những điều có thể có ở trẻ bằng cách khoanh tròn vào con số của ô “Đúng” hoặc “Không đúng”. Nếu hành vi nào rất ít có (chỉ thấy 1 – 2 lần) thì coi như không có.

Nội dung	Có	Không
1. Nếu bạn chỉ vào một điểm trong phòng, con bạn có nhìn theo không? (Ví dụ: nếu bạn chỉ vào đồ chơi hay con vật, con bạn có nhìn vào đồ chơi đó hay con vật đó không?)	Có	Không
2. Bạn có bao giờ tự hỏi liệu con bạn có bị điếc không?	Có	Không
3. Con bạn có chơi trò tưởng tượng hoặc giả vờ không? (Ví dụ: giả vờ uống nước từ một cái cốc rỗng, giả vờ nói chuyện điện thoại hay giả vờ cho búp bê, thú bông ăn)	Có	Không
4. Con bạn có thích leo trèo lên đồ vật không? (Ví dụ: trèo lên đồ đạc trong nhà, đồ chơi ngoài trời hoặc leo cầu thang)	Có	Không
5. Con bạn có làm các cử động ngón tay một cách bất thường gần mắt của trẻ không? (Ví dụ: con bạn có vẫy / đưa qua đưa lại ngón tay gần mắt của trẻ)	Có	Không
6. Con bạn có dùng ngón tay trỏ của trẻ để yêu cầu việc gì đó, hoặc để muốn được giúp đỡ không? (Ví dụ: chỉ vào bím bím hoặc đồ chơi ngoài tầm với)	Có	Không
7. Con bạn có dùng một ngón tay để chỉ cho bạn thứ gì đó thú vị mà trẻ thích thú không? (Ví dụ: chỉ vào máy bay trên bầu trời hoặc một cái xe tải lớn trên đường)	Có	Không
8. Con bạn có thích chơi với những đứa trẻ khác không? (Ví dụ: con bạn có quan sát những đứa trẻ khác, cười với những trẻ này hoặc tới chơi với chúng không?)	Có	Không
9. Con bạn có khoe với bạn những đồ vật bằng cách cầm hoặc mang chúng đến cho bạn xem, không phải để được bạn giúp đỡ mà chỉ để chia sẻ với bạn không? (Ví dụ: khoe với bạn một bông hoa, thú bông hoặc một cái xe tải đồ chơi)	Có	Không
10. Con bạn có đáp lại khi được gọi tên không? (Ví dụ: con bạn	Có	Không

có ngược lên tìm người gọi, đáp chuyện hay bập bẹ, hoặc ngừng việc đang làm khi bạn gọi tên của trẻ?)		
11. Khi bạn cười với con bạn, con bạn có cười lại với bạn không?	Có	Không
12. Con bạn có cảm thấy khó chịu bởi những tiếng ồn xung quanh? (Ví dụ: con bạn có hét lên hay la khóc khi nghe tiếng ồn của máy hút bụi hoặc tiếng nhạc to?)	Có	Không
13. Con bạn có biết đi không?	Có	Không
14. Con bạn có nhìn vào mắt bạn khi bạn đang nói chuyện với trẻ, chơi cùng trẻ hoặc mặc quần áo cho trẻ không?	Có	Không
15. Con bạn có bắt chước những điều bạn làm không? (Ví dụ: vẫy tay bye bye, vỗ tay hoặc bắt chước tạo ra những âm thanh vui vẻ)	Có	Không
16. Nếu bạn quay đầu để nhìn gì đó, con bạn có nhìn xung quanh để xem bạn đang nhìn cái gì không?	Có	Không
17. Con bạn có gây sự chú ý để bạn phải nhìn vào trẻ không? (Ví dụ: con bạn có nhìn bạn để được bạn khen ngợi hoặc trẻ nói “nhìn” hay “nhìn con”)	Có	Không
18. Con bạn có hiểu bạn nói gì khi bạn yêu cầu con làm không? (Ví dụ: Nếu bạn không chỉ tay, con bạn có hiểu “đặt sách lên ghế”, “đưa mẹ/bố cái chăn” không?)	Có	Không
19. Nếu có điều gì mới lạ, con bạn có nhìn bạn để xem bạn cảm thấy thế nào về việc xảy ra không? (Ví dụ: nếu trẻ nghe thấy một âm thanh lạ hoặc thú vị, hay nhìn thấy một đồ chơi mới, con bạn có nhìn bạn không?)	Có	Không
20. Con bạn có thích những hoạt động mang tính chất chuyển động không? (Ví dụ: được lắc lư hoặc nhún nhảy trên đầu gối của bạn)	Có	Không
Tổng dấu hiệu nguy cơ		

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

15. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá mức độ tự kỷ (Childhood Autism Rating Scale - CARS) được phát triển bởi chương trình chăm sóc và giáo dục trẻ tự kỷ và trẻ em cộng đồng và được công bố năm 1980. CARS là một bảng phỏng vấn nhằm đánh giá và tính điểm một số các nhân tố để xác định phân biệt trẻ có rối loạn phổ tự kỷ với những trẻ có những rối loạn phát triển khác. CARS cũng xác định mức độ ảnh hưởng của những cá nhân mắc tự kỷ ở trẻ em và cả trẻ vị thành niên.

CARS là bảng phỏng vấn được hoàn thành bởi các chuyên gia dựa trên những quan sát trực tiếp về hành vi cũng như từ thông tin từ cha mẹ, giáo viên hoặc người chăm sóc. CARS đánh giá 15 khía cạnh của hành vi, đặc điểm của hành vi, đặc điểm riêng về các khả năng và sự giao tiếp...CARS phù hợp để đánh giá cho trẻ từ 2 tuổi trở lên, phù hợp cả với lứa tuổi vị thành niên.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc và đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ em và thanh thiếu niên

Đánh giá tiến triển trong điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh hoặc người nhà có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm mức độ tự kỷ CARS, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Chuẩn bị bộ công cụ, bảng hỏi.
- Bộ tài liệu hướng dẫn phân tích kết quả.
- Gọi cha/mẹ/người chăm sóc vào phòng theo số thứ tự.
- Chuẩn bị tâm lý cho cha/mẹ/người chăm sóc: Làm quen với cha/mẹ/người chăm sóc để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ cha/mẹ/người chăm sóc.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- *Câu hướng dẫn:* “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị 15 mục đánh giá chuyên sâu và toàn diện về mức độ phát triển của con mình nhằm tìm hiểu đặc điểm của hành vi, đặc điểm riêng về các khả năng và sự giao tiếp. Đồng thời, tôi cũng sẽ quan sát và hỏi chuyện trẻ nhằm đánh giá một cách chính xác nhất”.

- Thực hiện phỏng vấn và kết hợp với quan sát trực tiếp hoặc hỏi chuyện trẻ.

- Trong quá trình phỏng vấn, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện của cha/mẹ/người chăm sóc trẻ để hoàn thành trắc nghiệm toàn diện và khách quan.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- *Quy ước:* Tính tổng số điểm của các mục đã phỏng vấn.

- Tiến hành đánh giá mức độ tự kỷ theo bảng tham chiếu.

Bảng tham chiếu mức độ tự kỷ

CARS	Điểm đánh giá
Không có tự kỷ	15 – 29, 5
Tự kỷ mức độ nhẹ và vừa	30 – 36,5
Tự kỷ mức độ nặng	≥ 37

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...):
- Ngừng thực hiện trắc nghiệm.
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Echo Armman. "Childhood Autism Rating Scale (CARS)". Autism-World. Retrieved 2007-03-28.
2. Ozonoff, S, Boodlin-Jones, B, & Solomon, M. (2005). Evidence-based assessment of Autism Spectrum Disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 523-540.
3. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980). "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". *Journal of Autism Development Disorder* 10 (1): 91–103.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)

I. Quan hệ với mọi người		III. Đáp ứng cảm xúc	
1	Không có biểu hiện khó khăn khi quan hệ với mọi người. Hành vi của trẻ phù hợp với tuổi. Có thể quan sát thấy một số biểu hiện như bẽn lễn, âm ỉ hoặc khó chịu khi bị yêu cầu làm việc gì, nhưng không ở mức độ điển hình.	1	Trẻ thể hiện đáp ứng cảm xúc phù hợp tình huống và tuổi. Trẻ thể hiện đúng kiểu và mức độ phản ứng cảm xúc qua nét mặt, cử chỉ, điệu bộ.
1.5		1.5	
2	Quan hệ bất bình thường ở mức độ nhẹ. Trẻ có thể né tránh tiếp xúc với người lớn bằng mắt, né tránh người lớn hoặc âm ỉ nếu có sự tác động bắt buộc, trẻ bẽn lễn quá mức, đáp ứng không bình thường với người lớn, bám chặt bố mẹ nhiều hơn trẻ cùng tuổi.	2	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức độ nhẹ. Đôi khi trẻ thể hiện kiểu và phản ứng cảm xúc không phù hợp. Những phản ứng cảm xúc này không liên quan đến tình huống.
2.5		2.5	
3	Quan hệ bất thường ở mức trung bình. Trẻ biểu hiện sự khác biệt với người lớn (dường như không nhận thấy người lớn). Phải có sự nỗ lực và liên tục mới thu hút được sự chú ý của trẻ. Trẻ rất hiếm khi khởi đầu mối quan hệ.	3	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức trung bình. Trẻ có những dấu hiệu nhất định về kiểu và mức độ đáp ứng cảm xúc không phù hợp. Phản ứng của trẻ có thể quá mức hoặc không liên quan đến tình huống.
3.5		3.5	
4	Quan hệ bất thường ở mức độ nặng. Trẻ luôn tách biệt và không biết được điều người lớn đang làm. Trẻ hầu như không bao giờ đáp ứng hoặc khởi đầu mối quan hệ với người lớn.	4	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức độ nặng. Đáp ứng cảm xúc của trẻ hiếm khi phù hợp với tình huống. Khi trẻ trong trạng thái khí sắc nhất định, rất khó thay đổi khí sắc. Ngược lại, trẻ lại thể hiện nhiều cảm xúc khác nhau khi không có sự thay đổi nào.
II. Bắt chước		IV. Động tác cơ thể	
1	Bắt chước phù hợp. Trẻ có thể bắt chước âm thanh, lời nói, động tác phù hợp với lứa tuổi của trẻ.	1	Động tác cơ thể phù hợp. Trẻ hoạt động thoải mái, nhanh nhẹn và phối hợp động tác như trẻ bình thường cùng tuổi.
1.5	Bắt chước bất thường ở mức độ nhẹ. Trẻ bắt chước các hành vi đơn giản như vỗ tay hoặc âm đơn, đôi khi trẻ chỉ bắt chước khi được khích lệ hoặc sau một lúc trì hoãn.	1.5	
2			
2.5			Động tác bất thường ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ có động tác bất thường nhỏ như
3			

3.5 4	Bắt chước bất thường ở mức độ trung bình. Trẻ ít bắt chước và phải có sự yêu cầu rất kiên trì và sự giúp đỡ của người lớn. Trẻ thường chỉ bắt chước sau một lúc trì hoãn. Bắt chước bất thường ở mức độ nặng. Trẻ rất hiếm khi hoặc không bao giờ bắt chước âm thanh, từ, động tác thậm chí ngay cả khi có sự khích lệ và giúp đỡ của người lớn.	2 2.5 3 3.5 4	vụng về, động tác lặp lại, phối hợp kém, ít xuất hiện các động tác bất thường. Động tác bất thường ở mức trung bình. Những hành vi khác lạ rõ hoặc bất thường ở trẻ là: các cử động khác lạ ở ngón tay, nhìn chăm chăm, hoặc bị kích động, đùng đưa, vặn vẹo ngón tay, lắc lư, quay tròn người hoặc đi nhón gót ... Động tác bất thường ở mức nặng. Các động tác bất thường nêu trên luôn xuất hiện, mạnh mẽ. Các hành vi trên luôn duy trì mặc dù cố gắng trò chuyện hoặc lôi kéo trẻ vào việc khác.
	V. Sử dụng đồ vật		VII. Đáp ứng nhìn
1 1.5 2 2.5 3	Sử dụng phù hợp, quan tâm đến các đồ chơi và đồ vật khác nhau. Trẻ thể hiện sự quan tâm tới các đồ chơi và đồ vật một cách bình thường và phù hợp với kỹ năng và sử dụng đồ chơi đúng cách. Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức nhẹ. Trẻ thể hiện sự quan tâm không đúng kiểu đến đồ chơi hoặc cách chơi không phù hợp (VD: đập hoặc mút đồ chơi) Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức trung bình. Trẻ ít thể hiện sự quan tâm đến các đồ chơi và đồ vật khác nhau hoặc sử dụng một cách khác thường. Trẻ có thể tập trung vào những bộ phận không đặc trưng của đồ chơi, cuốn hút vào chỗ	1 1.5 2 2.5 3 3.5	Đáp ứng nhìn phù hợp với tuổi. Động tác nhìn bình thường và phù hợp lứa tuổi, nhìn kết hợp với các giác quan khác để thăm dò cái mới. Đáp ứng nhìn bất thường ở mức nhẹ. Trẻ đôi khi bị nhấc nhìn vào một vật, trẻ thích nhìn vào gương hoặc đèn sáng nhiều hơn bạn cùng tuổi, thỉnh thoảng nhìn chăm chăm vào khoảng trống hoặc tránh nhìn vào mắt người khác. Đáp ứng nhìn bất thường ở mức trung bình. Trẻ thường bị nhấc nhờ nhìn vào việc đang làm, trẻ nhìn chăm chăm vào khoảng trống, tránh nhìn vào mắt, nhìn đồ vật từ một góc bất thường, cầm đồ vật rất gần mắt. Đáp ứng nhìn bất thường ở mức

3.5	không phản chiếu ánh sáng của đồ vật, liên tục cho chuyển động một phần hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật.	4	nặng. Trẻ luôn tránh nhìn vào mắt hoặc đồ vật nhất định nào đó, và thể hiện hình thức cực kỳ đặc biệt về cách nhìn nói trên.
4	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức nặng. Trẻ có những hành vi như trên ở mức độ thường xuyên và cường độ mạnh. Trẻ rất khó mất đi các hành động không phù hợp mặc dù có sự đánh lạc hướng.		
	VI. Thích nghi với sự thay đổi		VIII. Đáp ứng nghe
1	Đáp ứng với sự thay đổi phù hợp với tuổi. Trẻ có thể chú ý hoặc có nhận xét về sự thay đổi thông thường, trẻ chấp nhận sự thay đổi này mà không khó chịu.	1	Đáp ứng nghe phù hợp với tuổi. Biểu hiện nghe của trẻ là bình thường và phù hợp với tuổi. Nghe được kết hợp với các giác quan khác.
1.5	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức nhẹ. Khi người lớn cố gắng thay đổi hoạt động trẻ vẫn tiếp tục hoạt động cũ hoặc sử dụng đồ vật trước đó	1.5	Đáp ứng nghe bất thường ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ thiếu đáp ứng hoặc nhạy cảm với một số loại âm thanh nhất định. Có thể đáp ứng chậm với một số âm thanh và để trẻ chú ý đến âm thanh đó cần phải lặp đi lặp lại. Trẻ có thể bị âm thanh bên ngoài làm phân tán chú ý.
2		2	
2.5	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức trung bình. Trẻ cố hành động chống lại hành động thông thường, cô tiếp tục với hoạt động cũ, rất khó bị đánh lạc hướng. Trẻ trở nên cáu giận hoặc khó chịu khi thói quen bị thay đổi.	2.5	Đáp ứng nghe bất thường ở mức trung bình. Đáp ứng của trẻ với âm thanh hay biến đổi; lơ đi âm thanh nghe thấy lần đầu tiên, có thể giật mình hoặc che tai khi nghe thấy những âm thanh thường ngày.
3		3	
3.5	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện phản ứng mãnh liệt với sự thay đổi. Nếu sự thay đổi là bắt buộc trẻ sẽ rất cáu giận hoặc không hợp tác.	3.5	Đáp ứng nghe bất thường ở mức nặng. Trẻ đáp ứng nhạy cảm hoặc không đáp ứng với âm thanh ở mức độ cực kỳ khác thường.
4		4	
	IX. Ném, ngửi và đáp ứng xúc giác		XI. Giao tiếp có lời
	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và	1	Giao tiếp có lời ở mức bình thường

1	sờ ở mức bình thường. Trẻ khám phá đồ vật mới bằng sờ và nhìn phù hợp. Ném và ngửi được khi cần thiết. Trẻ thể hiện sự khó chịu nhưng không quá mức với những lúc đau nhẹ hàng ngày.	1.5	
1.5		2	Giao tiếp có lời bất thường ở mức nhẹ. Ngôn ngữ nói chậm toàn bộ, hầu hết lời nói là có nghĩa, tuy nhiên đôi khi có thể lặp lại âm thanh hoặc đảo ngược đại từ. Thỉnh thoảng trẻ có thể sử dụng một vài từ kỳ dị hoặc khó hiểu.
2	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức nhẹ. Trẻ luôn cho đồ vật vào miệng, ngửi và ném thứ không ăn được. Lờ đi hoặc quá nhạy cảm với đau nhẹ mà trẻ thường thấy khó chịu.	2.5	
2.5		3	Giao tiếp có lời bất thường ở mức trung bình. Trẻ có thể không nói được. Khi trẻ nói được, có thể có lẫn những lời nói không nghĩa và những lời nói kỳ dị, khó hiểu và lặp lại hoặc đảo lộn đại từ. Sự kỳ dị trong lời nói có nghĩa là trẻ đặt quá nhiều câu hỏi hoặc dai dẳng với những chủ đề đặc biệt.
3	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức trung bình. Trẻ biểu hiện ở mức trung bình khi sờ, ngửi, ném hoặc khi được người khác bế, ôm. Trẻ có thể phản ứng quá mức hoặc dưới mức.	3.5	
3.5		4	Giao tiếp có lời bất thường ở mức nặng. Không sử dụng từ có nghĩa, nhiều âm vô nghĩa: tiếng la hét, kỳ dị, hoặc giống như tiếng kêu của một số con vật, hoặc những âm vô nghĩa giống như tiếng nói hoặc có thể sử dụng một cách rất kỳ dị một vài từ hoặc cụm từ.
4	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện các giác quan bằng cách tạo ra cảm giác hơn là thăm dò, trẻ không có cảm giác đau hoặc quá nhạy cảm với khó chịu.		
	X. Sợ hãi và lo lắng		XII. Giao tiếp không lời
1	Sợ hãi và lo lắng ở mức bình thường. Hành vi của trẻ phù hợp với tình huống và tuổi.	1	Sử dụng giao tiếp không lời bình thường Lời nói phù hợp với tình huống và tuổi.
1.5		1.5	
2	Sợ hãi và lo lắng ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ thể hiện sợ hãi và lo lắng hơn các bạn cùng tuổi trong cùng tình huống.	2	Sử dụng giao tiếp không lời bất thường ở mức nhẹ. Sử dụng không thuần thục giao tiếp không lời. Chỉ thể hiện hoặc thể hiện một cách mơ hồ điều trẻ muốn mà trong tình huống tương tự như vậy trẻ cùng tuổi có thể hiện một cách rõ ràng.
2.5			

3	Sợ hãi và lo lắng ở mức trung bình. Trẻ thể hiện khá nhiều sự sợ hãi và lo lắng so với những trẻ khác trong cùng tình huống.	2.5	Giao tiếp không lời bất thường ở mức trung bình. Nhìn chung trẻ không có khả năng thể hiện nhu cầu, mong muốn và hiểu người khác bằng giao tiếp không lời.
3.5		3	
4	Sợ hãi và lo lắng ở mức nặng. Sự sợ hãi kéo dài. Rất khó làm cho trẻ bình tĩnh lại hoặc trấn an trở lại. Ngược lại trẻ có thể mất đi cách thể hiện một cách phù hợp với những nguy hiểm mà trẻ cùng tuổi biết cách né tránh.	3.5	Sử dụng giao tiếp không lời bất thường ở mức nặng. Trẻ sử dụng những cử chỉ, điệu bộ một cách kỳ dị, vô nghĩa. Trẻ cũng không thể hiểu được những cử chỉ, điệu bộ, nét mặt của người khác.
		4	

	XIII. Mức độ hoạt động		XIV. Mức độ và sự ổn định của đáp ứng trí tuệ
1	Mức độ hoạt động phù hợp với tuổi và môi trường xung quanh. Trẻ thể hiện không nhiều hơn mà cũng không ít hơn các hoạt động so với các trẻ cùng tuổi trong cùng một tình huống.	1	Trí tuệ bình thường và đáp ứng ổn định ở mọi lĩnh vực khác nhau. Trẻ có trí tuệ giống như mọi trẻ khác cùng tuổi và không có bất kỳ một bất thường nào về kỹ năng hoặc vấn đề trí tuệ.
1.5		1.5	
2	Mức độ hoạt động bất thường ở mức nhẹ. Trẻ có thể bồn chồn ở mức nhẹ hoặc đôi khi lười biếng hoặc di chuyển chậm chạp. Mức độ hoạt động của trẻ cản trở nhẹ thành tích của trẻ.	2	Trí tuệ bất thường ở mức độ nhẹ. Trẻ không thông minh như trẻ cùng tuổi. Các kỹ năng khá chậm ở mọi lĩnh vực.
2.5		2.5	
3	Mức độ hoạt động bất thường ở mức trung bình. Trẻ có thể không thực sự hoạt động và khó kiềm chế. Trẻ có thể có nhiều hoạt động và khó ngủ vào ban đêm. Ngược lại trẻ có thể khá thờ ơ và cần có sự thúc giục rất nỗ lực để trẻ hoạt động.	3	Trí tuệ bất thường ở mức độ trung bình. Nhìn tổng thể trẻ không được thông minh như trẻ cùng tuổi. Trẻ có thể thực hiện chức năng gần như bình thường ở nhiều hơn một lĩnh vực.
3.5		3.5	
4	Mức độ hoạt động bất thường ở	4	Trí tuệ bất thường ở mức nặng. Trong khi nhìn tổng thể trẻ không thông minh như trẻ cùng tuổi, nhưng trẻ có thể có chức năng bình thường

	mức nặng. Trẻ thể hiện hoạt động trì trệ một cách quá mức và thậm chí ngay cả khi thay đổi từ cực thái này sang cực thái khác.		thậm chí tốt hơn trẻ cùng tuổi ở một vài lĩnh vực.
	XV. ấn tượng chung		
1	Không tự kỷ. Trẻ không có các triệu chứng đặc trưng của trẻ tự kỷ.		Tổng điểm =
1.5			
2	Tự kỷ mức nhẹ. Trẻ thể hiện vài triệu chứng hoặc chỉ ở mức tự kỷ nhẹ.		Mức độ tự kỷ:
2.5	Tự kỷ mức vừa. Trẻ thể hiện một vài triệu chứng ở mức tự kỷ vừa.		Ngày đánh giá:
3			Người đánh giá:
3.5	Tự kỷ nặng. Trẻ thể hiện tất cả các triệu chứng hoặc mức độ tự kỷ nặng.		
4			

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

16. TRẮC NGHIỆM HÀNH VI TRẺ EM (CBCL)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm hành vi trẻ em (Child Behavior Checklist -CBCL) lần đầu tiên được tác giả Thomas Achenbach và cộng sự nghiên cứu, phát triển và công bố từ những năm 1966. CBCL là một bộ câu hỏi toàn diện, là bản hỏi tự đánh giá dành cho cha/mẹ/người chăm sóc cho trẻ từ 6 đến 18 tuổi, nhằm sàng lọc các vấn đề có liên quan đến sức khỏe tâm thần của trẻ, hỗ trợ đắc lực cho công tác chẩn đoán của bác sỹ.

CBCL phiên bản tiếng Việt là một bản tự đánh giá, dành cho cha /mẹ hoặc người chăm sóc, giám hộ hợp pháp. Bảng gồm 112 câu hỏi là liệt kê của tất cả các hành vi ở trẻ để đánh giá hành vi và cảm xúc ở trẻ dựa theo sự phân chia thành 8 nhóm hội chứng: Lo âu/ Trầm cảm; Thu mình/ Trầm cảm; Phàn nàn cơ thể; Vấn đề xã hội; Vấn đề Tư duy; Vấn đề chú ý; Hành vi phá bỏ quy tắc và Hành vi hung tính. Những hội chứng này tiếp tục được chia thành hai nhóm vấn đề lớn: Vấn đề hướng nội và Vấn đề hướng ngoại. Vấn đề tổng thể được tính bằng cách cộng điểm của tất cả 8 hội chứng và Các vấn đề khác (bao gồm các mục còn lại). Cha/mẹ/người chăm sóc phải có ít nhất 6 tháng ở cùng trẻ để thực hiện thang đánh giá này.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá các vấn đề hành vi và cảm xúc cho trẻ em và thanh thiếu niên.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sỹ chuyên khoa tâm thần/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm hành vi trẻ em CBCL, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 45-75 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với cha/mẹ/người chăm sóc trẻ để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ cha/mẹ/người chăm sóc trẻ.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu hướng dẫn: “Dưới đây là bảng hỏi mô tả về một số biểu hiện hành vi và cảm xúc ở trẻ trong vòng 6 tháng qua. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số bên trái tương ứng với câu trả lời của anh chị; trong đó: “0” là “Không đúng ở trẻ” “1” là “Thỉnh thoảng đúng”, “2” là “Hoàn toàn đúng”.

Sau khi cha/mẹ/người chăm sóc trẻ đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi "**TRẮC NGHIỆM HÀNH VI TRẺ EM CBCL (Phần phụ lục)**."

Trong quá trình cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

Lưu ý:

Trường hợp cha/mẹ/người chăm sóc trẻ không tự làm được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà cha/mẹ/người chăm sóc đã lựa chọn theo 8 thang hội chứng và các vấn đề khác. Sự phân bổ các câu hỏi theo 8 thang hội chứng và các vấn đề khác như sau:

Các thang hội chứng	Nội dung
Lo âu/trầm cảm	14,29,30,31,32,33,35,45,50,52,71,91,112
Thu mình/trầm cảm	5,42,65,69,75,102,103,111
Phản nản cơ thể	47,49,51,54,56a,56b,56c,56d,56e,56f,56g
Vấn đề xã hội	11,12,25,27,34,36,38,48,62,64,79
Vấn đề tư duy	9,18,40,46,58,59,60,66,70,76,83,84,85,92,100
Vấn đề chú ý	1,4,8,10,13,17,41,51,78,80
Hành vi phá bỏ quy tắc	2,26,28,39,43,63,67,72,73,81,82,90,96,99,101,105,106
Hành vi hung tính	3,16,19,20,21,23,37,57,68,86,87,88,89,94,95,97,104
Các vấn đề khác	6,7,15,24,44,53,56h,74,77,93,98,107,108,109,110,113

Các vấn đề	Các thang hội chứng
Hành vi hướng nội	Lo âu/trầm cảm + Thu mình/trầm cảm + Phản nản cơ thể
Hành vi hướng ngoại	Hành vi phá bỏ quy tắc + Hành vi hung tính
Vấn đề tổng	Điểm tổng của cả 9 thang hội chứng

- Điểm thô của mỗi thang hội chứng được tính là tổng số điểm của các câu hỏi trong thang. Sau đó, tính điểm thô của Vấn đề hành vi hướng nội, Vấn đề hành vi Hướng ngoại và điểm tổng các vấn đề. Ngoài ra, từ điểm thô có thể đối chiếu với bảng có sẵn (trong phụ lục) để tính điểm T của các vấn đề.

- Điểm thô của các thang hội chứng được đưa lên đối chiếu với Biểu đồ điểm CBCL. Lưu ý, Biểu đồ chấm điểm CBCL khác nhau giữa nam và nữ và khác nhau giữa hai nhóm tuổi, vì vậy cần lựa chọn Biểu đồ phù hợp giới tính và tuổi của trẻ. Dựa vào biểu đồ để đánh giá phân loại các thang hội chứng và các vấn đề Hướng nội, hướng ngoại, vấn đề tổng theo các ngưỡng: Bình thường; Ranh giới hoặc Lâm sàng.

Bảng tham chiếu mức độ hành vi trẻ em

CBCL	Bình thường ($\leq 64\%$)	Ranh giới (65% - 69%)	Bệnh lý ($\geq 70\%$)
Lo âu /trầm cảm			
Thu mình/ trầm cảm			
Phản nản cơ thể			
Vấn đề xã hội			
Vấn đề tư duy			
Vấn đề chú ý			
Hành vi phá bỏ quy tắc			
Hành vi hung tính			
Điểm tổng	Bình thường ($\leq 59\%$)	Ranh giới (60% - 63%)	Bệnh lý ($\geq 64\%$)
Vấn đề hướng nội			
Vấn đề hướng ngoại			
Tổng các vấn đề			

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2000), *Manual for the CBCL, School-Age Forms & Profiles*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
2. Chad Ebesutani & Adam Bernstein & Brad J. Nakamura et al (2010). Concurrent Validity of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales: Correspondence with DSM Diagnoses and Comparison to Syndrome Scales. *J Psychopathol Behav Assess* 32:373–384.
3. Montserrat La Calle Sisteré, Josep M^a Domènech Massons, Roser Granero Pérez et al (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. *Psicothema*, Vol. 26, No. 3, 364-371.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM HÀNH VI TRẺ EM (CBCL)

BẢN LIỆT KÊ HÀNH VI TRẺ EM TUỔI TỪ 6-18 (Dành cho cha mẹ báo cáo)

Họ và tên: _____ Con thứ: _____ Tuổi: _____

Địa chỉ: _____ ĐT: _____ Ngày sinh: Ngày _____ tháng _____ năm _____

Giới: Nam Nữ Dân tộc: _____ Nghề của bố: _____

_____ Nghề của mẹ: _____

Học lớp: _____ Trường: _____ Người điền phiếu: (bố/mẹ) _____

Không đi học: _____ Hiện trẻ ở với ai: _____

Dưới đây là bảng liệt kê các biểu hiện của trẻ em. Trong vòng từ **06 tháng qua** đến **hiện nay**, ông / bà cảm thấy trẻ có **biểu hiện** nào trong các mục dưới đây, xin hãy **khoanh tròn**:

Số 0: Nếu câu đó **Không Đúng** với trẻ (theo ông / bà biết)

Số 1: Nếu câu đó **Thỉnh thoảng Đúng** với trẻ hoặc **Khá Đúng** với trẻ

Số 2: Nếu câu đó **Thường Xuyên Đúng** với trẻ hoặc **Rất Đúng** với trẻ

Xin đọc kỹ và cố gắng trả lời mọi câu, mặc dù một số câu có vẻ không liên quan đến trẻ của ông / bà.

0 1 2 1. Hành động quá trẻ con so với tuổi của trẻ. 0 1 2 2. Uống rượu, bia mà không có sự cho phép của bố mẹ (mô tả): _____ 0 1 2 3. Thường hay cãi cọ. 0 1 2 4. Thường hay bỏ dở dang công việc đang làm. 0 1 2 5. Có quá ít điều làm cho trẻ hứng thú. 0 1 2 6. Ía đùn (ia ra quần). 0 1 2 7. Khoe khoang quá mức. 0 1 2 8. Chỉ tập trung chú ý được trong thời gian ngắn.	0 1 2 9. Không thể dứt bỏ được những ý nghĩ của mình về một điều nào đó, bị ám ảnh (mô tả): _____ 0 1 2 10. Không thể ngồi yên, luôn động đậy chân tay hoặc quá hiếu động. 0 1 2 11. Quá phụ thuộc hoặc bám vào người lớn. 0 1 2 12. Đề cập nhiều đến việc mình cô đơn. 0 1 2 13. Lẩn lộn. 0 1 2 14. Thường hay khóc. 0 1 2 15. Độc ác với súc vật. 0 1 2 16. Độc ác, bắt nạt hoặc chơi xấu người khác.

Số 0: Nếu câu đó **Không Đúng** với trẻ (theo ông / bà biết)

Số 1: Nếu câu đó **Thỉnh thoảng Đúng** với trẻ hoặc **Khá Đúng** với trẻ

Số 2: Nếu câu đó **Thường Xuyên Đúng** với trẻ hoặc **Rất Đúng** với trẻ

0 1 2 17. Mơ màng hoặc chìm đắm trong suy nghĩ của mình. 0 1 2 18. Có ý tự gây thương tích, hoặc có hành động tự tử. 0 1 2 19. Đòi hỏi người khác chú ý nhiều đến mình. 0 1 2 20. Phá hoại đồ đạc của mình. 0 1 2 21. Phá hoại đồ đạc của gia đình, của người khác. 0 1 2 22. Không vâng lời người trong gia đình. 0 1 2 23. Không vâng lời giáo viên và nhân viên trong trường. 0 1 2 24. Không ăn đầy đủ. 0 1 2 25. Hay mâu thuẫn với trẻ khác. 0 1 2 26. Không có biểu hiện nhận lỗi sau khi làm những việc sai trái. 0 1 2 27. Dễ ghen tị. 0 1 2 28. Không tuân theo các quy định ở nhà, ở trường và các nơi khác. 0 1 2 29. Sợ một số tình huống, sợ súc vật, sợ nơi nào đó không kể trường học (mô tả): _____ _____ 0 1 2 30. Sợ đi học. 0 1 2 31. Trẻ sợ sẽ nghĩ một điều gì xấu hoặc làm một điều gì xấu. 0 1 2 32. Trẻ nghĩ rằng trẻ phải hoàn hảo. 0 1 2 33. Cảm thấy hoặc đề cập nhiều đến việc chẳng ai yêu mến mình. 0 1 2 34. Nghĩ rằng người khác muốn làm hại mình. 0 1 2 35. Cảm thấy mình vô dụng hoặc kém cỏi. 0 1 2 36. Thường hay bị thương, vấp ngã. 0 1 2 37. Thường hay đánh nhau.	0 1 2 38. Thường hay bị trêu chọc. 0 1 2 39. Thường chơi với trẻ hư. 0 1 2 40. Nghe những âm thanh hoặc tiếng nói không có thực (thật) (mô tả): _____ _____ 0 1 2 41. Hành động bộc phát, thường hành động thiếu suy nghĩ. 0 1 2 42. Thích ở một mình hơn có người bên cạnh. 0 1 2 43. Nói dối hoặc gian lận. 0 1 2 44. Cắn móng tay. 0 1 2 45. Dễ bồn chồn, căng thẳng. 0 1 2 46. Giật cơ, giật tay chân hoặc giật ở mắt (mô tả): _____ _____ 0 1 2 47. Có cơn ác mộng. 0 1 2 48. Không được trẻ khác thích. 0 1 2 49. Bị táo bón. 0 1 2 50. Sợ hãi hoặc lo lắng quá mức. 0 1 2 51. Cảm thấy chóng mặt hoặc choáng váng. 0 1 2 52. Cảm thấy rất có lỗi. 0 1 2 53. Ăn quá nhiều. 0 1 2 54. Quá mệt mỏi mà không có lý do chính đáng. 0 1 2 55. Béo phì. 56. Các vấn đề của cơ thể mà không rõ nguyên nhân y khoa: 0 1 2 a. Đau nhức trong cơ thể (không phải đau bụng hoặc đầu) mà không rõ nguyên nhân y khoa. 0 1 2 b. Đau đầu mà không rõ nguyên nhân y khoa.

Số 0: Nếu câu đó **Không Đúng** với trẻ (theo ông / bà biết)

Số 1: Nếu câu đó **Thỉnh Thoảng Đúng** với trẻ hoặc **Khá Đúng** với trẻ

Số 2: Nếu câu đó **Thường Xuyên Đúng** với trẻ hoặc **Rất Đúng** với trẻ

0 1 2 c. Buồn nôn mà không rõ nguyên nhân y khoa. 0 1 2 d. Mắt có vấn đề mà không phải cận thị, loạn thị, mà không rõ nguyên nhân y khoa (mô tả): _____ 0 1 2 e. Nổi ban hoặc các biểu hiện ở da mà không rõ nguyên nhân y khoa. 0 1 2 f. Đau bụng mà không rõ nguyên nhân y khoa. 0 1 2 g. Nôn mửa mà không rõ nguyên nhân y khoa. 0 1 2 h. Các vấn đề khác (mô tả): _____ 0 1 2 57. Tấn công người khác. 0 1 2 58. Rứt da hoặc cạy da (mô tả): _____ 0 1 2 59. Sờ mó công khai bộ phận sinh dục của mình. 0 1 2 60. Sờ mó bộ phận sinh dục của mình quá nhiều. 0 1 2 61. Học kém. 0 1 2 62. Vụng về. 0 1 2 63. Thích chơi với bạn lớn tuổi hơn so với tuổi của trẻ. 0 1 2 64. Thích chơi với bạn nhỏ tuổi hơn so với tuổi trẻ. 0 1 2 65. Từ chối nói chuyện với mọi người. 0 1 2 66. Lặp đi lặp lại một số hành động mà không cưỡng lại được (mô tả): _____ 0 1 2 67. Bỏ nhà ra đi vài ngày.	0 1 2 68. La hét nhiều. 0 1 2 69. Ít cởi mở, giữ kín mọi chuyện trong lòng. 0 1 2 70. Nhìn thấy sự vật không có thực (thật) (mô tả): _____ 0 1 2 71. Dễ bị ngượng ngùng. 0 1 2 72. Nghịch lừa. 0 1 2 73. Có vấn đề về tình dục (mô tả): _____ 0 1 2 74. Làm trò hoặc diễn hề. 0 1 2 75. Quá rụt rè, nhút nhát. 0 1 2 76. Ngủ ít hơn các trẻ khác. 0 1 2 77. Ngủ nhiều hơn các trẻ khác vào ban ngày hoặc đêm (mô tả): _____ 0 1 2 78. Dễ bị phân tán, không chăm chú. 0 1 2 79. Có khó khăn về nói (mô tả): _____ 0 1 2 80. Nhìn với vẻ thần thờ (không có cảm xúc). 0 1 2 81. Lấy cắp ở nhà. 0 1 2 82. Lấy cắp ở nơi khác. 0 1 2 83. Cất giữ nhiều đồ vật không cần thiết (mô tả): _____ 0 1 2 84. Hành vi kỳ quặc (mô tả): _____ 0 1 2 85. Ý nghĩ kỳ quặc (mô tả): _____

Số 0: Nếu câu đó **Không Đúng** với trẻ (theo ông / bà biết)

Số 1: Nếu câu đó **Thỉnh Thoảng Đúng** với trẻ hoặc **Khá Đúng** với trẻ

Số 2: Nếu câu đó **Thường Xuyên Đúng** với trẻ hoặc **Rất Đúng** với trẻ

- 0 1 2 86. Bướng bỉnh hoặc cáu kỉnh.
 0 1 2 87. Cảm xúc, tâm trạng thay đổi đột ngột.
 0 1 2 88. Thường hay hờn dỗi.
 0 1 2 89. Đa nghi.
 0 1 2 90. Chửi bậy, nói tục.
 0 1 2 91. Đề cập đến việc tự tử.
 0 1 2 92. Nói hoặc đi trong lúc đang ngủ (mô tả):

 0 1 2 93. Nói quá nhiều.
 0 1 2 94. Thường hay trêu chọc mọi người.
 0 1 2 95. Dễ nổi khùng hoặc nóng tính.
 0 1 2 96. Nghĩ quá nhiều về tình dục.
 0 1 2 97. Hăm dọa mọi người.
 0 1 2 98. Mút ngón tay.
 0 1 2 99. Hút thuốc lá.
 0 1 2 100. Khó ngủ (mô tả): _____

 0 1 2 101. Bỏ lớp, trốn học.

 0 1 2 102. Ít hoạt động, hoạt động chậm chạp, thiếu sinh lực.
 0 1 2 103. Buồn rầu hoặc trầm cảm.
 0 1 2 104. Ôn ào quá mức.

- 0 1 2 105. Sử dụng các chất (ma túy hoặc thuốc) không có mục đích điều trị

 0 1 2 106. Cố tình làm hư hỏng, bôi bẩn tài sản không phải của mình và gia đình.
 0 1 2 107. Đái ra quần (khi thức).
 0 1 2 108. Đái dầm vào buổi đêm.
 0 1 2 109. Mê nheo.
 0 1 2 110. Muốn mình là người khác giới.
 0 1 2 111. Thu mình, không hoà mình với mọi người.
 0 1 2 112. Lo lắng.
 Có vấn đề nào khác ở trẻ làm anh/chị lo lắng hoặc có vấn đề gì ở trẻ mà anh/chị muốn thay đổi, xin mô tả dưới đây:
 0 1 2 1. _____

 0 1 2 2. _____

Xin hãy trả lời đầy đủ các mục đã nêu và gạch chân các mục mà anh chị cần báo.

Chân thành cảm ơn!

Hồ sơ CBCL – các thang hội chứng – Trẻ nam/nữ

©CRISP

HỒ SƠ CBCL CHO NAM - CÁC THANG HỘI CHỨNG

Hướng nội

6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	T
26	26	18	18	22	22	22	22	30	30	20	20	34	34	30	30	106
25	25	19	19	21	21	21	21	28	28	27	27	32	32	35	35	
24	24	15	15	20	20	20	20	26	26	26	26	30	30	34	34	
23	23	14	14	19	19	19	19	25	25	25	25	29	29	32	32	05
22	22	14	14	18	18	18	18	24	24	24	24	28	28	31	31	
21	21	13	13	17	17	17	17	23	23	23	23	27	27	30	30	
20	20	12	12	16	16	16	16	22	22	22	22	26	26	29	29	08
19	19	11	11	15	15	15	15	21	21	21	21	25	25	28	28	
18	18	10	10	14	14	14	14	20	20	20	20	24	24	27	27	05
17	17	9	9	13	13	13	13	19	19	19	19	23	23	26	26	
16	16	8	8	12	12	12	12	18	18	18	18	22	22	25	25	08
15	15	7	7	11	11	11	11	17	17	17	17	21	21	24	24	
14	14	6	6	10	10	10	10	16	16	16	16	20	20	23	23	05
13	13	5	5	9	9	9	9	15	15	15	15	19	19	22	22	
12	12	4	4	8	8	8	8	14	14	14	14	18	18	21	21	08
11	11	3	3	7	7	7	7	13	13	13	13	17	17	20	20	
10	10	2	2	6	6	6	6	12	12	12	12	16	16	19	19	05
9	9	1	1	5	5	5	5	11	11	11	11	15	15	18	18	
8	8	0	0	4	4	4	4	10	10	10	10	14	14	17	17	08
7	7	0	0	3	3	3	3	9	9	9	9	13	13	16	16	
6	6	0	0	2	2	2	2	8	8	8	8	12	12	15	15	05
5	5	0	0	1	1	1	1	7	7	7	7	11	11	14	14	
4	4	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	10	10	13	13	08
3	3	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5	9	9	12	12	
2	2	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	8	8	11	11	05
1	1	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	7	7	10	10	
0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	6	6	9	9	08
-1	-1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	5	8	8	
-2	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	7	7	05
-3	-3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6	6	
-4	-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	5	08
-5	-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	
-6	-6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	05
-7	-7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
-8	-8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	08
-9	-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-10	-10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-11	-11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-12	-12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-13	-13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-14	-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-15	-15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-16	-16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-17	-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-18	-18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-19	-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-20	-20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-21	-21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-22	-22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-23	-23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-24	-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-25	-25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-26	-26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-27	-27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-28	-28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-29	-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-30	-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-31	-31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-32	-32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-33	-33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-34	-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-35	-35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-36	-36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-37	-37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-38	-38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-39	-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-40	-40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-41	-41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-42	-42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-43	-43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-44	-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-45	-45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-46	-46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05
-47	-47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-48	-48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	08
-49	-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
-50	-50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05

Hướng ngoại

6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	6-11	12-16	T
34	34	30	30	34	34	30	30	34	34	30	30	34	34	30	30	106
33	33	31	31	35	35	31	31	35	35	31	31	35	35	31	31	
32	32	32	32	36	36	32	32	36	36	32	32	36	36	32	32	05
31	31	33	33	37	37	33	33	37	37	33	33	37	37	33	33	
30	30	34	34	38	38	34	34	38	38	34	34	38	38	34	34	08
29	29	35	35	39	39	35	35	39	39	35	35	39	39	35	35	
28	28	36	36	40	40	36	36	40	40	36	36	40	40	36	36	05
27	27	37	37	41	41	37	37	41	41	37	37	41	41	37	37	
26	26	38	38	42	42	38	38	42	42	38	38	42	42	38	38	08
25	25	39	39	43	43	39	39	43	43	39	39	43	43	39	39	
24	24	40	40	44	44	40	40	44	44	40	40	44	44	40	40	05
23	23	41	41	45	45	41	41	45	45	41	41	45	45	41	41	
22	22	42	42	46	46	42	42	46	46	42	42	46	46	42	42	08
21	21	43	43	47	47	43	43	47	47	43	43	47	47	43	43	
20	20	44	44	48	48	44	44	48	48	44	44	48	48	44	44	05
19	19	45	45	49	49	45	45	49	49	45	45	49	49	45	45	
18	18	46	46	50	50	46	46	50	50	46	46	50	50	46	46	08
17	17	47	47	51	51	47	47	51	51	47	47	51	51	47	47	
16	16	48	48	52	52	48	48	52	52	48	48	52	52	48	48	05
15	15	49	49	53	53	49	49	53	53	49	49	53	53	49	49	
14	14	50	50	54	54	50	50	54	54	50	50	54	54	50	50	08
13	13	51	51	55	55	51	51	55	55	51	51	55	55	51	51	
12	12	52	52	56	56	52	52	56	56	52	52	56	56	52	52	05
11	11	53	53	57	57	53	53	57	57	53	53	57	57	53	53	
10	10	54	54	58	58	54	54	58	58	54	54	58	58	54	54	08
9	9	55	55	59	59	55	55	59	59	55	55	59	59	55	55	
8	8</															

17. TRẮC NGHIỆM ẢN TƯỢNG LÂM SÀNG CHUNG (CGI-S)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm ấn tượng lâm sàng chung CGI (Clinical Global Impression rating scale) là trắc nghiệm đánh giá về ấn tượng lâm sàng chung được phát triển đầu tiên bởi Guy W. năm 1976 và được sử dụng để đo mức độ trầm trọng của các triệu chứng, khả năng điều trị, và hiệu quả điều trị của những người bệnh có rối loạn tâm thần. CGI có nhiều phiên bản trong đó CGI-S (Clinical Global Impression – Severity scale) đánh giá về mức độ nghiêm trọng của bệnh tật; CGI-C (Clinical Global Impression – Change scale) đánh giá ấn tượng lâm sàng chung hoặc sự thay đổi và CGI-I (Clinical Global Impression - Improvement scale) đánh giá chung về sự thay đổi tình trạng lâm sàng tiến triển tốt lên hay xấu đi từ khi bắt đầu được điều trị.

CGI-S có 7 mục yêu cầu bác sĩ lâm sàng đánh giá mức độ bệnh tật trầm trọng của người bệnh tại thời điểm đánh giá, liên hệ với kinh nghiệm đánh giá bệnh nhân của bác sĩ đã điều trị cho người bệnh có cùng chẩn đoán ở thời điểm đánh giá gồm:

(1): bình thường, không phải ở tất cả các bệnh; (2): ranh giới mắc bệnh tâm thần; (3): bệnh mức độ nhẹ; (4): bệnh mức độ vừa; (5): có bệnh rõ rệt; (6): bệnh mức độ nặng; và (7): bệnh mức độ cực kỳ xấu. Mức độ này được đánh giá dựa trên các triệu chứng người bệnh báo cáo và bác sĩ quan sát được, hành vi và chức năng trong 7 ngày trước thời điểm đánh giá.

Nội dung của 7 vấn đề cần đánh giá của CGI-S gồm: (1): báo cáo của người bệnh về mức độ nghiêm trọng của triệu chứng khi phỏng vấn; (2): mô tả của người bệnh về tình trạng chức năng của họ; (3): các khía cạnh quan sát được của bác sĩ/Cán bộ thực hiện trắc nghiệm về hành vi của người bệnh; (4): điểm đánh giá khách quan từ những bảng hỏi (Hamilton; Montgomery-Asberg); (5): điểm đánh giá chủ quan từ những bảng hỏi (Beck; Bảng kiểm các triệu chứng trầm cảm); (6): mức độ của các phản ứng phụ do người bệnh trải nghiệm; và (7): các nhận xét về người bệnh từ những quan sát khác đến từ những nhân viên y tế có tham gia chăm sóc người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chỉ định đánh giá ấn tượng lâm sàng chung.

Đánh giá tiến triển điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ Thang đánh giá lâm sàng chung CGI-S, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Máy tính, máy in...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

30-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu hướng dẫn: “Bây giờ tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu hỏi để đánh giá tình trạng sức khỏe bao gồm các triệu chứng cơ thể, tâm trạng, chức năng sinh hoạt hằng ngày”.

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Quy ước: Hoàn thành lần lượt từng mục của trắc nghiệm theo các mức độ dưới đây:

1 = Bình thường - không phải ở tất cả các bệnh, các triệu chứng của rối loạn không có mặt trong bảy ngày qua

2 = Đường biên giới bị bệnh tâm thần - hoặc nghi ngờ

3 = Bệnh nhẹ - xác định rõ các triệu chứng với mức tối thiểu, nếu có, đau khổ hoặc khó khăn trong chức năng xã hội và nghề nghiệp

4 = Các triệu chứng quá nặng vừa phải gây ra đáng chú ý nhưng suy giảm chức năng hoặc suy giảm chức năng, khiêm tốn; mức độ triệu chứng có thể đảm bảo thuốc

5 = Đánh dấu bệnh - các triệu chứng xâm nhập làm giảm đáng kể chức năng xã hội / nghề nghiệp hoặc gây ra các mức độ xâm nhập

6 = Bệnh nặng - bệnh lý, hành vi và chức năng gây rối thường xuyên bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng, có thể cần sự giúp đỡ của người khác

7 = Trong số những bệnh nhân bị bệnh nặng nhất - bệnh lý ảnh hưởng nghiêm trọng đến nhiều chức năng sống; có thể phải nhập viện.

Tính điểm số về mức độ bệnh tật của người bệnh bằng cách lấy tổng điểm chia cho tổng số câu để ra điểm trung bình.

Tiến hành đánh giá mức độ bệnh tật của người bệnh bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ bệnh tật

Bảng tham chiếu mức độ bệnh tật

CGI-S	Điểm đánh giá	Kết quả
Bình thường	1.0 – 1.9	
Ranh giới	2.0 – 2.9	
Mức độ nhẹ	3.0 – 3.9	
Mức độ vừa	4.0 – 4.9	

Mức độ rõ rệt	5.0 – 5.9	
Mức độ nặng	6.0 – 6.9	
Mức độ trầm trọng	7	

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guy W. (2000). Clinical Global Impressions (CGI) Scale. Modified From: Rush J, et al.: Psychiatric Measures, APA, Washington DC.
2. Joan Busner, Steven D. Targum. Applying a Research Tool in Clinical Practice. Psychiatry (Edgmont). 2007; 4(7): 28-37.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM ÁN TƯỞNG LÂM SÀNG CHUNG CGI-S

Họ và tên: Giới: Tuổi: Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm:

Nội dung	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Báo cáo bằng lời nói của người bệnh về mức độ nghiêm trọng của triệu chứng trong khi phỏng vấn.							
2. Báo cáo bằng lời nói của người bệnh về tình trạng chức năng của họ (vận động, sinh hoạt...)							
3. Các khía cạnh quan sát được về hành vi ở người bệnh.							
4. Điểm đánh giá khách quan (điểm trắc nghiệm HDRS)							
5. Điểm đánh giá chủ quan (điểm thang BECK)							
6. Mức độ của tác dụng phụ mà người bệnh trải qua							
7. Nhận xét từ quan sát của người nhà, của các cán bộ y tế, của người chăm sóc trước đó về người bệnh.							
Các vấn đề khác (mô tả):.....							
Điểm trung bình chung							

Mức độ:

- (1) Bình thường: không bị đau ốm, các triệu chứng của rối loạn tâm thần không xuất hiện trong 7 ngày vừa qua.
- (2) Ranh giới: có dấu hiệu nghi ngờ có bệnh lý về tâm thần.
- (3) Mức độ nhẹ: các triệu chứng nhẹ xuất hiện rõ ràng, buồn phiền, có thể có khó khăn về chức năng xã hội và nghề nghiệp.
- (4) Mức độ vừa: các triệu chứng xuất hiện rõ rệt hơn, đáng chú ý nhưng chưa nặng, có suy giảm các chức năng xã hội/ nghề nghiệp hay bị quan; mức độ triệu chứng có thể khiến phải dùng thuốc.
- (5) Mức độ rõ rệt: các triệu chứng được lưu ý là làm suy yếu rõ rệt chức năng xã hội/ nghề nghiệp hoặc gây ra sự khó chịu rõ rệt ở người bệnh.
- (6) Mức độ nặng: các triệu chứng ở mức độ nặng, ảnh hưởng rõ rệt đến hành vi và chức năng, có thể cần sự hỗ trợ của mọi người.
- (7) Mức độ trầm trọng: các triệu chứng rất nặng, ảnh hưởng rất nghiêm trọng đến rất nhiều các chức năng sống của người bệnh, có thể phải nhập viện.

18. TRẮC NGHIỆM TÂM THẦN RÚT GỌN (BPRS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) do Overall và Gorham nghiên cứu và xuất bản lần đầu tiên vào năm 1962. Đây là trắc nghiệm được sử dụng để đo lường các triệu chứng rối loạn tâm thần ở người bệnh.

BPRS là một trắc nghiệm đánh giá sự thay đổi trong mức độ nghiêm trọng của bệnh tâm thần, do đó các đề mục của BPRS tập trung vào các triệu chứng thường gặp ở những người bệnh bị rối loạn tâm thần, bao gồm cả tâm thần phân liệt và các rối loạn tâm thần khác, cũng như những người có rối loạn khí sắc trầm trọng.

BPRS gồm có 24 đề mục với những nội dung sau: lo lắng về cơ thể; lo âu; trầm cảm; tự sát; cảm giác tội lỗi; thù địch; khí sắc hưng phấn; tự cao; sự nghi ngờ; ảo giác; nội dung tư duy kỳ quái; hành vi kỳ dị; không tự chăm sóc bản thân; mất phương hướng; rối loạn nhận thức; cảm xúc cùn mòn; cảm xúc thu mình; giảm vận động; tình trạng căng thẳng; không hợp tác; kích động; đáng trí; tăng hoạt động, vận động và dáng vẻ cầu kỳ và điệu bộ.

BPRS là một thang phỏng vấn để xác định triệu chứng và những đặc điểm đặc hiệu để đánh giá triệu chứng. Trong đó, các đề mục từ 1 đến 14 được đánh giá dựa trên cơ sở người bệnh tự báo cáo; đề mục từ 15 đến 24 được đánh giá dựa trên những quan sát được bởi hành vi và lời nói của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng ở người bệnh có rối loạn tâm thần.

Đánh giá tiến triển trong điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ thang đánh giá tâm thần rút gọn (BPRS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Máy tính, máy in...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

45-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện phỏng vấn bệnh nhân

Câu hướng dẫn: “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu hỏi về tình trạng sức khỏe của mình nhằm đánh giá trạng thái tâm thần bao gồm các triệu chứng, suy nghĩ, tâm trạng, cảm xúc”.

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện để có thêm thông tin đánh giá, đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách toàn diện và khách quan.

Có thể phỏng vấn thêm người nhà, nhân viên y tế chăm sóc (nếu cần) để bổ sung thông tin.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Quy ước: xếp hạng mức độ nghiêm trọng của từng triệu chứng bằng thang điểm từ 1 đến 7: Điểm 1 là không có triệu chứng đó, điểm 7 là rất nghiêm trọng.

Tính điểm số về trạng thái tâm thần của người bệnh bằng cách lấy tổng điểm chia cho tổng số câu để ra điểm trung bình.

Tiến hành đánh giá trạng thái tâm thần của người bệnh bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ trạng thái tâm thần

Bảng tham chiếu mức độ trạng thái tâm thần

BPRS	Điểm đánh giá	Kết quả
Bình thường	1.0 – 1.9	
Ranh giới	2.0 – 2.9	
Mức độ nhẹ	3.0 – 3.9	
Mức độ vừa	4.0 – 4.9	
Mức độ rõ rệt	5.0 – 5.9	
Mức độ nặng	6.0 – 6.9	
Mức độ trầm trọng	7	

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Overall J.E., Gorham D.R., (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports. 10: 799-812.

2. Overall, J. E.; Gorham, D. R. (1988). "The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling". *Psychopharmacology Bulletin*. 22: 97–99.

PHỤ LỤC TRẮC NGHIỆM TÂM THẦN RÚT GỌN (BPRS)

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày test:

I. Lo lắng về cơ thể:

Đánh giá mức độ quan tâm về sức khỏe cơ thể hiện tại dù bệnh nhân phản nản có căn cứ thực tế hoặc không.

Hoang tưởng về cơ thể nên được đánh giá mức độ có hoặc không có lo lắng về cơ thể. Lưu ý: đánh giá mức độ suy giảm hoạt động do những mối quan tâm chỉ về cơ thể mà không có các triệu chứng khác, ví dụ: trầm cảm. Ngoài ra, nếu bệnh nhân có điểm 6 hoặc 7 do hoang tưởng về cơ thể, bạn phải đánh giá thêm mục **nội dung tư duy kỳ lạ (mục 11)** ít nhất là điểm 4 hoặc cao hơn.

1.1. Câu hỏi

Bạn đã từng quan tâm về sức khỏe thể chất của bạn?

Bạn có bệnh tật nào về cơ thể hoặc khám bác sĩ gần đây? (Bác sĩ của bạn nói bạn có bệnh gì, nghiêm trọng như thế nào?)

Có điều gì thay đổi về ngoại hình của bạn? Nó cản trở khả năng thực hiện các hoạt động bình thường và/hoặc làm việc của bạn?

Bạn đã bao giờ cảm thấy rằng các bộ phận cơ thể bạn đã thay đổi hoặc ngừng làm việc?

Nếu bệnh nhân báo cáo bất kỳ mối quan tâm/ hoang tưởng cơ thể nào, hãy hỏi thêm những câu sau đây:

Bạn quan tâm về...bao lâu?

Bạn có bày tỏ những mối quan tâm cho những người khác không?

1.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Mối quan tâm cơ thể không thường xuyên, bệnh nhân có xu hướng tự giữ kín.

Nhẹ: Lo ngại cơ thể không thường xuyên, có xu hướng bày tỏ cho những người khác (ví dụ: gia đình, bác sĩ ...).

Trung bình: Biểu hiện thường xuyên mối quan tâm cơ thể hoặc cường điệu những căn bệnh hiện tại hoặc có một số mối bận tâm, nhưng không suy giảm chức năng. Không có hoang tưởng.

Tương đối nặng: Thường xuyên biểu hiện mối quan tâm về cơ thể hoặc cường điệu bệnh hiện tại hoặc một số mối bận tâm và gây tổn hại trung bình đến các hoạt động. Không có hoang tưởng.

Nặng: Mối bận tâm và các than phiền về cơ thể với sự suy giảm nhiều trong hoạt động hoặc hoang tưởng về cơ thể mà không ảnh hưởng đến người khác hoặc bộc lộ cho người khác.

Rất nặng: Mối bận tâm về than phiền cơ thể với sự suy giảm nghiêm trọng trong hoạt động hoặc hoang tưởng cơ thể có xu hướng bị tác động hoặc bị phớt lờ bởi người khác.

2. Lo âu: Lo âu, căng thẳng, sợ hãi, hoảng sợ. Đánh giá lo âu, căng thẳng từ báo cáo của bệnh nhân.

2.1. Câu hỏi

Bạn đã từng lo âu rất nhiều trong thời gian...Bạn đã rất lo âu, sợ hãi? (Điều gì làm bạn lo âu?)

Bạn có quan tâm về điều gì, như thế nào, về tài chính hoặc tương lai?

Khi bạn đang cảm thấy lo âu, có làm ra mồ hôi lòng bàn tay hoặc nhịp tim nhanh không (hoặc khó thở, run rẩy, ngẹt thở)?

Nếu bệnh nhân báo cáo có lo âu hoặc rối loạn thần kinh tự trị đi kèm, hỏi thêm các câu sau đây:

Bạn lo âu đã lâu chưa?

Nó cản trở khả năng thực hiện các hoạt động bình thường của bạn không?

2.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Báo cáo một số khó chịu do lo âu hoặc lo âu không thường xuyên xảy ra nhiều hơn bình thường.

Nhẹ: Lo âu thường xuyên, nhưng có thể dễ dàng chuyển sự chú ý đến những việc khác.

Trung bình: Lo âu nặng, thường xuyên hầu hết thời gian và không thể chuyển sự chú ý đến những việc khác một cách dễ dàng, nhưng không suy giảm hoạt động, hoặc lo âu thỉnh thoảng kèm theo rối loạn thần kinh tự trị nhưng không suy giảm hoạt động.

Tương đối nặng: Thường xuyên, nhưng không phải hàng ngày, từng thời kỳ lo âu với rối loạn thần kinh tự trị đi kèm hoặc một số lĩnh vực hoạt động bị gián đoạn bởi lo âu.

Nặng: Lo âu kèm theo rối loạn tự trị hàng ngày nhưng không tồn tại trong suốt ngày, hoặc nhiều hoạt động bị gián đoạn bởi lo âu, nỗi lo thường trực.

Rất nặng: Lo âu nặng kèm theo rối loạn thần kinh tự trị trong suốt ngày hoặc hầu hết các lĩnh vực hoạt động bị gián đoạn bởi lo âu hoặc lo âu liên tục.

3. Trầm cảm

Bao gồm buồn bã, bất hạnh, mất hứng thú và mối bận tâm với các chủ đề thất vọng (không thể chú tâm xem tivi hoặc cuộc hội thoại do trầm cảm), vô vọng, mất lòng tự trọng (không hài lòng hoặc ghê tởm với bản thân hoặc cảm giác vô dụng).

Không bao gồm các triệu chứng thực vật, vận động chậm chạp, thức dậy sớm hoặc không có sự thúc đẩy đi kèm với hội chứng thiếu sót.

3.1. Câu hỏi

Tâm trạng của bạn gần đây thế nào? Bạn cảm thấy trầm cảm (buồn, không vui, như thể bạn không quan tâm thích thú)?

Bạn có thể chuyển sự chú ý của bạn sang chủ đề dễ chịu hơn khi bạn muốn?

Bạn có thấy rằng bạn còn quan tâm đến hoặc nhận được niềm vui từ những điều bạn thường thích, như gia đình, bạn bè, sở thích, xem tivi, ăn uống?

Nếu bệnh nhân báo cáo trầm cảm, hỏi tiếp những câu sau đây:

Bao lâu thì những cảm xúc đó qua đi?

Nó cản trở bạn thực hiện những hoạt động thông thường không?

3.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Đôi khi cảm thấy buồn, không vui hoặc chán.

Nhẹ: Thường cảm thấy buồn hoặc không vui, nhưng có thể dễ dàng chuyển sự chú ý đến những việc khác.

Trung bình: Thời kỳ thường xuyên cảm thấy rất buồn, không vui, chán nản vừa, nhưng có thể hoạt động với nhiều cố gắng.

Tương đối nặng: Thường xuyên, nhưng không phải hàng ngày, giai đoạn trầm cảm sâu hoặc một số lĩnh vực của hoạt động bị gián đoạn bởi trầm cảm.

Nặng: Trầm cảm sâu sắc hàng ngày, nhưng không tồn tại trong suốt cả ngày hoặc nhiều chức năng bị gián đoạn bởi trầm cảm.

Rất nặng: Chán nản sâu sắc, xảy ra hàng ngày hoặc hầu hết các chức năng bị gián đoạn bởi trầm cảm.

4. Tự sát: Bày tỏ mong muốn, ý định, hoặc hành động tự làm hại hoặc tự sát.

4.1. Câu hỏi

Bạn có cảm thấy rằng cuộc sống không đáng sống?

Bạn đã nghĩ về việc tự làm hại mình hoặc tự sát?

Bạn có cảm thấy chán nản cuộc sống hoặc tốt hơn là chết?

Bạn đã bao giờ cảm thấy thích kết thúc tất cả?

Nếu bệnh nhân báo cáo có ý tưởng tự sát, cần hỏi thêm các câu sau đây:

Bạn có thường xuyên nghĩ về...?

Bạn có một kế hoạch cụ thể?

4.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Đôi khi cảm thấy chán sống. Không có ý tưởng tự sát công khai.

Nhẹ: Đôi khi có ý tưởng tự sát mà không có ý định hoặc kế hoạch cụ thể, hoặc cảm thấy chết là tốt hơn.

Trung bình: Ý tưởng tự sát thường xuyên mà không có ý định hoặc kế hoạch.

Tương đối nặng: Nhiều tưởng tượng về tự sát bằng các phương pháp khác nhau, có thời gian và kế hoạch cụ thể, hoặc thử tự sát mang tính chất cưỡng bức bằng sử dụng phương pháp không gây chết người hoặc hoàn toàn có thể trông thấy người cứu tinh tiềm năng.

Nặng: Rõ ràng muốn tự sát. Tìm kiếm phương tiện và thời gian thích hợp, hoặc tự sát với kiến thức cứu hộ có thể.

Rất nặng: Kế hoạch và ý định tự sát cụ thể (ví dụ, "ngay khi ...tôi sẽ làm điều đó bằng cách làm..."), đặc trưng bởi suy nghĩ kế hoạch gây chết người hoặc tự sát trong môi trường tách biệt.

5. Cảm giác tội lỗi

Quan tâm hoặc hối hận về hành vi trong quá khứ. Đánh giá chỉ dựa vào báo cáo của bệnh nhân, không suy ra cảm giác tội lỗi từ lo âu, trầm cảm, hoặc loạn thần kinh chức năng.

Lưu ý: Nếu bệnh nhân được đánh giá 6 hoặc 7 điểm do hoang tưởng bị tội, bạn phải đánh giá thêm mục ***nội dung tư duy kỳ lạ (mục 11)*** ít nhất 4 điểm hoặc cao hơn, tùy thuộc vào mức độ của mối bận tâm và sự suy giảm chức năng.

5.1. Câu hỏi

Có điều gì bạn cảm thấy tội lỗi? Bạn đã từng suy nghĩ về các vấn đề này trong quá khứ?

Bạn có xu hướng đổ lỗi cho bản thân, cho những thứ đã xảy ra?

Các bạn đã thực hiện bất cứ điều gì bạn vẫn còn xấu hổ?

Nếu bệnh nhân báo cáo có tội lỗi, ăn năn, hoang tưởng, hỏi thêm những câu sau đây:

Bạn suy nghĩ thường xuyên như thế nào về...?

Bạn đã tiết lộ cảm giác tội lỗi của bạn cho người khác?

5.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Lo ngại về việc làm hại một người nào đó, hoặc một điều gì đó, nhưng không bận tâm. Có thể thay đổi suy nghĩ sang các vấn đề khác một cách dễ dàng.

Nhẹ: Lo ngại về việc làm hại một người nào đó với một số mối bận tâm. Có xu hướng nói lên cảm giác tội lỗi cho người khác.

Trung bình: Mối bận tâm không cân xứng với tội lỗi, do cho rằng mình đã làm sai, làm những người khác bị tổn thương bằng cách làm hoặc không làm điều gì đó, nhưng có thể dễ dàng chuyển sự chú ý đến những việc khác.

Tương đối nặng: Lo lắng về cảm giác tội lỗi, có thể chuyển sự chú ý đến những việc khác, nhưng chỉ với nỗ lực rất lớn. Không có hoang tưởng.

Nặng: Hoang tưởng tội lỗi hoặc sự tự sỉ nhục quá đáng không tương xứng với tình huống. Mối bận tâm vừa phải.

Rất nặng: Hoang tưởng tội lỗi hoặc sự tự sỉ nhục quá đáng, không tương xứng với tình huống. Bệnh nhân rất bận tâm với cảm giác tội lỗi và có khả năng tiết lộ cho người khác hoặc hành động theo hoang tưởng.

6. Thù địch:

Sự thù địch, khinh bỉ, hiếu chiến, đe dọa, tranh luận, cơn giận dữ, phá hủy tài sản, đánh nhau, và bất kỳ biểu hiện nào khác của thái độ hoặc hành động thù địch. Đừng suy ra sự thù địch từ việc bảo vệ do cơ chế thần kinh, lo âu hoặc than phiền về cơ thể. Không bao gồm các sự việc xảy ra do tức giận phù hợp với tình huống hoặc tự vệ hiển nhiên.

6.1. Câu hỏi

Làm thế nào sống hòa thuận cùng với mọi người (gia đình, đồng nghiệp...?)

Bạn đã có kích thích hoặc gắt gỏng gần đây? (Làm thế nào để hiển thị nó?).

Bạn có bao giờ bị kích thích đến nỗi bạn sẽ quát tháo, tấn công hay tranh luận với mọi người?

(Bạn đã thấy chính mình la hét vào những người mà bạn không biết?)

Bạn có đánh bất cứ ai gần đây?

6.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Kích thích hoặc gắt gỏng, nhưng không công khai bày tỏ.

Nhẹ: Tranh cãi hoặc châm biếm.

Trung bình: Công khai tức giận mức trung bình nhiều lần hoặc hết vào mặt những người khác một cách quá mức.

Tương đối nặng: Đe dọa, phê bình gay gắt, hoặc ném đồ vật.

Nặng: Tấn công những người khác nhưng có khả năng không gây hại, ví dụ: tát hoặc đẩy, phá hủy tài sản, gõ trên đồ nội thất, đập cửa sổ...

Rất nặng: Tấn công người khác với khả năng làm tổn hại đến họ, ví dụ: tấn công với búa hoặc vũ khí.

** Đánh giá mục 7 sau đây cần quan sát hành vi:*

7. Khí sắc hưng phấn:

Lan tỏa, bền vững và phóng đại cảm giác hạnh phúc, vui tươi, sáng khoái (ngụ ý một khí sắc bệnh lý), lạc quan không tương xứng với tình huống.

Đừng suy ra sự hứng khởi từ thành tích hoành tráng thật sự.

7.1. Câu hỏi

Bạn cảm thấy tốt đến nỗi người khác nghĩ rằng bạn không bình thường?

Bạn đã từng cảm thấy vui vẻ và lên tận đỉnh của thế giới mà không vì bất cứ lý do gì?

Nếu bệnh nhân tăng khí sắc, khoái cảm, hỏi thêm câu sau đây:

Điều đó kéo dài bao lâu rồi?

7.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Có vẻ rất hạnh phúc, vui vẻ mà không có lý do.

Nhẹ: Một số cảm giác hạnh phúc không thể giải thích được.

Trung bình: Cảm giác quá mức hoặc không thực tế về hạnh phúc, vui tươi, tự tin, lạc quan không phù hợp với hoàn cảnh, thời gian. Có thể thường xuyên đùa, cười, ham chơi, quá nhiệt tình, hoặc trong vài trường hợp, tăng khí sắc đáng kể với khoái cảm.

Tương đối nặng: Cảm giác quá mức hoặc không thực tế về hạnh phúc, vui tươi, tự tin, lạc quan không phù hợp với hoàn cảnh, thời gian. Có thể mô tả cảm giác "trên đầu của thế giới, giống như tất cả mọi thứ đang rơi vào vị trí hay, tốt hơn bao giờ hết" hoặc trong một số trường hợp, khí sắc tăng lên rõ rệt với trạng thái khoái cảm.

Nặng: Nhiều trường hợp khí sắc tăng lên đáng kể với khoái cảm hoặc tăng lên gần như liên tục trong suốt cuộc phỏng vấn nhưng không phù hợp với nội dung.

Rất nặng: Bệnh nhân phấn khởi, xuất hiện gần như say rượu, cười, nói đùa, liên tục khoái cảm, cảm giác bất khả xâm phạm, tất cả đều không phù hợp với hoàn cảnh.

8. Tự cao

Tự phóng đại, tự nâng cao niềm tin của các khả năng đặc biệt, có quyền lực hoặc tự nhận là người giàu có, nổi tiếng. Đánh giá chỉ dựa trên báo cáo của bệnh nhân, không dựa trên hành vi. Lưu ý: nếu điểm 6 hoặc 7 là do hoang tưởng khuếch đại, cho thêm ít nhất 4 điểm hoặc cao hơn vào mục ***nội dung tư duy kỳ lạ (mục 11)***.

8.1. Câu hỏi

Có điều gì đặc biệt về bạn? Bạn có khả năng sức mạnh đặc biệt?

Bạn có nghĩ rằng, bạn có thể là một người giàu có hoặc nổi tiếng?

Nếu bệnh nhân báo cáo có bất kỳ ý tưởng, hoang tưởng khuếch đại nào, hỏi thêm những câu sau đây:

Bạn thường xuyên có được suy nghĩ về...?

Bạn đã nói với ai về những gì bạn đã nghĩ?

Bạn đã hành động dựa trên những ý tưởng này?

8.2. Đánh giá cho điểm

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Cảm thấy mình tuyệt vời và phủ nhận vấn đề dù là hiển nhiên, thực tế.

Nhẹ: Tự phóng đại vượt quá khả năng và sự đào tạo của mình.

Trung bình: Tính hay khoắc lác không thích hợp, ví dụ: khẳng định mình xinh đẹp, hoặc có năng khiếu vượt quá thực tế, nhưng hiếm khi tự tiết lộ hoặc tác động lên những khái niệm thổi phồng này. Không kể đến các tài năng vĩ đại thực sự.

Tương đối nặng: Tương tự điểm 4, nhưng bệnh nhân thường tự công bố và tác động trên các ý tưởng hoành tráng này. Bệnh nhân có thể nghi ngờ về tính xác thực của ý tưởng khuếch đại. Không có hoang tưởng.

Nặng: Hoang tưởng (tuyên bố có quyền lực đặc biệt như ES (Extrasensory perception: ngoại cảm), có hàng triệu đô la, phát minh ra máy mới, làm công việc mà bệnh nhân không bao giờ có khả năng, là Chúa Giêsu Kitô, Thủ tướng Chính phủ. Bệnh nhân không bận rộn về những vấn đề đó.

Rất nặng: Hoang tưởng tương tự điểm 6, nhưng bệnh nhân có vẻ rất bận rộn và có xu hướng biểu lộ, hành động theo hoang tưởng khuếch đại.

9. Sự nghi ngờ

Niềm tin hiển nhiên hoặc được biểu lộ, là người khác đã hành động hiểm độc hoặc có ý định phân biệt đối xử với mình. Bao gồm sự truy hại bởi các cơ quan siêu nhiên hoặc không phải con người (ví dụ: ma quỷ). Lưu ý: điểm 3 trở lên nên được đánh giá thêm ***theo nội dung tư duy kỳ lạ (mục 11)***.

9.1. Câu hỏi

Bạn có bao giờ cảm thấy khó chịu ở nơi công cộng?

Liệu dường như có những người khác đang nhìn bạn?

Bạn có quan tâm về ý định của bất kỳ ai về bạn?

Có ai làm theo cách của họ để tạo cho bạn một thời gian khó khăn, hoặc cố làm tổn thương bạn? Bạn có cảm thấy sự nguy hiểm nào không?

Nếu bệnh nhân có ý tưởng, hoang tưởng bị truy hại, hỏi thêm như sau:

Bạn có thường xuyên quan tâm... đến điều mà bạn vừa diễn tả không?

Bạn có nói với bất cứ ai về những trải nghiệm này không?

9.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Có vẻ cảnh giác. Bất đắc dĩ phải trả lời một số câu hỏi mang tính chất cá nhân. Quá cảnh giác nơi công cộng.

Nhẹ: Mô tả sự cố, trong đó, những người khác đã làm tổn hại hoặc muốn làm hại bệnh nhân. Bệnh nhân cảm thấy dường như những người khác đang xem, cười hay chỉ trích mình nơi công cộng, nhưng điều này chỉ thỉnh thoảng hoặc hiếm khi xảy ra. Ít hoặc không có mối bận tâm.

Vừa: Người khác đang nói về bệnh nhân một cách ác độc, có ý tiêu cực hoặc có thể gây tổn hại cho bệnh nhân. Vượt quá khả năng của sự hợp lý, nhưng không hoang tưởng. Sự cố nghi ngờ bị truy hại xảy ra thường xuyên (ít hơn một lần mỗi tuần) với mối bận tâm.

Tương đối nặng: Tương tự như điểm 4, nhưng sự cố xảy ra thường xuyên, chẳng hạn như hơn một lần mỗi tuần. Bệnh nhân vừa phải bận tâm với những ý tưởng bị truy hại, bệnh nhân báo cáo hoang tưởng bị truy hại với nhiều nghi ngờ.

Nặng: Hoang tưởng - nói về âm mưu Mafia, FBI hoặc những người khác đầu độc thực phẩm của mình, bị truy hại bởi lực lượng siêu nhiên.

Rất nặng: Tương tự như điểm 6, nhưng niềm tin rất kỳ quái hoặc làm bận tâm hơn. Bệnh nhân có xu hướng biểu lộ, hoặc hành động theo hoang tưởng bị truy hại.

10. Ảo giác

Bệnh nhân báo cáo sự cảm nhận của mình khi không có các kích thích bên ngoài có liên quan. Khi đánh giá mức độ chức năng bị phá vỡ bởi ảo giác, phải bao gồm mối bận tâm với các nội dung và trải nghiệm của ảo giác, cũng như chức năng bị gián đoạn bởi các hành động do nội dung ảo giác chi phối (ví dụ, tham gia vào hành vi lệch lạc do lệnh của ảo giác), gồm quá trình suy nghĩ rõ ràng

hoặc ảo giác giả (ví dụ, nghe một giọng nói trong đầu) nếu chất lượng âm thanh rõ.

10.1. Câu hỏi

Bạn có bao giờ dường như nghe thấy tên của bạn được gọi?

Bạn đã nghe bất cứ âm thanh hoặc những người nói chuyện với bạn hoặc về bạn khi không có ai xung quanh?

Nếu nghe tiếng nói:

Tiếng nói, giọng nói về gì? Chất lượng âm thanh rõ không?

Bạn có bao giờ nhìn thấy những thứ mà người khác không nhìn thấy?

Ngửi mùi hôi mà những người khác không ngửi thấy?

Nếu bệnh nhân có ảo giác, hỏi thêm các câu sau đây:

Những ảo giác này có ảnh hưởng đến khả năng thực hiện những công việc bình thường của bạn hay không?

Làm thế nào để giải thích những ảo giác này?

Chúng xảy ra thường xuyên như thế nào?

10.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Trong khi nghỉ ngơi hoặc sắp ngủ, nhìn thấy hình ảnh, ngửi có mùi hoặc nghe tiếng nói, âm thanh, hoặc tiếng thì thầm khi không có sự kích thích bên ngoài, nhưng bệnh nhân không suy giảm hoạt động.

Nhẹ: Trong khi ở trong trạng thái sáng sủa của ý thức, nghe tiếng gọi tên mình, có ảo giác thính giác không bằng lời nói (ví dụ âm thanh hay thì thầm), ảo thị không có hình thù, hoặc ảo thanh song song với kích thích có liên quan (ví dụ, ảo tưởng thị giác) không thường xuyên (ví dụ, 1-2 lần mỗi tuần) và không suy giảm chức năng.

Trung bình: Ảo giác lời nói, thị giác, vị giác, khứu giác, xúc giác không suy giảm chức năng hoặc ảo thính không lời nói hoặc là ảo tưởng thị giác khá thường xuyên, có suy giảm hoạt động.

Tương đối nặng: Ảo giác xuất hiện hàng ngày hoặc một số lĩnh vực của hoạt động hàng ngày bị gián đoạn bởi ảo giác.

Nặng: Ảo giác bằng lời nói hoặc hình ảnh xuất hiện nhiều lần trong ngày hoặc nhiều lĩnh vực của hoạt động bị gián đoạn bởi ảo giác này.

Rất nặng: Ảo giác liên tục bằng lời nói hay hình ảnh suốt cả ngày hoặc nhiều hoạt động bị gián đoạn bởi ảo giác.

11. Nội dung tư duy kỳ lạ

Nội dung tư duy không bình thường, kỳ cục, kỳ lạ, hoặc kỳ quái. Đánh giá mức độ không bình thường, không đánh giá mức độ rối loạn lời nói. Hoang tưởng vô lý, sai rõ hoặc những ý tưởng kỳ lạ được thể hiện với niềm tin đầy đủ. Hãy xem như bệnh nhân có đầy đủ niềm tin là anh ta đã hành động vì đường như niềm tin, hoang tưởng là sự thật. Ý tưởng liên hệ, bị truy hại có thể được phân biệt với hoang tưởng, trong đó những ý tưởng được thể hiện với nhiều nghi ngờ và chứa đựng các thành phần của thực tế, bao gồm ý nghĩ lồng ghép, thu mình và phát sóng, bao gồm hoang tưởng bị hại, khuếch đại về cơ thể.

Lưu ý: *Nếu quan tâm về cơ thể, nghi ngờ, tội lỗi, hoặc khuếch đại được đánh giá điểm 6 hoặc 7 do hoang tưởng, sau đó, cần đánh giá thêm nội dung tư duy kỳ lạ ở điểm 4 hoặc cao hơn.*

11.1. Câu hỏi

Bạn đã nhận được bất kỳ tin nhắn đặc biệt từ những người hoặc từ các vật bố trí xung quanh bạn? Bạn đã thấy bất kỳ điều ám chỉ đến chính mình trên truyền hình hoặc trong báo chí?

Có người nào đó có thể đọc được suy nghĩ của bạn? (tư duy bị đánh cắp).

Bạn có một mối quan hệ đặc biệt với Chúa?

Có bất cứ điều gì giống như điện, tia X, sóng vô tuyến ảnh hưởng đến bạn? (hoang tưởng bị chi phối bởi tác nhân vật lý)

Có phải suy nghĩ đặt vào đầu của bạn mà không phải là của riêng bạn? (tư duy bị áp đặt).

Bạn có cảm thấy rằng bạn đang chịu sự kiểm soát của người khác hoặc thế lực nào đó?

[Nếu bệnh nhân báo cáo họ có ý tưởng, hoang tưởng kỳ lạ, cần hỏi những câu sau đây]:

Bạn có thường suy nghĩ về điều đó (hoang tưởng) không?

Bạn đã nói với mọi người về những trải nghiệm này? Bạn giải thích những điều đã xảy ra như thế nào?

11.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Ý tưởng liên hệ (mọi người có lẽ nhìn chằm chằm hoặc có lẽ cười nhạo bệnh nhân), những ý tưởng bị truy hại (mọi người có lẽ đối xử tệ với bệnh nhân). Niềm tin bất thường trong sức mạnh tâm linh, tinh thần, vật thể bay không xác định (UFO), hoặc niềm tin không thực tế vào khả năng của chính mình. Bệnh nhân không tin tưởng một cách mạnh mẽ, còn chút nghi ngờ.

Nhẹ: Như phần 2, nhưng mức độ biến dạng thực tế là nghiêm trọng hơn như được chỉ ra bởi ý tưởng rất không bình thường hoặc sự tin tưởng lớn hơn. Nội dung có thể là các hoang tưởng điển hình (thậm chí kỳ quái), nhưng không có niềm tin đầy

đủ. Hoang tưởng không có vẻ đã hình thành đầy đủ, nhưng coi như là lời giải thích cho một kinh nghiệm khác thường.

Trung bình: Có hoang tưởng nhưng bệnh nhân không bận tâm hoặc suy giảm chức năng. Có thể là một hoang tưởng được gói gọn hoặc một niềm tin vô lý được bệnh nhân xác nhận về trường hợp hoang tưởng trong quá khứ.

Tương đối nặng: Một hoặc nhiều hoang tưởng toàn vẹn với một số mối bận tâm hoặc một số lĩnh vực hoạt động bị gián đoạn bởi hoang tưởng.

Nặng: Một hoặc nhiều hoang tưởng toàn vẹn với nhiều mối bận tâm hoặc nhiều lĩnh vực hoạt động bị gián đoạn bởi hoang tưởng.

Rất nặng: Một hoặc nhiều hoang tưởng toàn vẹn với mối bận tâm gần như toàn bộ hoặc nhiều lĩnh vực hoạt động bị gián đoạn bởi hoang tưởng.

****Đánh giá mục 12-13 sau đây trên cơ sở tự báo cáo của bệnh nhân và hành vi quan sát được.***

12. Hành vi kỳ dị

Báo cáo về các hành vi kỳ lạ, bất thường, hoặc tội phạm do loạn thần. Không giới hạn thời gian phỏng vấn. Bao gồm các hành vi tình dục không phù hợp và giả bộ không thích hợp.

12.1. Câu hỏi

Bạn đã thực hiện điều gì làm thu hút sự chú ý của người khác?

Bạn đã thực hiện bất cứ điều gì có thể đã gặp rắc rối với cảnh sát?

Các bạn đã thực hiện bất cứ điều gì mà có vẻ bất thường hoặc quấy rối người khác?

12.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Hơi kỳ quặc hay hành vi lập dị, ví dụ như, thỉnh thoảng tự cười khúc khích, không thể tiếp xúc bằng mắt một cách thích hợp, dường như không thu hút sự chú ý của những người khác, hoặc hành vi bất thường được tiến hành trong kín đáo, ví dụ nghi thức vô thưởng vô phạt, mà không thu hút sự chú ý của người khác.

Nhẹ: Hành vi nơi công cộng đáng chú ý đặc biệt, ví dụ, nói chuyện lớn tiếng một cách không thích hợp, tiếp xúc bằng mắt một cách không thích hợp, hoặc hành vi kín đáo thỉnh thoảng, không thường xuyên, thu hút sự chú ý của những người khác, ví dụ: tích trữ thực phẩm, tiến hành nghi lễ bất thường, đeo găng tay trong nhà.

Trung bình: Hành vi kỳ lạ rõ rệt, thu hút hoặc sẽ thu hút (nếu được thực hiện một cách riêng tư) sự chú ý hoặc quan tâm của người khác, nhưng không có can thiệp điều chỉnh cần thiết. Hành vi diễn ra thường xuyên, ví dụ: nhìn chăm chăm vào

không gian trong vài phút, nói chuyện với tiếng nói, cười khúc khích, cười không phù hợp 1-2 lần, nói chuyện lớn tiếng.

Tương đối nặng: Hành vi kỳ lạ rõ rệt, thu hút hoặc sẽ thu hút (nếu được thực hiện riêng tư) sự chú ý kỳ lạ của người khác và chính quyền, ví dụ: nhìn chăm chăm, thường xuyên cười khúc khích không phù hợp, cười, đôi khi phản ứng với tiếng nói, hoặc ăn không có thực phẩm.

Nặng: Hành vi kỳ lạ thu hút sự chú ý của người khác và sự can thiệp của chính quyền, ví dụ, chỉ đạo giao thông, khoả thân nơi công cộng, nhìn chăm chăm vào không gian trong thời gian dài, tiến hành một cuộc trò chuyện với ảo giác, cười khúc khích, cười thường xuyên không phù hợp.

Rất nặng: Mắc tội phạm nghiêm trọng một cách kỳ lạ, thu hút sự chú ý của người khác và sự kiểm soát của chính quyền, ví dụ, đốt lửa và nhìn chăm chăm vào ngọn lửa, hoặc hành vi kỳ lạ gần như liên tục, ví dụ: cười, cười khúc khích không phù hợp, phản ứng chỉ với ảo giác và không ăn khớp với sự tương tác.

13. Không tự chăm sóc bản thân:

Vệ sinh, diện mạo, hoặc hành vi ăn uống dưới mức mong đợi bình thường, dưới tiêu chuẩn xã hội được chấp nhận hay đe dọa cuộc sống.

13.1. Câu hỏi

Chải chuốt của bạn gần đây như thế nào?

Bạn thay đổi quần áo có thường hay không?

Bạn có thường tắm không?

Có ai (cha mẹ, đồng nghiệp) phàn nàn về chải chuốt hoặc cách ăn mặc của bạn?

Bạn có thường xuyên ăn vào các bữa ăn không?

13.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Vệ sinh, diện mạo hơi thấp hơn tiêu chuẩn cộng đồng bình thường, ví dụ, áo sơ mi bỏ ngoài quần đùi, cởi khuy nút, dây giày không buộc, nhưng không gây hậu quả xã hội hoặc y tế.

Nhẹ: Vệ sinh, diện mạo thỉnh thoảng dưới tiêu chuẩn cộng đồng thông thường, ví dụ, không thường xuyên tắm rửa, quần áo được nhuộm màu, mái tóc không chải, đôi khi bỏ qua một bữa ăn quan trọng. Không có hậu quả xã hội hoặc y tế.

Trung bình: Vệ sinh, diện mạo dưới tiêu chuẩn cộng đồng thông thường một cách đáng chú ý, ví dụ, không tắm hay thay quần áo, quần áo rất bẩn, không chải tóc, cần nhắc nhở, dễ nhận thấy bởi những người khác hoặc không thường xuyên ăn uống có vấn đề y tế tối thiểu và gây hậu quả tối thiểu.

Tương đối nặng: Một số lĩnh vực vệ sinh, diện mạo dưới mức tiêu chuẩn bình thường của cộng đồng hoặc chải chuốt kém, thu hút những lời chỉ trích bởi người khác và đòi hỏi phải thường xuyên nhắc nhở.

Ăn uống thất thường và nghèo nàn, gây ra một số vấn đề y tế.

Nặng: Nhiều lĩnh vực của vệ sinh, diện mạo dưới các tiêu chuẩn cộng đồng thông thường, không luôn luôn tắm hoặc thay quần áo ngay cả nếu được nhắc nhở. Chải chuốt kém khiến xã hội tẩy chay ở trường, nơi cư trú, làm việc, hoặc phải can thiệp cần thiết. Ăn uống thất thường và kém dinh dưỡng, có thể yêu cầu can thiệp y tế.

Rất nặng: Hầu hết các lĩnh vực vệ sinh, diện mạo, dinh dưỡng cực kỳ nghèo nàn và dễ dàng nhận thấy dưới tiêu chuẩn cộng đồng thông thường và yêu cầu can thiệp y tế khẩn cấp, ngay lập tức.

14. Mất phương hướng

Không hiểu tình huống hoặc thông tin liên lạc, chẳng hạn như các câu hỏi được hỏi trong toàn bộ cuộc phỏng vấn BPRS, nhằm lẫn về người, địa điểm, hoặc thời gian. ***Đừng đánh giá nếu câu trả lời không chính xác do hoang tưởng.***

14.1. Câu hỏi

Bạn bao nhiêu tuổi?

Hôm nay ngày gì?

Nơi này được gọi là gì?

Bạn sinh năm nào?

Thủ tướng Chính phủ là ai?

14.2. Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Có vẻ lộn xộn hoặc nhầm lẫn nhẹ nhàng 1-2 lần trong cuộc phỏng vấn về định hướng người, địa điểm và thời gian.

Nhẹ: Thỉnh thoảng lộn xộn hoặc nhầm lẫn nhẹ nhàng 3-4 lần trong cuộc phỏng vấn. Không chính xác nhẹ về người, địa điểm, thời gian, ví dụ, sai hơn 2 ngày, hoặc nhận sai các bộ phận của bệnh viện hoặc trung tâm cộng đồng.

Trung bình: Hay nhầm lẫn trong quá trình phỏng vấn, không chính xác nhẹ về người, địa điểm, hoặc thời gian được lưu ý, như trong mục 3 nêu trên. Ngoài ra, có thể gặp khó khăn trong việc ghi nhớ chung thông tin, ví dụ, tên của Thủ tướng Chính phủ.

Tương đối nặng: Nhầm lẫn đáng kể trong quá trình phỏng vấn về người, địa điểm, hoặc thời gian. Thiếu chính xác đáng kể được ghi nhận, ví dụ, hơn một tuần, hoặc không thể cung cấp tên chính xác của bệnh viện. Có khó khăn khi ghi nhớ thông tin cá nhân, ví dụ, nơi sinh hay nhận ra những người quen thuộc.

Nặng: Mất phương hướng về người, địa điểm, thời gian, ví dụ, không thể cung cấp chính xác tháng và năm. Mất phương hướng 2 trong 3 lĩnh vực.

Rất nặng: Mất phương hướng về người, địa điểm, thời gian, ví dụ, không thể cung cấp tên hay tuổi tác. Mất phương hướng trong cả ba lĩnh vực.

** Đánh giá mục 15-24 trên cơ sở quan sát hành vi và lời nói.*

15. Rối loạn nhận thức:

Tùy mức độ, lời nói bị nhầm lẫn, bị ngắt kết nối, mơ hồ. Đánh giá sự xa rời chủ đề, chi tiết, đột ngột thay đổi chủ đề, rời rạc, không ăn khớp, tắt nghẽn, sáng tạo từ mới, và các rối loạn lời nói khác. Đừng đánh giá nội dung của lời nói.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Sự sử dụng kỳ lạ của các từ hoặc nói không mạch lạc, nhưng có thể hiểu được.

Nhẹ: Lời nói có một chút khó khăn để hiểu hoặc có ý nghĩa xa rời chủ đề, chi tiết, đột ngột thay đổi chủ đề.

Trung bình: Lời nói có khó hiểu do sự xa rời chủ đề, chi tiết, mang phong cách riêng, đột ngột thay đổi chủ đề trong nhiều trường hợp, hoặc 1-2 trường hợp các cụm từ không mạch lạc.

Tương đối nặng: Lời nói có khó hiểu do sự xa rời chủ đề, chi tiết, sáng tạo từ, tắt nghẽn, hoặc chủ đề thay đổi hầu hết thời gian, hoặc 3-5 trường hợp các cụm từ không mạch lạc.

6. Nặng: Lời nói không thể hiểu được vào hầu hết thời gian. Nhiều mục trong thang không thể được đánh giá.

7. Rất nặng: Lời nói không thể hiểu được trong suốt cuộc phỏng vấn.

16. Cảm xúc cùn mòn:

Hạn chế trong phạm vi biểu cảm cảm xúc của khuôn mặt, giọng nói và cử chỉ. Sự thờ ơ rõ rệt hoặc cảm xúc phẳng lặng, ngay cả khi thảo luận về chủ đề đau khổ. Trong trường hợp bệnh nhân khoái cảm hoặc loạn cảm, đánh giá sự cùn mòn cảm xúc nếu cảm xúc phẳng lặng rõ rệt.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Phạm vi cảm xúc được hạ nhẹ hoặc duy trì, nhưng hiển thị biểu cảm thích hợp trên mặt và giọng điệu của giọng nói còn trong giới hạn bình thường.

Nhẹ: Phạm vi cảm xúc bị giảm. Giai điệu giọng nói hơi đơn điệu.

Trung bình: Phạm vi cảm xúc giảm sút thấy rõ, cá nhân không thể hiện cảm xúc, mỉm cười hoặc phản ứng với chủ đề đau khổ, trừ khi thật hân hỷ. Giọng

nói đơn điệu hoặc có giảm hoạt động tự phát rõ. Hiện thị cảm xúc hoặc cử chỉ thường được theo sau bởi sự một trở lại của cảm xúc phẳng lặng.

Tương đối nặng: Phạm vi cảm xúc rất giảm sút, bệnh nhân không hiện thị cảm xúc, nụ cười, hoặc phản ứng với chủ đề đau khổ ngoại trừ mức độ tối thiểu, vài cử chỉ, biểu hiện khuôn mặt thường xuyên không thay đổi. Giọng nói đơn điệu trong phần lớn thời gian.

Nặng: Phạm vi hoặc biểu hiện cảm xúc rất ít. Lời nói và cử chỉ có tính chất máy móc trong hầu hết thời gian. Biểu hiện trên khuôn mặt không thay đổi. Giọng nói đơn điệu trong hầu hết thời gian.

Rất nặng: Hầu như không có nhiều cảm xúc hay biểu cảm, các cử động cứng nhắc. Giọng nói đơn điệu trong tất cả thời gian.

Sử dụng công cụ thăm dò sau *vào cuối của cuộc phỏng vấn* để đánh giá đáp ứng cảm xúc của bệnh nhân:

Bạn đã nghe nhiều câu chuyện cười trong thời gian gần đây?

Bạn có muốn nghe một câu chuyện đùa không?

17. Cảm xúc thu mình

Bệnh nhân thiếu sót khả năng liên kết cảm xúc trong tình huống phỏng vấn. Có một rào cản vô hình giữa bệnh nhân và người phỏng vấn. Bệnh nhân thu mình lại do các quá trình loạn thần.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Thiếu sự tham gia của cảm xúc thể hiện bởi sự thất bại không thường xuyên khi thực hiện ý kiến liên quan, bệnh nhân có bận tâm việc khác, hoặc mỉm cười một cách cứng nhắc, nhưng cam kết một cách tự nguyện tham gia phỏng vấn hầu hết thời gian.

Nhẹ: Thiếu sự tham gia của cảm xúc thể hiện bởi sự thất bại đáng kể khi thực hiện ý kiến liên quan, bệnh nhân có bận tâm việc khác, hoặc thiếu sự nhiệt tình, nhưng vẫn trả lời người phỏng vấn khi tiếp cận.

Trung bình: Tiếp xúc cảm xúc không hiện hữu nhiều trong cuộc phỏng vấn bởi vì bệnh nhân không trả lời, không tiếp xúc bằng mắt, dường như không quan tâm khi người phỏng vấn lắng nghe, hoặc có thể bị bận tâm do loạn thần.

Tương đối nặng: Tương tự như điểm 4, nhưng tiếp cận cảm xúc không hiện diện trong hầu hết cuộc phỏng vấn.

Nặng: Chủ động tránh sự tiếp cận cảm xúc. Thường xuyên không đáp ứng hoặc đáp ứng bằng câu trả lời có /không (không chỉ do hoang tưởng bị hại). Phản ứng cảm xúc chỉ tối thiểu.

Rất nặng: Kiên quyết tránh sự tiếp cận cảm xúc. Không phản hồi hoặc đáp ứng bằng câu trả lời có / không (không chỉ do hoang tưởng bị hại). Có thể trốn khỏi cuộc phỏng vấn, hoặc không trả lời gì cả.

18. Giảm vận động: Giảm mức năng lượng được chứng minh bởi các cử động và lời nói chậm lại, làm giảm ngôn ngữ cơ thể, giảm sự cử động tự phát của cơ thể. Đánh giá chỉ trên cơ sở quan sát hành vi của bệnh nhân. Không đánh giá trên cơ sở ấn tượng chủ quan của bệnh nhân. Đánh giá không kể tác dụng của thuốc.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Cử động hoặc lời nói của bệnh nhân hơi chậm lại hoặc giảm nhẹ so với hầu hết mọi người.

Nhẹ: Cử động hoặc lời nói của bệnh nhân chậm lại hoặc giảm đáng kể so với hầu hết mọi người.

Trung bình: Cử động hoặc lời nói của bệnh nhân chậm lại hoặc giảm nhiều.

Tương đối nặng: Hiếm khi di chuyển hoặc nói một cách tự nhiên, hoặc chuyển động cứng nhắc, máy móc.

Nặng: Không chuyển động hoặc nói chuyện trừ khi bị bắt buộc hoặc thúc giục.

Rất nặng: Đông lạnh, căng trương lực.

19. Tình trạng căng thẳng:

Biểu hiện của sự căng thẳng về thể chất và vận động có thể quan sát được, nóng nảy và kích động.

Căng thẳng do bệnh nhân tự báo cáo nên được đánh giá theo mục lo âu. Không đánh giá nếu bồn chồn chỉ do chứng đứng ngồi không yên, nhưng sẽ đánh giá nếu chứng đứng ngồi không yên càng trầm trọng hơn do sự căng thẳng.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Biểu lộ đứng ngồi không yên hơn so với hầu hết, nhưng trong phạm vi bình thường. Một vài dấu hiệu thoáng qua của căng thẳng, ví dụ, búng móng tay, vẩy chân, gãi da đầu nhiều lần hoặc đập ngón tay.

Nhẹ: Như điểm 2, nhưng có dấu hiệu thường xuyên hơn hoặc phóng đại của sự căng thẳng.

Trung bình: Nhiều và thường xuyên có dấu hiệu căng thẳng vận động với một hoặc nhiều dấu hiệu đôi khi xảy ra đồng thời, ví dụ như vẩy chân trong khi vẩy tay với nhau. Có khi không có dấu hiệu của sự căng thẳng.

Tương đối nặng: Dấu hiệu nhiều và thường xuyên của căng thẳng vận động với một hoặc nhiều dấu hiệu thường xảy ra đồng thời. Hiếm khi không có dấu hiệu căng thẳng.

Nặng: Tương tự như điểm 5, nhưng dấu hiệu của sự căng thẳng liên tục.

Rất nặng: Nhiều biểu hiện vận động của sự căng thẳng liên tục, ví dụ, liên tục nhíp và vát tay.

20. Không hợp tác:

Phản kháng và thiếu sẵn sàng hợp tác với cuộc phỏng vấn. Sự không hợp tác có thể là kết quả của sự nghi ngờ. Đánh giá sự không hợp tác liên quan đến cuộc phỏng vấn, không phải là hành vi, bao gồm hợp tác với bạn bè và người thân.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Hiện thị các dấu hiệu phi ngôn ngữ của sự miễn cưỡng, nhưng bệnh nhân không khiếu nại hoặc tranh luận.

Nhẹ: Cứ phàn nàn hoặc cố gắng để tránh thực hiện đúng, nhưng cứ tiếp tục hợp tác mà không có tranh luận.

Trung bình: Qua lời nói thì chống lại, nhưng cuối cùng cũng tuân thủ sau khi câu hỏi được nói lại hoặc lặp lại.

Tương đối nặng: Tương tự điểm 4, nhưng một số thông tin cần thiết để đánh giá sự không hợp tác một cách chính xác thì bị từ chối.

Nặng: Từ chối hợp tác với các cuộc phỏng vấn, nhưng vẫn còn trong bối cảnh cuộc phỏng vấn.

Rất nặng: Tương tự điểm 6, với những nỗ lực tích cực để thoát khỏi các cuộc phỏng vấn.

21. Kích động

Mức độ cảm xúc cao hoặc tăng phản ứng cảm xúc đối với người phỏng vấn hoặc các chủ đề được thảo luận, bằng chứng là cường độ tăng của nét mặt, giọng nói, cử chỉ biểu cảm hoặc tăng tốc độ và số lượng lời nói.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Tinh tế và thoáng qua hoặc có vấn đề gia tăng về cường độ cảm xúc.

Nhẹ: Tinh tế nhưng liên tục gia tăng về cường độ cảm xúc. Ví dụ, sử dụng sinh động của cử chỉ và sự thay đổi trong giai điệu giọng nói.

Trung bình: Gia tăng rõ ràng nhưng không thường xuyên cường độ cảm xúc. Ví dụ, phản ứng với người phỏng vấn hoặc các chủ đề được thảo luận với cường độ cảm xúc đáng chú ý. Lời nói bị thúc ép.

Tương đối nặng: Gia tăng rõ ràng và liên tục về cường độ cảm xúc. Ví dụ, phản ứng với nhiều kích thích, mặc dù có liên quan hay không, với cường độ cảm xúc đáng kể. Lời nói thường xuyên bị thúc ép.

Nặng: Sự gia tăng về cường độ cảm xúc đáng kể. Ví dụ, phản ứng với hầu hết các kích thích bằng cường độ cảm xúc không thích hợp. Có khó khăn trong việc làm lắng dịu xuống hoặc duy trì công việc. Thường ngồi không yên, bốc đồng, lời nói thường bị thúc ép.

Rất nặng: Sự gia tăng đáng kể và liên tục về cường độ cảm xúc. Phản ứng với tất cả các kích thích bằng cường độ không phù hợp, tính bốc đồng. Không thể lắng dịu lại hoặc duy trì công việc. Rất hiếu động và bốc đồng trong hầu hết thời gian. Lời nói bị thúc ép liên tục.

22. Đãng trí:

Mức độ mà chuỗi lời nói và hành động quan sát được bị gián đoạn bởi các kích thích không liên quan đến cuộc phỏng vấn. Đãng trí được đánh giá khi bệnh nhân cho thấy sự thay đổi trong trọng tâm của sự chú ý, đặc trưng bởi một sự tạm dừng trong lời nói hoặc đánh dấu một sự chuyển dịch trong ánh mắt. Sự chú ý của bệnh nhân có thể được kéo về một phía, ví dụ: có tiếng ồn trong phòng liền kề, sách trên kệ sách, áo quần của người phỏng vấn. Không đánh giá sự bất ngờ, nói xa rời chủ đề hoặc ý tưởng viển vông.

Ngoài ra, không đánh giá sự nghiền ngẫm ảo tưởng.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Nói chung, có thể tập trung vào câu hỏi của người phỏng vấn với chỉ có một sự đãng trí, hoặc sự thay đổi không phù hợp của sự chú ý trong thời gian ngắn.

Nhẹ: Bệnh nhân thay đổi trọng tâm của sự chú ý đến vấn đề không liên quan đến cuộc phỏng vấn 2-3 lần.

Trung bình: Đáp ứng với kích thích không thích hợp trong phòng, ví dụ, tránh cái nhìn từ người phỏng vấn.

Tương đối nặng: Tương tự như trên, nhưng sự đãng trí gây cản trở rõ rệt vào dòng chảy của cuộc phỏng vấn.

Nặng: Đặc biệt khó khăn để tiến hành phỏng vấn hoặc theo đuổi một chủ đề do môi bận tâm của bệnh nhân với kích thích không liên quan.

Rất nặng: Không thể tiến hành cuộc phỏng vấn do bệnh nhân bận tâm về những kích thích không thích hợp.

23. Tăng hoạt động, vận động:

Tăng mức năng lượng được chứng minh trong hoạt động một cách thường xuyên hơn, nói nhanh. Không đánh giá nếu đứng ngồi không yên do thuốc.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Một số bồn chồn, khó ngồi yên, nét mặt sinh động, hoặc phần nào nói nhiều.

Nhẹ: Đôi khi rất bồn chồn, gia tăng rõ rệt trong động cơ hoạt động, cử chỉ sống động, 1-3 lần (trong quá trình khám), lời nói bị thúc ép.

Trung bình: Đứng ngồi không yên, quá nhiều biểu cảm trên mặt, hoặc vận động lặp lại không cần thiết. Lời nói bị thúc ép nhiều, chiếm một phần ba của cuộc phỏng vấn.

Tương đối nặng: Thường bồn chồn, ngồi không yên. Nhiều vận động lặp lại không cần thiết. Di chuyển hầu hết thời gian. Lời nói bị thúc ép thường xuyên, khó khăn để gián đoạn.

Nặng: Hoạt động tăng cường, bồn chồn, ngồi không yên, ồn ào..., suốt trong hầu hết cuộc phỏng vấn. Lời nói chỉ có thể bị gián đoạn với nhiều nỗ lực.

Rất nặng: Vận động tăng cường liên tục trong suốt toàn bộ cuộc phỏng vấn, ví dụ nhịp chân liên tục, lời nói liên tục bị thúc ép không có tạm dừng, bệnh nhân chỉ có thể bị gián đoạn trong một thời gian ngắn và chỉ một số lượng nhỏ thông tin liên quan có thể nhận được.

24. Dáng vẻ cầu kỳ và điệu bộ:

Hành vi bất thường và kỳ quái, hành vi và vận động có vẻ điệu bộ, hoặc bất kỳ tư thế nào rõ ràng cũng không thoải mái hay không phù hợp. Loại trừ các biểu hiện rõ ràng của tác dụng phụ của thuốc. Không bao gồm các dáng vẻ cầu kỳ do bực dọc mà không phải là kỳ lạ hay bất thường.

Đánh giá cho điểm:

Không có: bệnh nhân không biểu hiện gì bất thường.

Rất nhẹ: Dáng vẻ cầu kỳ, kỳ lạ và lệch tâm hoặc vận động mà người bình thường sẽ khó giải thích, ví dụ, nhăn nhó, búng ngón tay. Quan sát thấy một lần trong một khoảng thời gian ngắn.

Nhẹ: Như điểm 2, nhưng xảy ra hai lần trong thời gian ngắn.

Trung bình: Dáng vẻ cầu kỳ và điệu bộ, ví dụ, hành vi và vận động có vẻ điệu bộ, hành vi bập bênh, gật đầu, cọ xát, hoặc nhăn nhó, quan sát thấy nhiều lần trong thời gian ngắn hoặc không thường xuyên nhưng rất kỳ quặc. Ví dụ, tư thế không thoải mái duy trì trong 5 giây quá hai lần.

Tương đối nặng: Tương tự như điểm 4, nhưng xảy ra thường xuyên, hoặc một số lần ví dụ như, dáng vẻ cầu kỳ, rất kỳ quặc hay điệu bộ mang phong cách riêng của cá nhân.

Nặng: Hành vi rập khuôn, thường xuyên duy trì không thoải mái hoặc tư thế không thích hợp, cọ xát, bôi xấu, nghi thức kỳ lạ hoặc điệu bộ thái nhĩ. Bệnh nhân có thể tương tác với con người và môi trường trong thời gian ngắn mặc dù có hành vi như trên.

Rất nặng: Tương tự như điểm 6, nhưng bệnh nhân không thể tương tác với con người hoặc môi trường do những hành vi này.

TỜ GHI KẾT QUẢ THANG BPRS

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ: Chẩn đoán: Ngày điền phiếu:

Stt	Nội dung	Điểm	Stt	Nội dung	Điểm
1	Lo lắng về cơ thể		13	Không tự chăm sóc bản thân	
2	Lo âu		14	Mất phương hướng	
3	Trầm cảm		15	Rối loạn nhận thức	
4	Tự sát		16	Cảm xúc cùn mòn	
5	Cảm giác tội lỗi		17	Cảm xúc thu mình	
6	Thù địch		18	Giảm vận động	
7	Khí sắc hưng phấn		19	Tình trạng căng thẳng	
8	Tự cao		20	Không hợp tác	
9	Sự nghi ngờ		21	Kích động	
10	Ảo giác		22	Đãng trí	
11	Nội dung tư duy kỳ lạ		23	Tăng hoạt động, vận động	
12	Hành vi kỳ dị		24	Dáng vẻ cầu kỳ và điệu bộ	
Tổng điểm					

***Cách cho điểm từng mục:** (1) Không có; (2) Tối thiểu; (3) Nhẹ; (4) Trung bình; (5) Trung bình nặng; (6) Nặng; (7) Rất nặng.

19. TRẮC NGHIỆM TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental State Exam -MMSE), hay còn gọi là thang Folstein, là một thang phỏng vấn rút gọn bao gồm 30 câu hỏi nhằm đánh giá mức độ chức năng nhận thức của người già. MMSE là thang được Kurlowics L. và cộng sự xây dựng và giới thiệu lần đầu tiên tại Mỹ năm 1975. MMSE thường được sử dụng để đánh giá chứng mê sảng hoặc mất trí ở người già. Ngoài ra, MMSE cũng được sử dụng để phát hiện sự suy giảm chức năng nhận thức của các cá nhân; theo dõi tiến triển, và đáp ứng với điều trị của người bệnh.

MMSE đánh giá sáu lĩnh vực nhận thức: định hướng, chú ý, trí nhớ gần, khả năng ghi nhận, ngôn ngữ và năng lực làm theo những mệnh lệnh bằng chữ hoặc bằng lời đơn giản.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chỉ định sàng lọc và đánh giá chức năng nhận thức

Đánh giá tiến triển trong điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu hướng dẫn: “Sau đây tôi sẽ hỏi ông/bà một số câu và yêu cầu ông/bà thực hiện một vài yêu cầu nhằm đánh giá tình trạng nhận thức của mình”.

Trong quá trình phỏng vấn, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách trả lời của người bệnh để bổ sung thông tin; hoàn thành đánh giá trắc nghiệm một cách khách quan

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Quy ước: Tính tổng số điểm của các mục theo tờ ghi trắc nghiệm MMSE.

Tiến hành đánh giá theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ tâm thần tối thiểu

MMSE	Điểm đánh giá
Không có suy giảm nhận thức	≥ 24
Suy giảm nhận thức nhẹ	20 – 23
Suy giảm nhận thức vừa	14 – 19
Suy giảm nhận thức nặng	≤ 13

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR: “Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.” Journal of Psychiatry Researches. 1975;12:189-198.
2. Margit L. Bleecker, MD, PhD; Karen Bolla-Wilson, PhD; Claudia Kawas et al (1988). Age-specific norms for the Mini-Mental State Exam. NEUROLOGY 38:1565-1568

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)

Họ tên BN:.....Tuổi:.....Giới tính:.....Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ:.....Ngày điền phiếu:.....

A. Định hướng:

1. Hôm nay là thứ mấy?
...../1đ
 2. Hôm nay là ngày bao nhiêu?
...../1đ
 3. Tháng này là tháng mấy?
...../1đ
 4. Năm nay là năm nào? (Âm lịch hoặc dương lịch)
...../1đ
 5. Mùa này là mùa gì? (nắng/mưa? Xuân/hạ/thu/đông?)
...../1đ
 6. Chỗ này là chỗ nào (ở bv, tên?)
...../1đ
 7. Khoa gì? Tầng mấy?
...../1đ
 8. Tỉnh, thành phố?
...../1đ
 9. Miền nào? (Bắc/Trung/Nam?)
...../1đ
 10. Nước nào?
...../1đ
- **Ghi nhớ:** Nói to, rõ tên 3 từ, sau đó yêu cầu lặp lại
 - Con mèo
...../1đ
 - Cây lúa
...../1đ
 - Đồng xu
...../1đ

Sau đó nhắc BN nhớ đề lát sau hỏi lại.

B Sự tập trung và tính toán: Làm phép toán trừ 7 liên tiếp

- $100 - 7 = ?$ (93) (G)
...../1đ

- $93 - 7 = ?$ (86) (N)
...../1đ
- $86 - 7 = ?$ (79) (Ô)
...../1đ
- $79 - 7 = ?$ (72) (H)
...../1đ
- $72 - 7 = ?$ (65) (K)
...../1đ

Nếu BN không làm được phép toán trừ, yêu cầu đọc các chữ cái ngược của từ KHÔNG

C. Nhớ lại:

- Yêu cầu lặp lại 3 từ đã thuộc ở trên (không cần theo thứ tự)
...../3đ

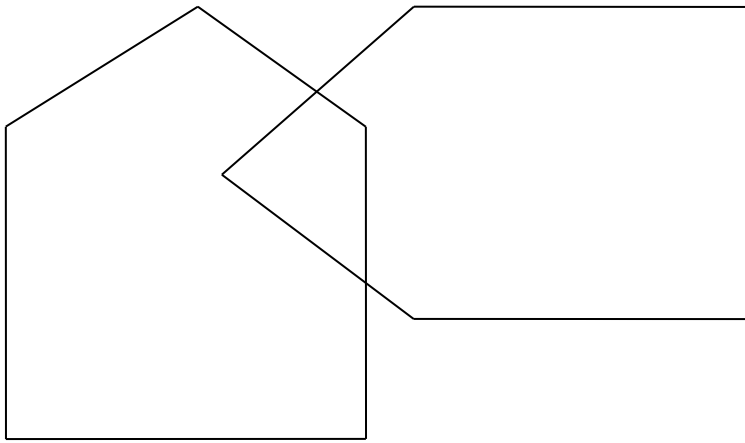
D. Ngôn ngữ

- Đưa và yêu cầu nói tên đồ vật (Hỏi cái này gọi là gì?)

Đồng hồ Cây viết
...../2đ

- Yêu cầu lặp lại câu (1 lần): “*Không có nêu và hoặc nhưng mãi*”
...../1đ
- Yêu cầu thực hiện động tác: (Mỗi động tác đúng cho 1đ)
- “*Cầm tờ giấy bằng tay phải, gấp đôi lại, rồi đưa cho tôi*”
...../3đ
- Yêu cầu đọc thầm và thực hiện mệnh lệnh đã in sẵn trên giấy:
“*Hãy nhắm mắt lại*”
...../1đ

- “*Hãy viết một câu tùy ý*” (cho 1đ nếu câu có nghĩa, đủ chủ, vị)
...../1đ
- Yêu cầu vẽ lại 2 hình ngũ giác giao nhau
...../1đ



20. TRẮC NGHIỆM KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn Raven (Raven's Progressive Matrices) được J.C. Raven (Anh) xây dựng năm 1936, là trắc nghiệm phi ngôn ngữ đánh giá trí thông minh chủ yếu trên 3 quá trình: chú ý, tri giác và tư duy. Trắc nghiệm được xây dựng trên hai lý thuyết: lý thuyết về tri giác hình thể của Gestal và lý thuyết tân phái sinh của Spearman. Vì là trắc nghiệm phi ngôn ngữ nên Raven phù hợp để đánh giá các đối tượng có trình độ học vấn, kinh nghiệm sống và các độ tuổi khác nhau. Raven được dùng để phát hiện các năng lực hệ thống hoá nhất định trong tư duy, năng lực tư duy logic và năng lực vạch ra những mối liên hệ tồn tại giữa các sự vật và hiện tượng. Raven có hai phiên bản; phiên bản dành cho người lớn và phiên bản dành cho người già và trẻ em.

Raven bản đen trắng (dành cho 12 tuổi trở lên) gồm 60 hình chia thành 5 nhóm bài tập, mỗi nhóm bài tập gồm 12 câu hỏi bắt đầu từ dễ đến khó; nhóm sau khó hơn nhóm trước và bản có màu (dành cho trẻ 11 tuổi trở xuống) bao gồm 36 câu. Trong bản đen trắng có Loạt A tìm tính liên tục và trọn vẹn của cấu trúc; Loạt B tìm sự giống nhau giữa các cặp hình; Loạt C tìm những thay đổi tiếp diễn trong các cấu trúc; Loạt D tìm sự đổi chỗ của các hình và Loạt E tìm sự chia tách hình tổng thể thành các bộ phận. Người bệnh được hướng dẫn cách chọn đáp án đúng cho mỗi hình ở hai hình đầu tiên của loạt A đến khi hiểu cách làm và cấu trúc của hình. Từ hình thứ ba trở đi, người bệnh không được hướng dẫn thêm.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc và đánh giá chỉ số trí tuệ cho độ tuổi từ 4 tuổi trở lên.

Đánh giá tiên triền trong điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa/ điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ Trắc nghiệm RAVEN, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

45-65 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu hướng dẫn với trẻ 12 tuổi trở lên: “Đây là bản trắc nghiệm đánh giá trí tuệ bao gồm 60 câu bằng những hình đen trắng. Mỗi một câu hỏi có một hình, trong đó bị khuyết mất 1 ô trống. Anh/chị hãy chọn 1 ô trong 6 ô dưới đây để lắp vào chỗ trống đó sao cho đầy đủ và phù hợp với nền của hình làm đầy đủ và không bỏ sót bất kỳ câu nào”.

Câu hướng dẫn với trẻ từ 11 tuổi trở xuống: “Đây là bản trắc nghiệm đánh giá trí tuệ bao gồm 36 câu bằng những hình có màu. Mỗi một câu hỏi có một hình, trong đó bị khuyết mất 1 ô trống. Cháu hãy chọn 1 ô trong 6 ô dưới

đây để lắp vào chỗ trống đó sao cho đầy đủ và phù hợp với nền của hình làm đầy đủ và không bỏ sót bất kỳ câu nào”.

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN (**Phần phụ lục**).

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý:

Cần hướng dẫn và quan sát bệnh nhân làm đúng 2 câu đầu tiên, sau đó bệnh nhân tự làm các câu còn lại.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Đối chiếu kết quả của người bệnh với đáp án. Mỗi bài tập giải đúng được tính 1 điểm.

Tính tổng điểm của từng loạt bài và của cả trắc nghiệm. Lưu ý ở mỗi loạt bài, khi người bệnh trả lời sai 3 câu liên tiếp, dừng tính điểm cho các câu tiếp theo của loạt bài đó, chỉ tính những câu đúng phía trên, chuyển sang loạt bài khác.

Đối chiếu với bảng điểm kỳ vọng. Kết quả được xem là đủ độ tin cậy nếu sự chênh lệch ở từng loạt bài không vượt quá 2 và tổng các chênh lệch không vượt quá 6. Tuy nhiên trong lâm sàng, nếu có sự chênh lệch quá lớn so với phân bố chuẩn thì nên có những khảo sát cần thiết khác để xác định nguyên nhân.

Từ điểm tổng, tra bảng tham chiếu độ tuổi để xác định tỷ lệ phần trăm.

Từ tỷ lệ phần trăm tra bảng tham chiếu để có chỉ số IQ.

Tiến hành đối chiếu chỉ số IQ lên bảng tham chiếu mức độ IQ

Bảng tham chiếu mức độ IQ

RAVEN	Điểm đánh giá	Kết quả
Chỉ số rất xuất sắc	≥ 130	
Chỉ số xuất sắc	120 – 129	
Chỉ số thông minh	110 – 119	
Chỉ số trung bình	90 – 109	
Chỉ số dưới trung bình	80 – 89	
Trạng thái ranh giới	70 – 79	

Có khuyết tật trí tuệ	≤ 69	

Đối với các trường hợp có khuyết tật trí tuệ, tiến hành phỏng vấn, đánh giá thêm để xác định mức độ khuyết tật trí tuệ. Đánh giá mức độ khuyết tật trí tuệ theo **“Bảng phân loại và đặc điểm của Người chậm phát triển tâm thần”** (Kisler, 1964) (Phụ lục).

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

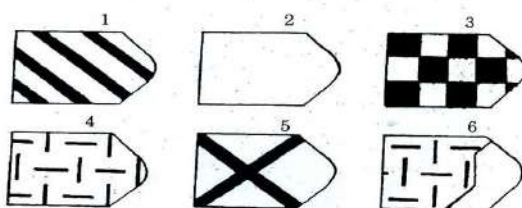
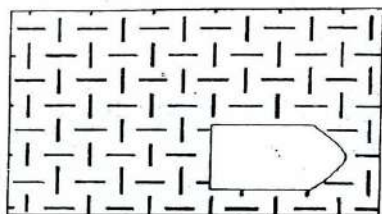
1. Raven, J. (1981). Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Research Supplement No.1: The 1979 British Standardization of the Standard Progressive Matrices and Mill Hill Vocabulary Scales, Together With Comparative Data From Earlier Studies in the UK, US, Canada, Germany and Ireland. San Antonio, Texas: Harcourt Assessment.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

PHỤ LỤC TRẮC NGHIỆM KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN

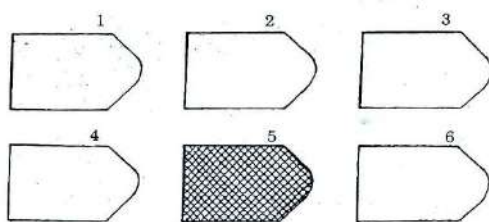
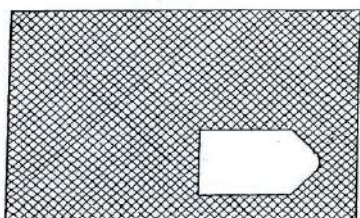
Bộ hình Raven Đen trắng

SET A

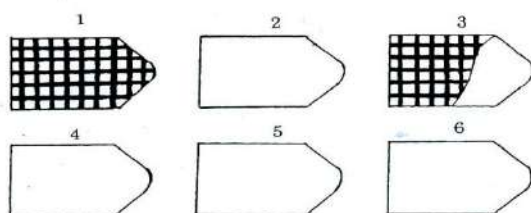
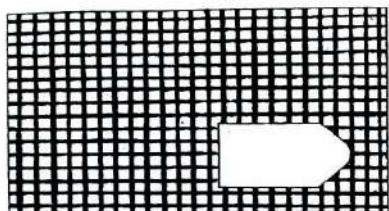
A₁

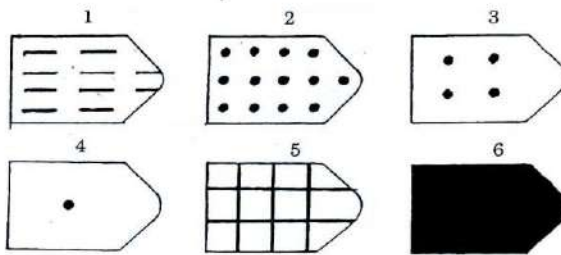
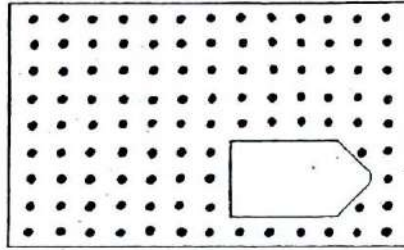
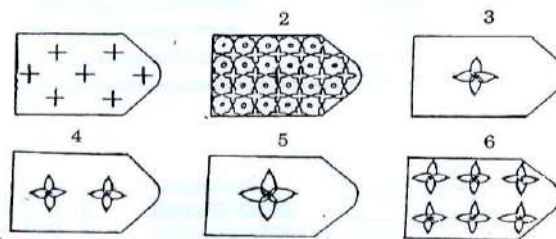
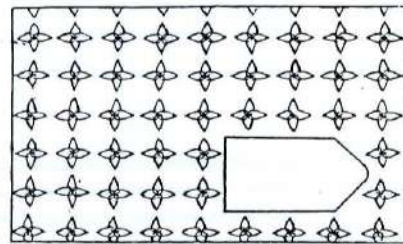
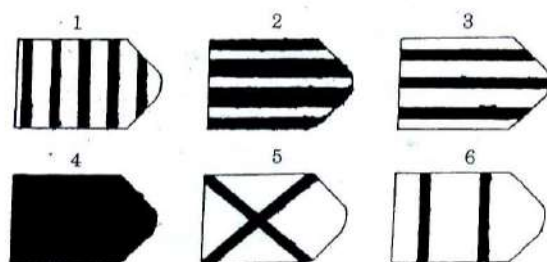
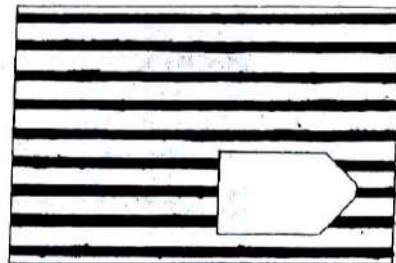


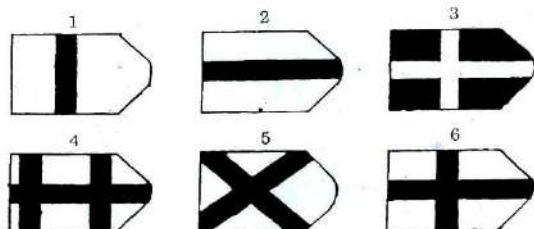
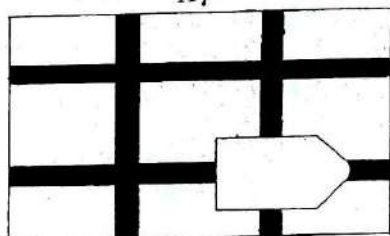
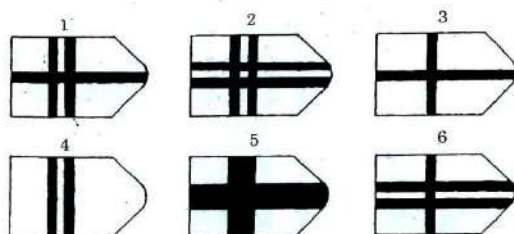
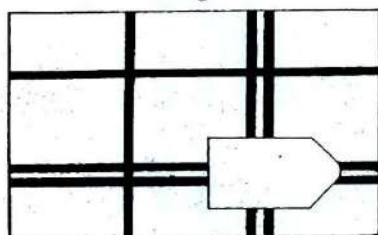
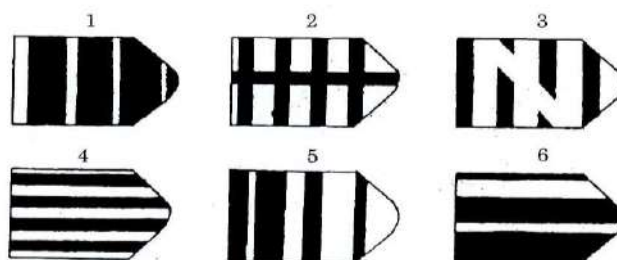
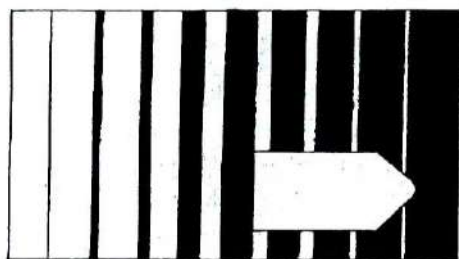
A₂

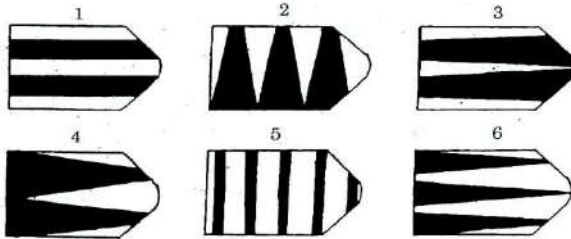
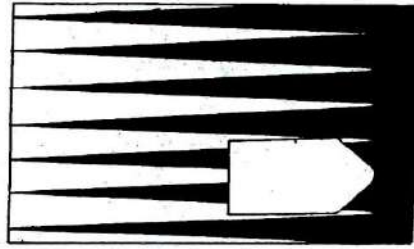
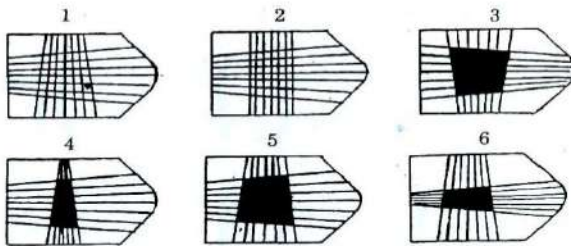
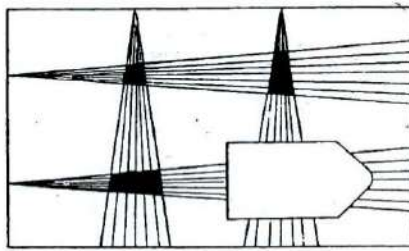
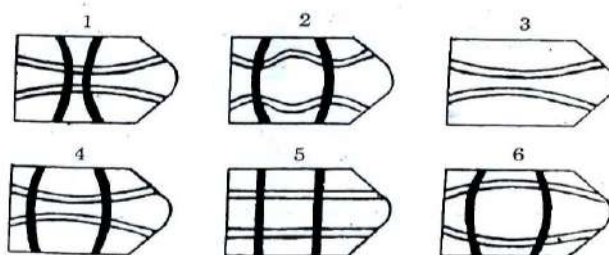
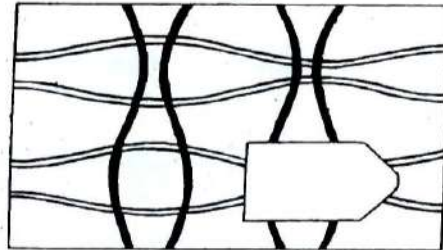


A₃

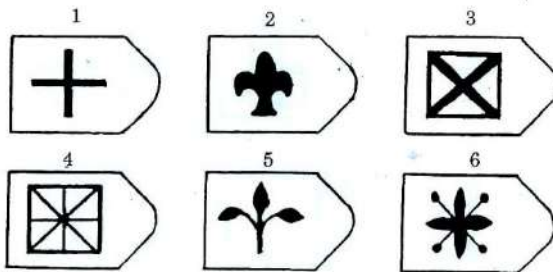
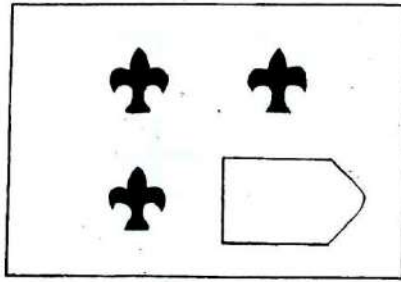
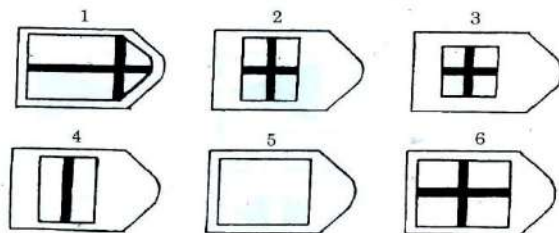
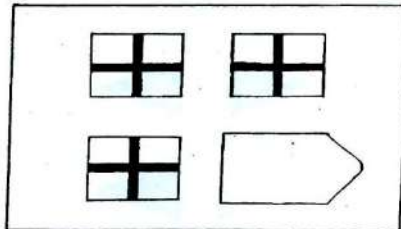
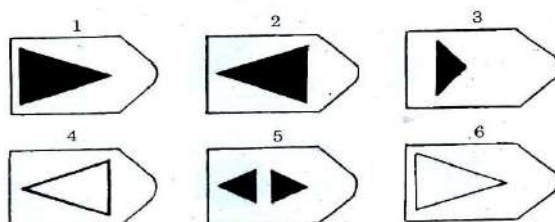
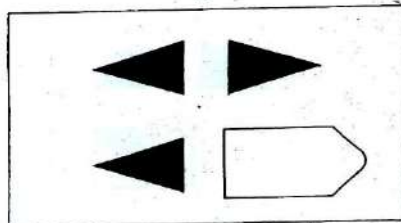


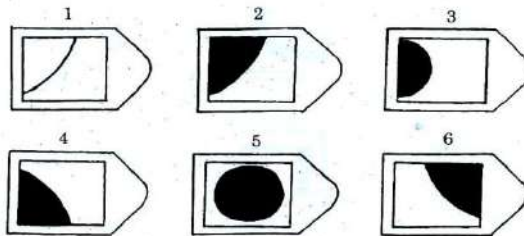
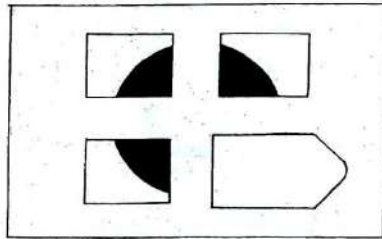
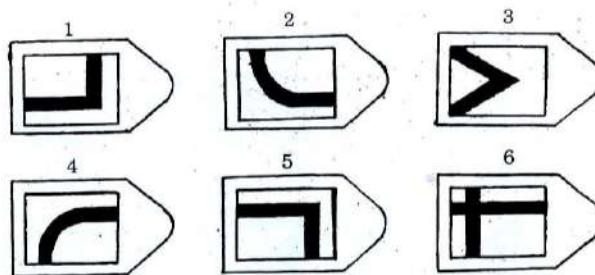
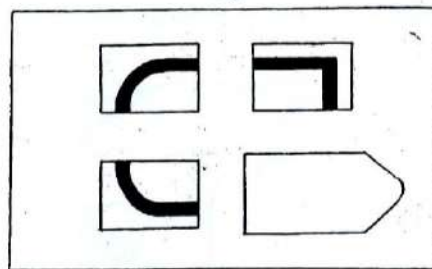
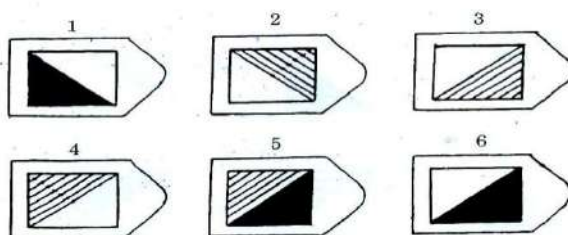
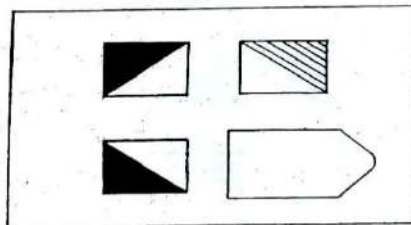
A₄A₅A₆

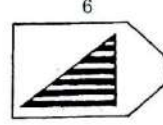
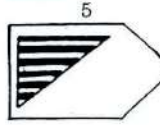
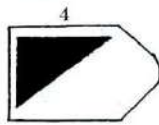
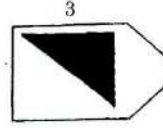
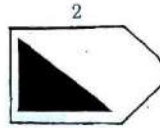
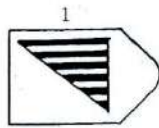
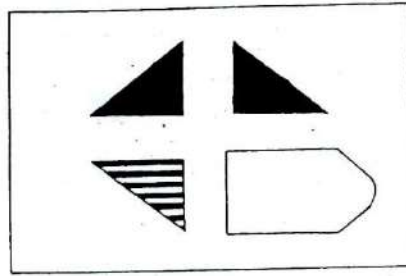
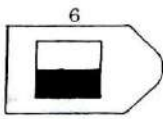
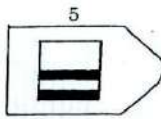
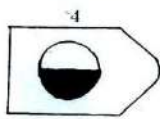
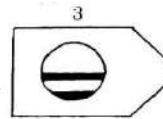
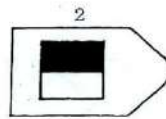
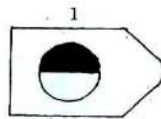
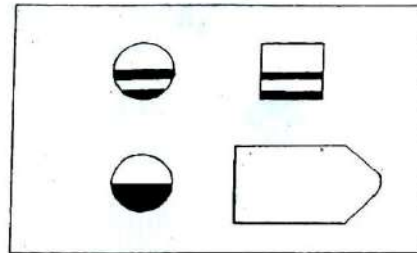
A₇A₈A₉

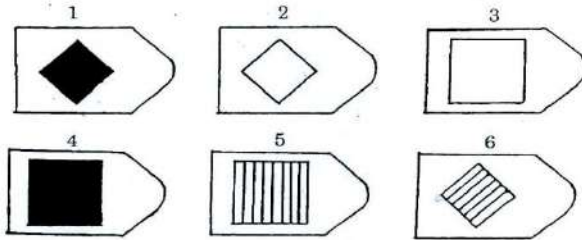
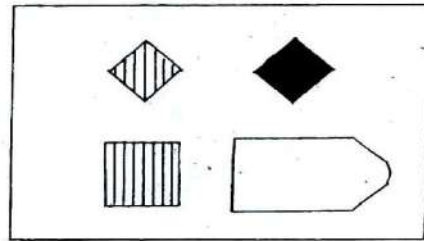
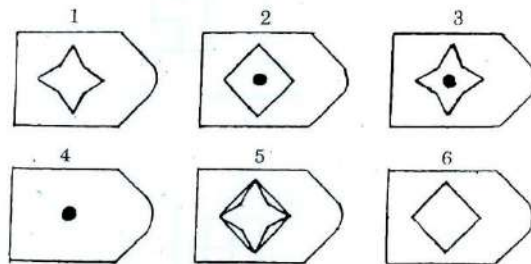
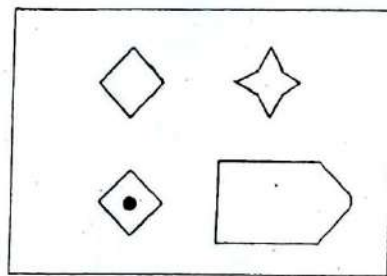
A_{10}  A_{11}  A_{12} 

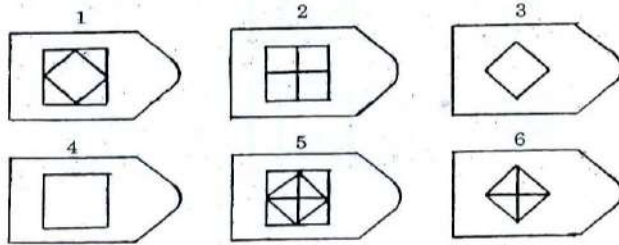
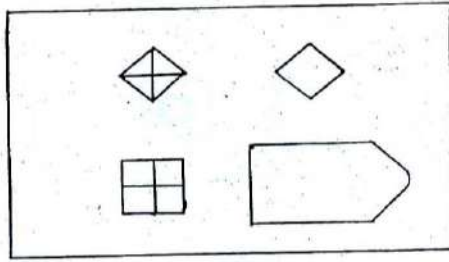
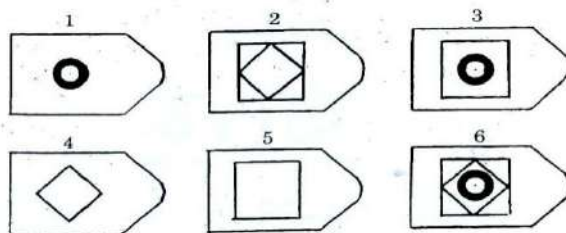
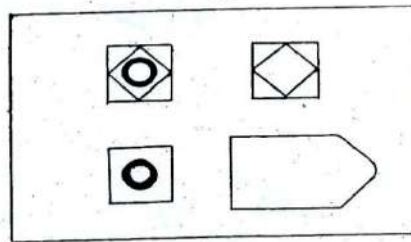
SET B

 B_1  B_2  B_3 

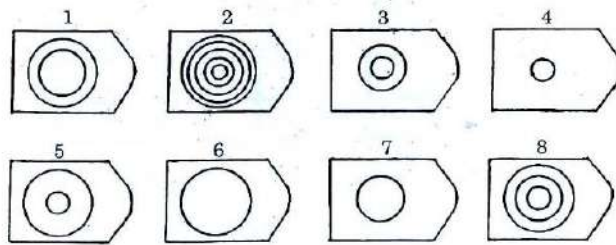
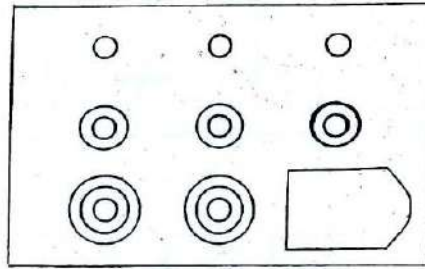
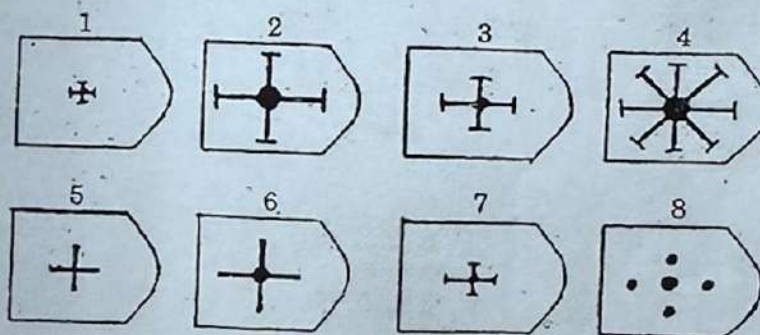
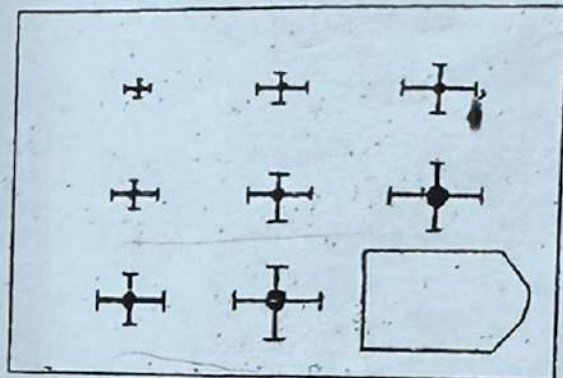
B₄B₅B₆

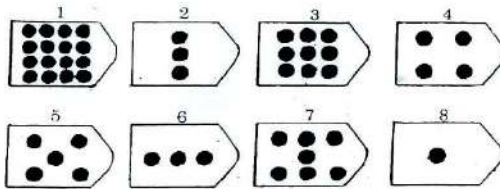
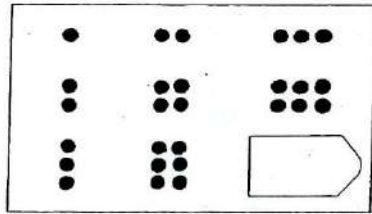
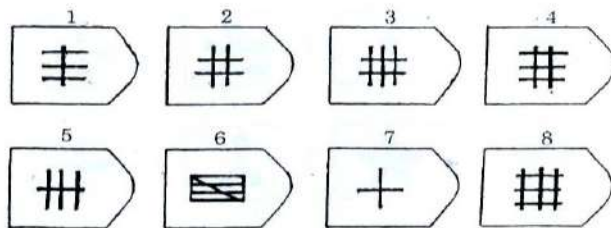
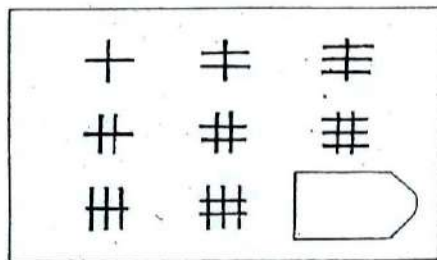
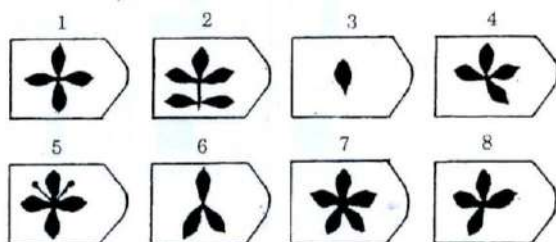
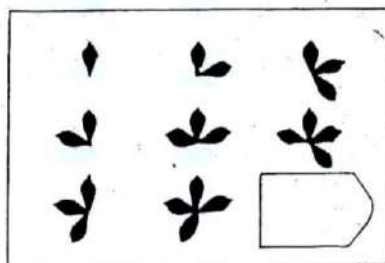
B₇B₈

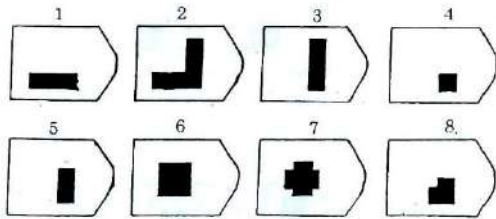
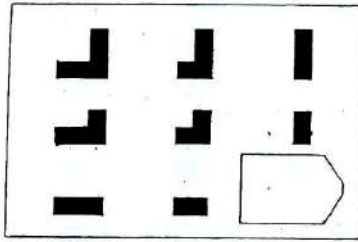
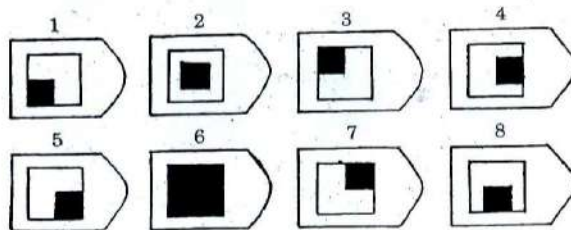
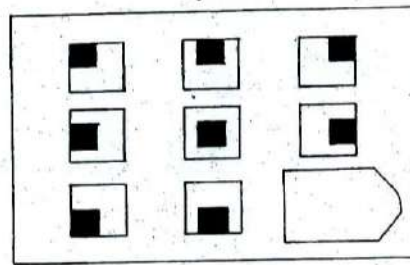
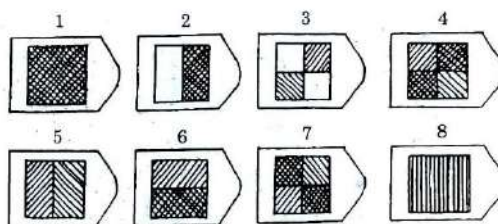
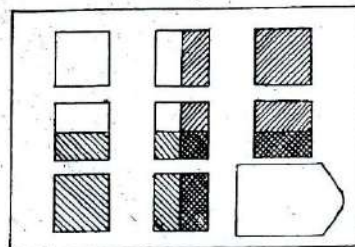
B_9  B_{10} 

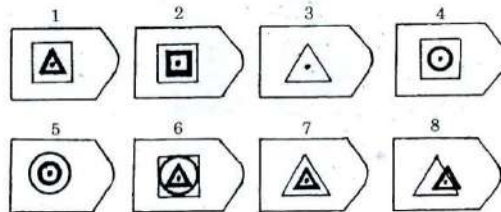
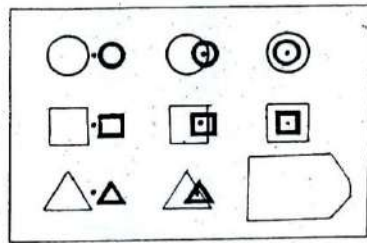
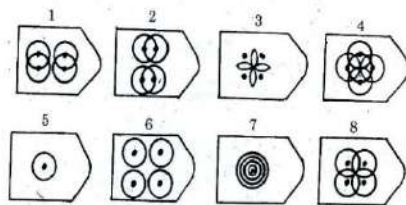
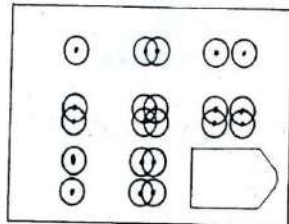
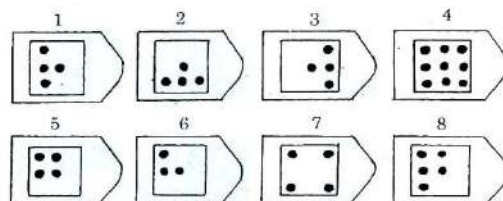
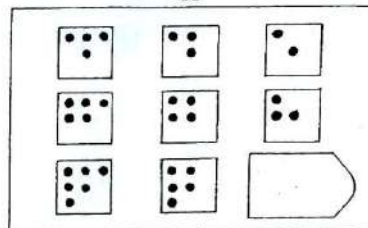
B₁₁B₁₂

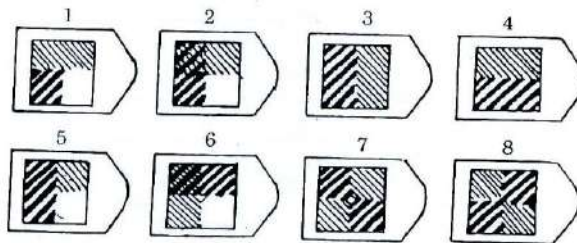
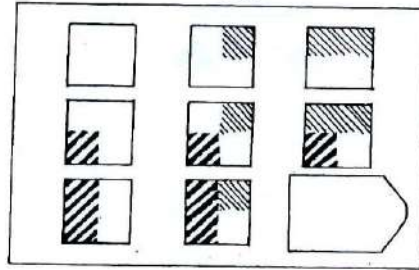
SET C

C₁C₂

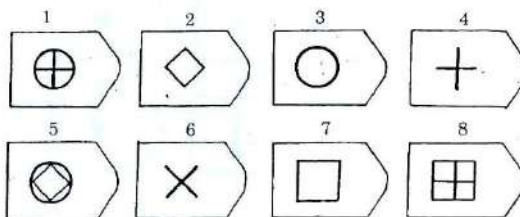
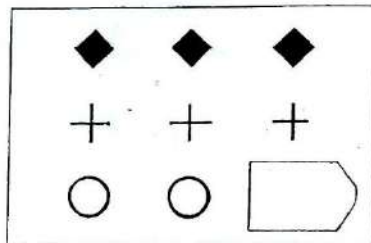
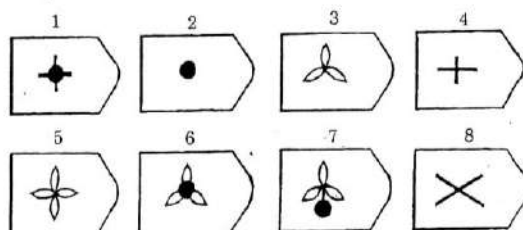
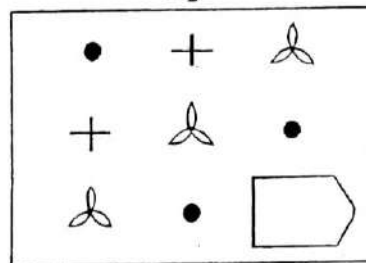
C₃C₄C₅

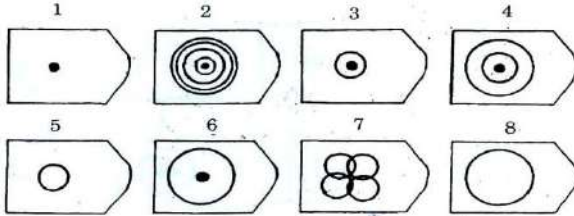
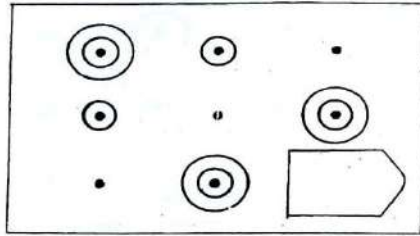
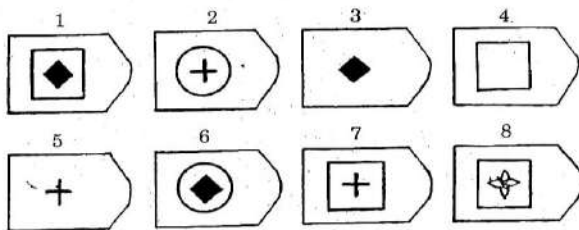
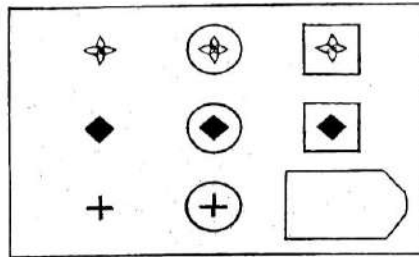
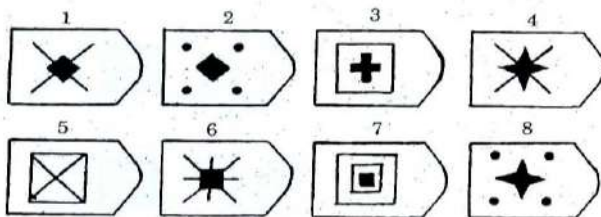
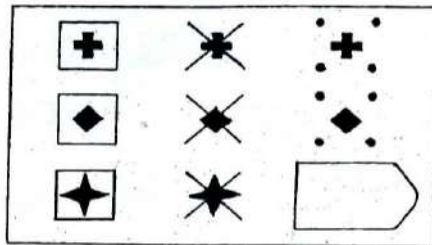
C₆C₇C₈

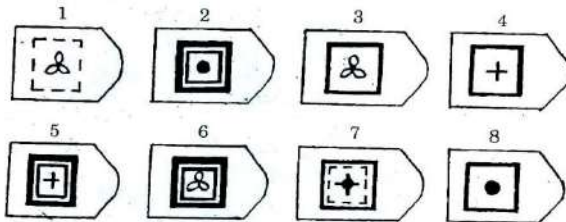
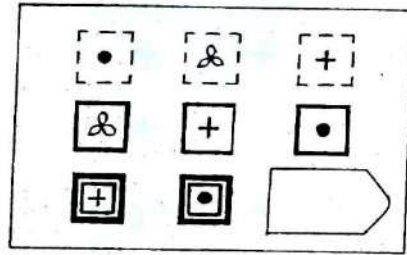
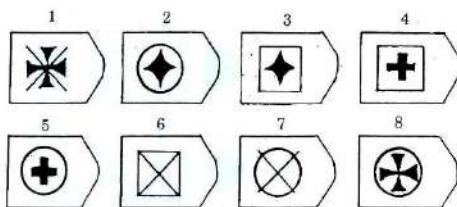
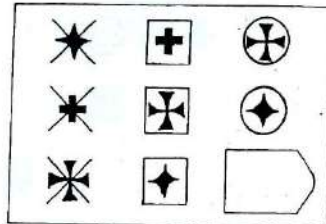
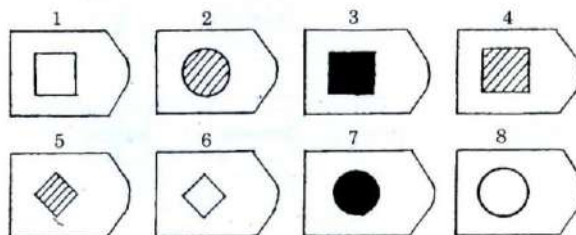
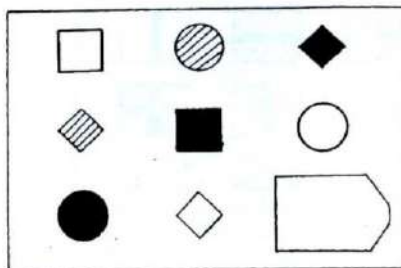
C₉C₁₀C₁₁

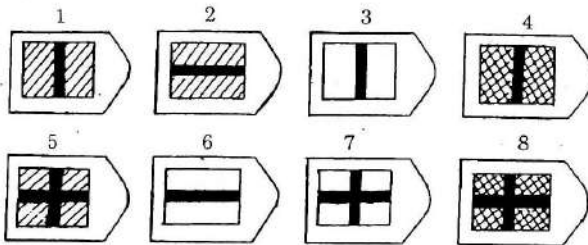
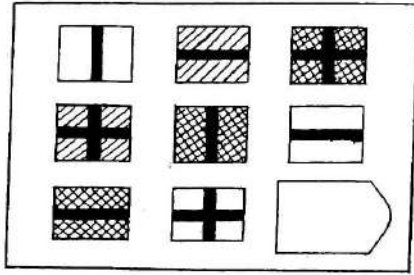
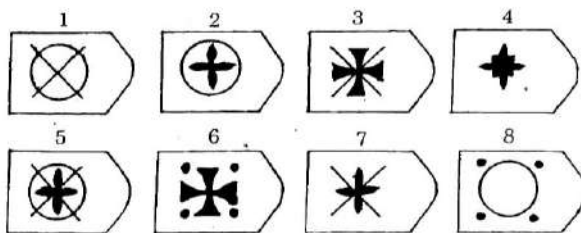
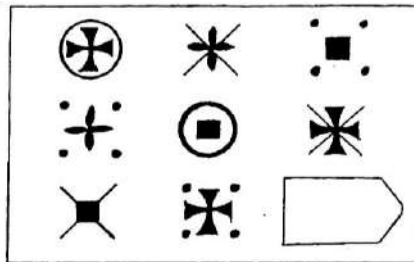
C₁₂

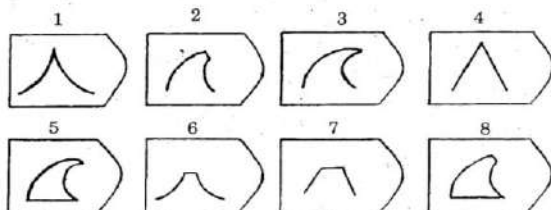
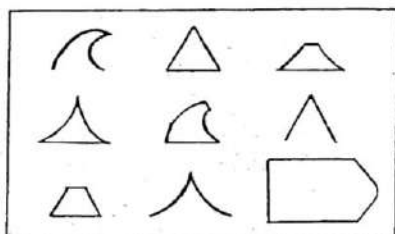
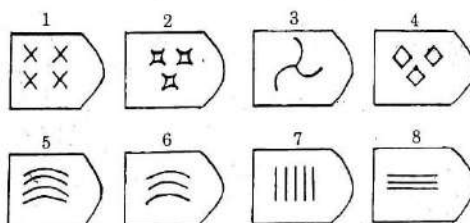
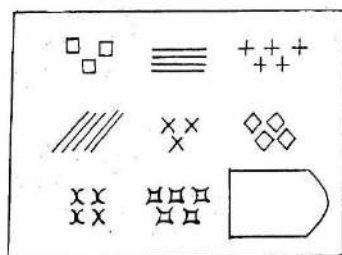
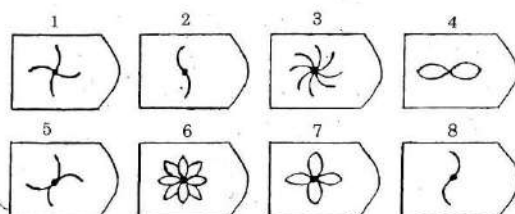
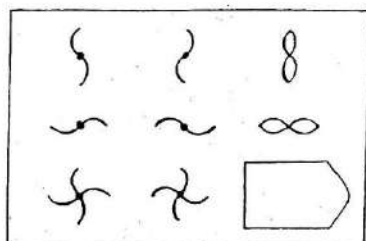
SET D

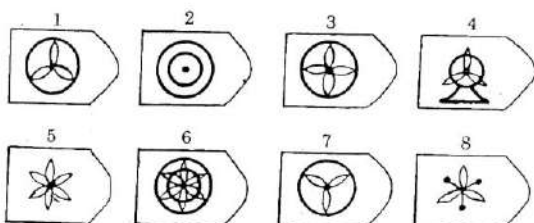
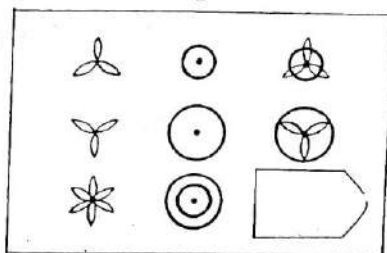
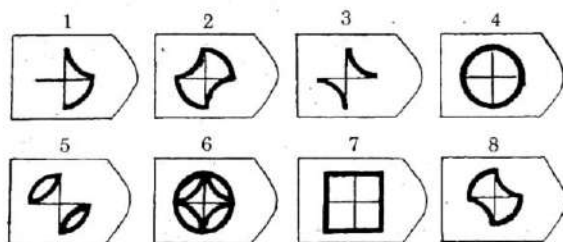
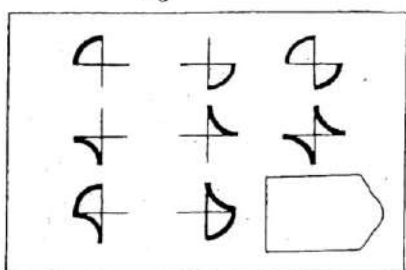
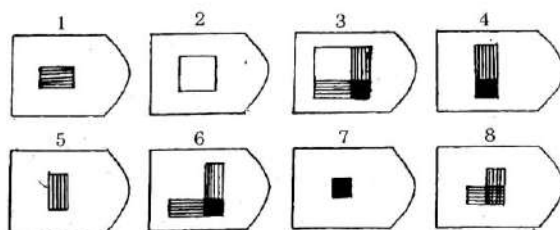
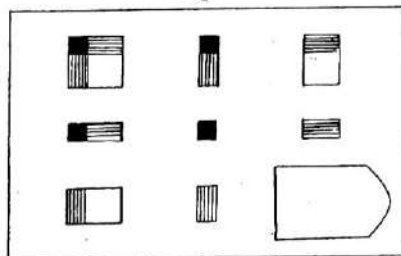
D₁D₂

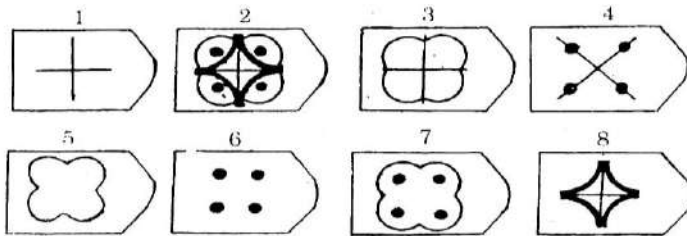
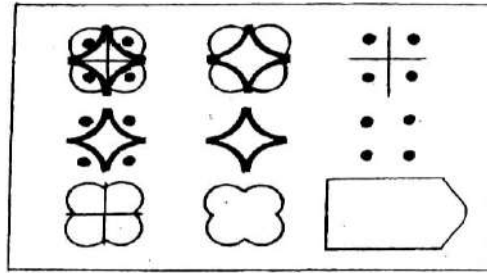
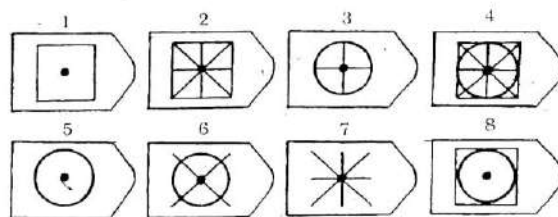
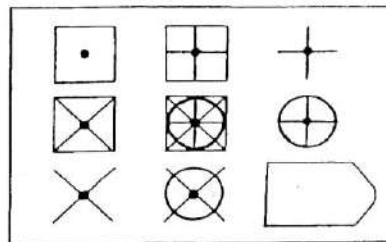
D₃D₄D₅

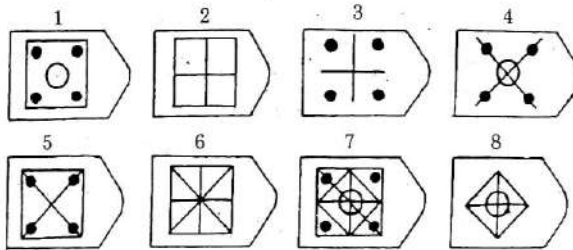
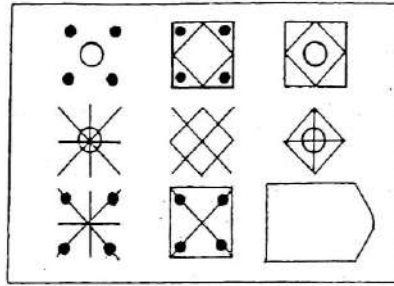
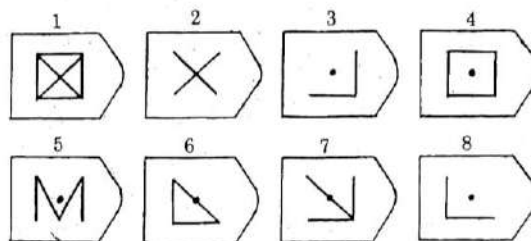
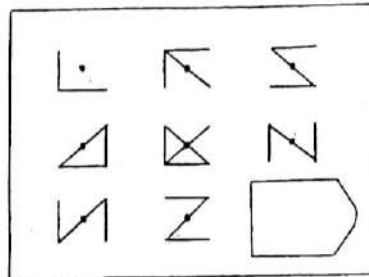
D₆D₇D₈

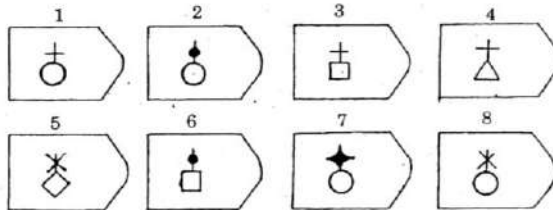
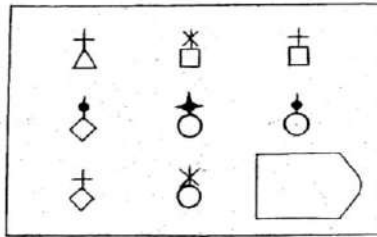
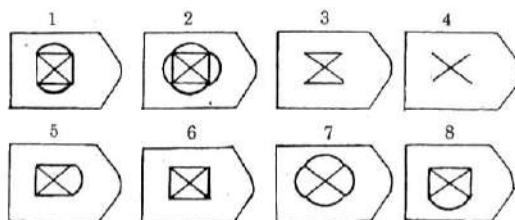
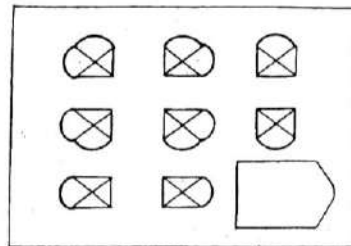
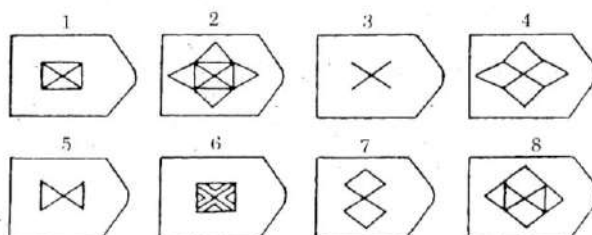
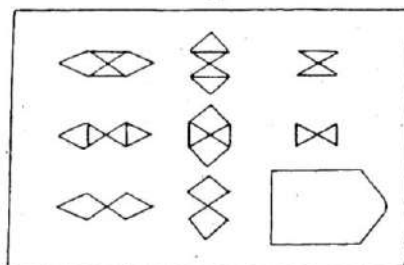
D₉D₁₀

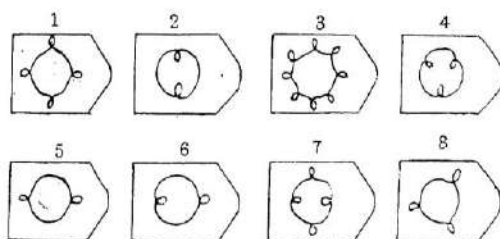
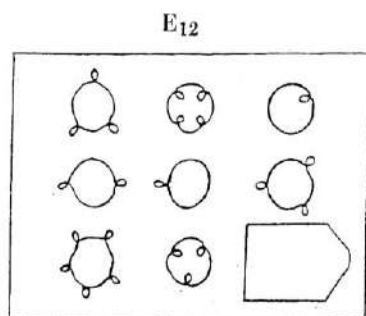
D₁₁**D₁₂****SET E****E₁**

E₂E₃E₄

E₅**E₆**

E₇E₈

E₉E₁₀E₁₁



Đáp án Điểm thô bản Đen trắng

Hình/Số	A	B	C	D	E
1	4	2	8	3	7
2	5	6	2	4	6
3	1	1	3	3	8
4	2	2	8	7	2
5	6	1	7	8	1
6	3	3	4	6	5
7	6	5	5	5	2
8	2	6	1	4	4
9	1	4	7	1	1
10	3	3	6	2	6
11	5	4	1	5	3
12	4	5	2	6	5

Test RAVEN - Bảng điểm kỳ vọng

TĐ	A	B	C	D	E	TĐ	A	B	C	D	E	TĐ	A	B	C	D	E
15	8	4	2	1	0	30	10	7	6	5	2	45	12	10	9	9	5
16	8	4	3	1	0	31	10	7	7	5	2	46	12	10	10	9	5
17	8	5	3	1	0	32	10	8	7	5	2	47	12	10	10	9	6
18	8	5	3	2	0	33	11	8	7	5	2	48	12	11	10	9	6

19	8	6	3	2	0	34	11	8	7	6	2	49	12	11	10	10	6
20	8	6	3	2	1	35	11	8	7	7	2	50	12	11	10	10	7
21	8	6	4	2	1	36	11	8	8	7	2	51	12	11	11	10	7
22	9	6	4	2	1	37	11	9	8	7	2	52	12	11	11	10	8
23	9	7	4	2	1	38	11	9	8	8	2	53	12	11	11	11	8
24	9	7	4	3	1	39	11	9	8	8	3	54	12	12	11	11	8
25	10	7	4	3	1	40	11	10	8	8	3	55	12	12	11	11	9
26	10	7	5	3	1	41	11	10	9	8	3	56	12	12	12	11	9
27	10	7	5	4	1	42	11	10	9	9	3	57	12	12	12	11	10
28	10	7	6	4	1	43	12	10	9	9	3	58	12	12	12	12	10
29	10	7	6	5	1	44	12	10	9	9	4	59	12	12	12	12	11

Bảng Test RAVEN - Mẫu điểm % tính trên 735 trẻ em

Tuổi %	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5
95	19	22	25	28	33	37	39	40	42	44	47	50	52	53	54	54
90	17	20	22	24	28	33	35	36	38	41	44	48	49	49	50	50
75	15	17	19	21	23	26	29	31	33	35	38	42	43	45	46	46
50	13	14	16	17	19	21	22	24	26	29	31	35	37	38	40	41
25			13	14	14	16	17	18	20	23	26	28	30	31	32	33
10						13	13	14	14	15	20	21	23	24	25	26
5									13	14	16	18	19	20	21	22

Bảng Test RAVEN - Chuyển tỷ lệ % thành IQ

%	IQ	%	IQ	%	IQ	%	IQ
1	66	22	89	48	99	74	110
1,5	67	23	89	49	100	75	110
2	69	24	89	50	100	76	111
2,5	71	25	90	51	100	77	111
3	72	26	90	52	101	78	111
3,5	73	27	91	53	101	79	112
4	74	28	91	54	101	80	112

5	75	29	92	55	102	81	113
6,5	76	30	92	56	102	82	113
7	77	31	93	57	103	83	114
7,5	78	32	93	58	103	84	115
8	79	33	94	59	103	85	115
9	80	34	94	60	104	86	116
10	81	35	94	61	104	87	117
11	82	36	95	62	104	88	118
12	82	37	95	63	105	89	118
13	83	38	96	64	105	90	119
14	84	39	96	65	106	91	120
15	85	40	96	66	106	92	121
16	85	41	97	67	106	93	122
17	86	42	97	68	107	94	123
18	87	43	97	69	107	95	125
19	87	44	98	70	108	96	126
20	88	45	98	71	108	97	128
21	88	46	99	72	109	98	130
		47	99	73	109	>98	>130

KHÓA ĐIỂM CHO TUỔI THANH NIÊN (15-24 tuổi)

Điểm	IQ	Điểm	IQ	Điểm	IQ
10	55	27	78	44	100
11	57	28	79	45	102
12	58	29	80	46	104
13	59	30	82	47	106
14	61	31	83	48	108
15	62	32	84	49	110
16	65	33	86	50	112
17	65	34	87	51	114

18	66	35	88	52	116
19	67	36	90	53	118
29	69	37	91	54	120
21	70	38	92	55	122
22	71	39	94	56	124
23	72	40	95	57	125
24	74	41	96	58	126
25	75	42	98	59	126
26	76	43	99	60	130

KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN MÀU

1947

Bộ A, A_B và B

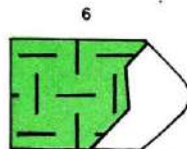
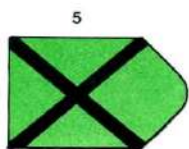
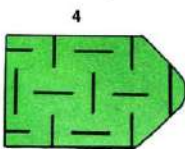
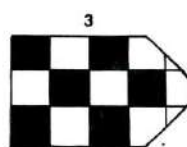
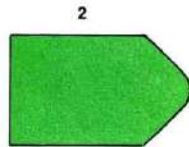
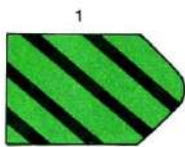
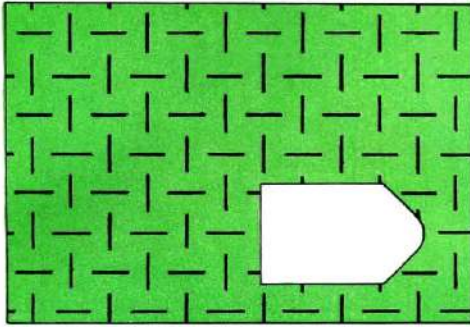
(Progressive Matrices 1947)



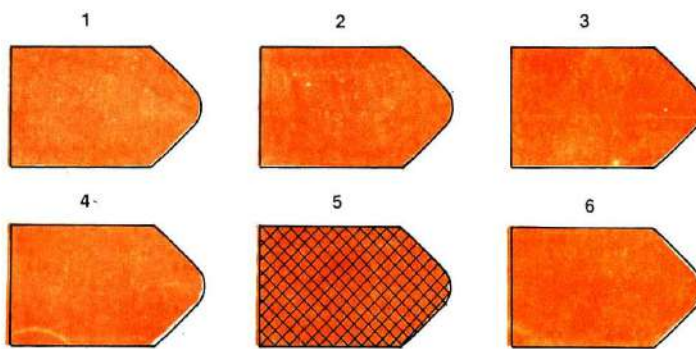
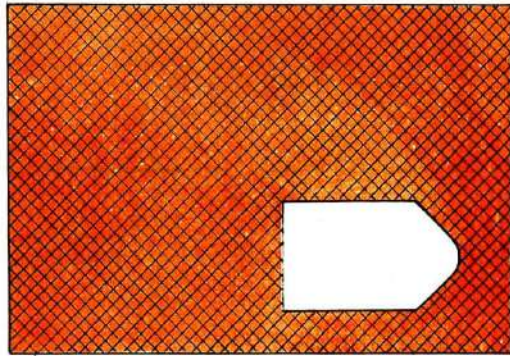
TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU TÂM LÝ TRẺ EM
HÀ NỘI - 1992

- A -

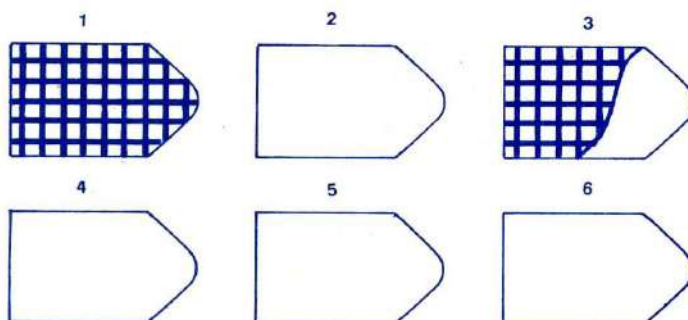
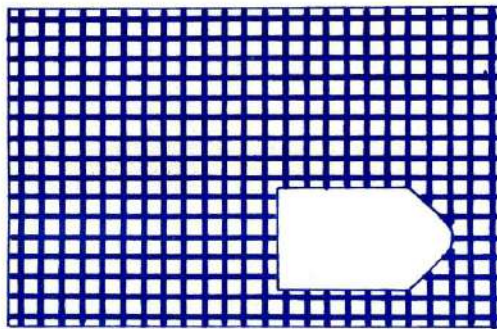
A 1



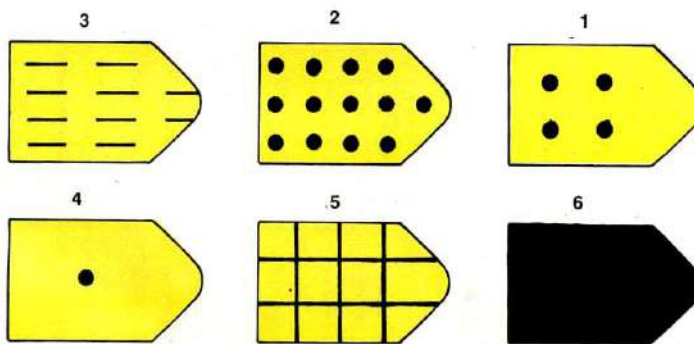
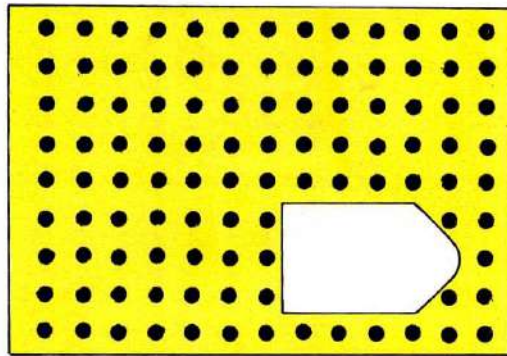
A 2



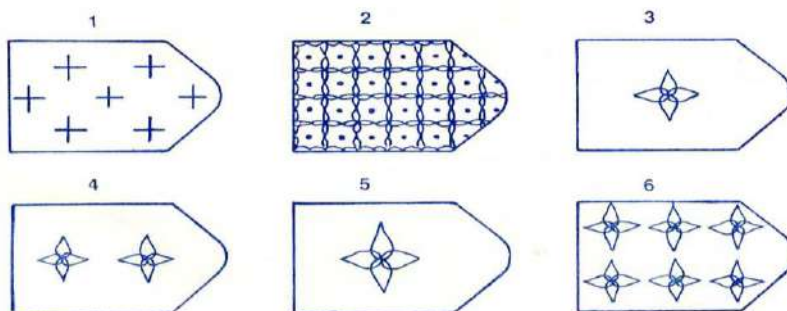
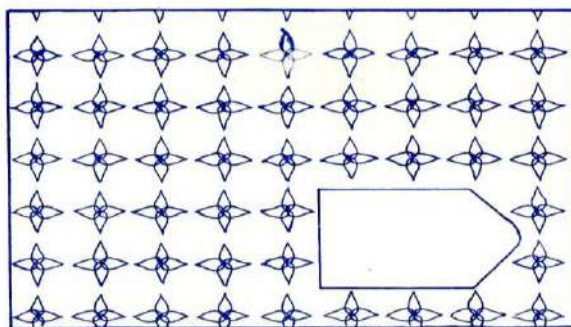
A 3



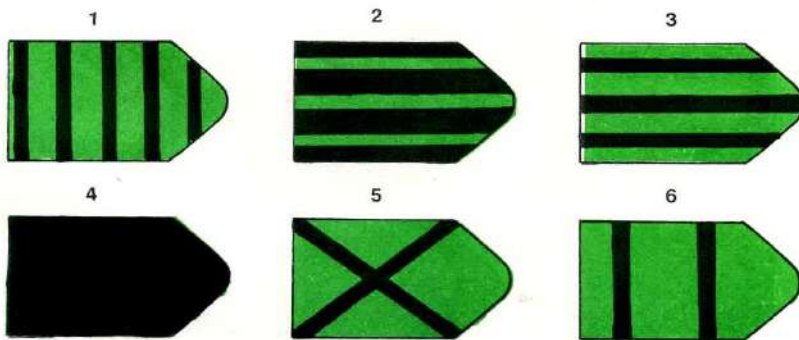
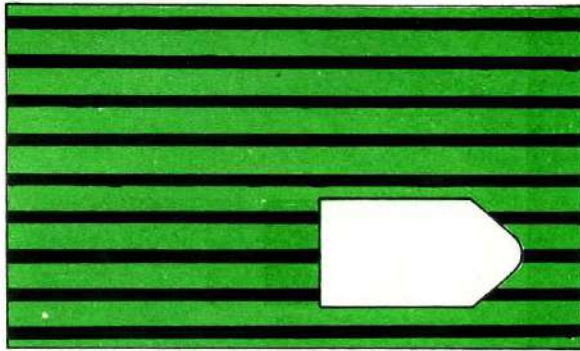
A 4



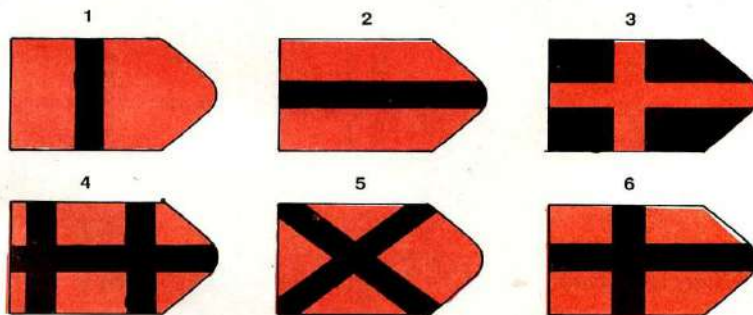
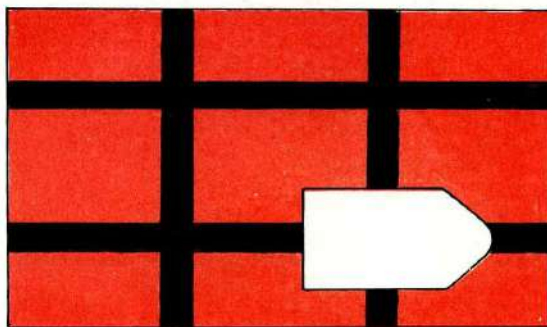
A 5



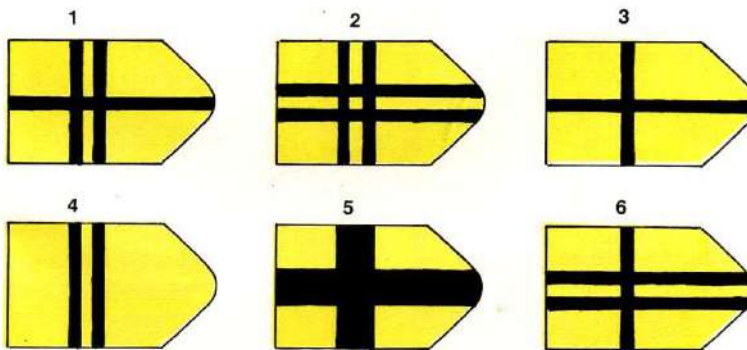
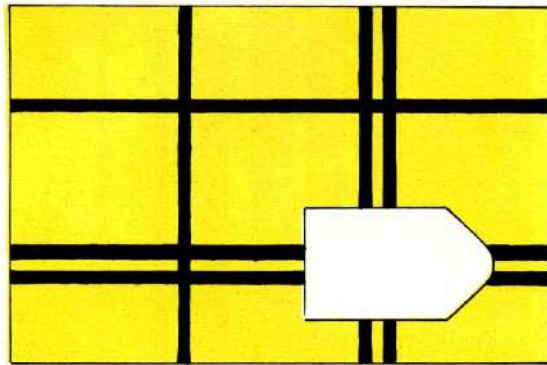
A 6



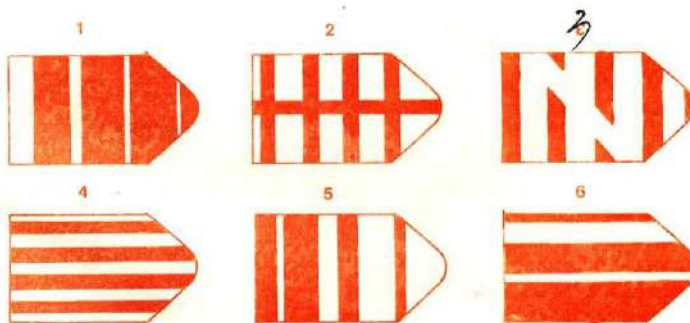
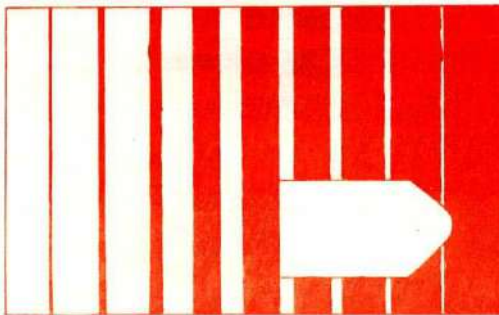
A 7



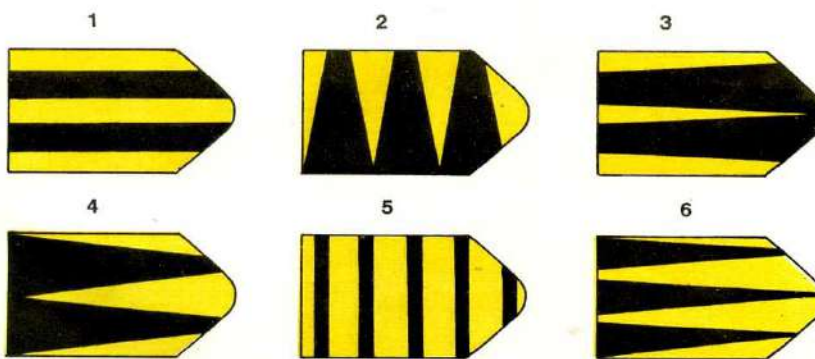
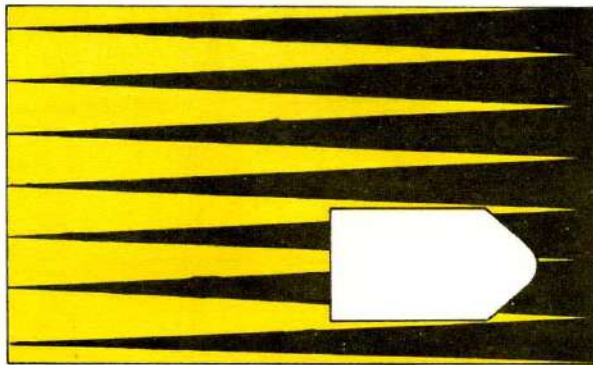
A 8



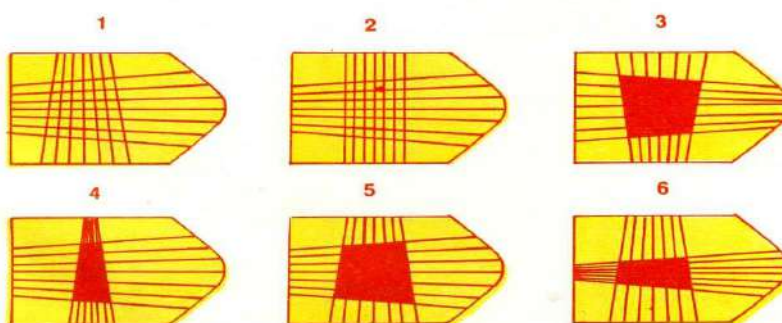
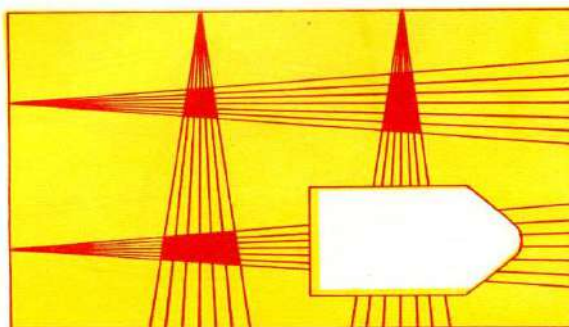
A 9



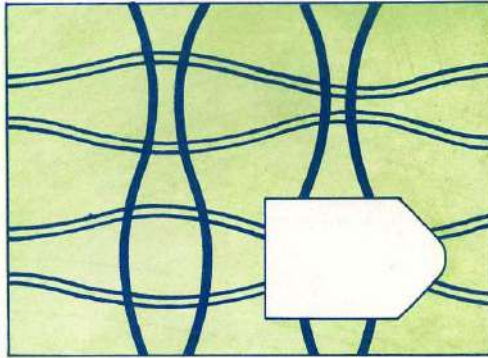
A 10



A 11



A 12



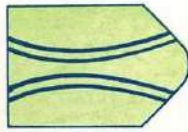
1



2



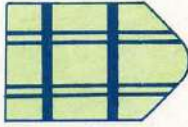
3



4



5

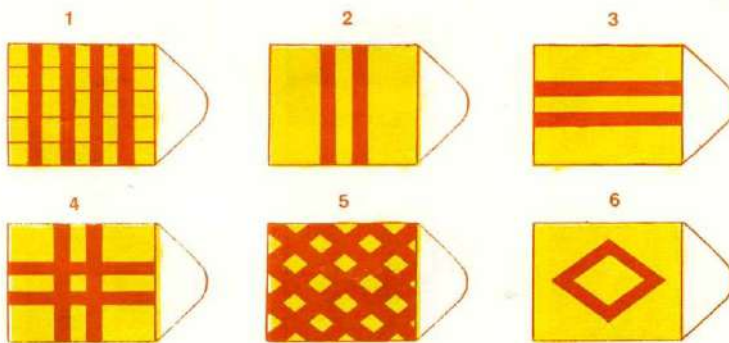
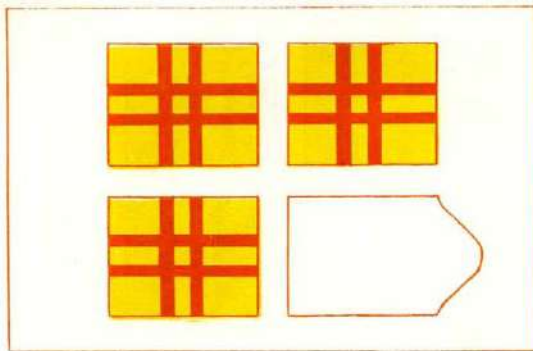


6

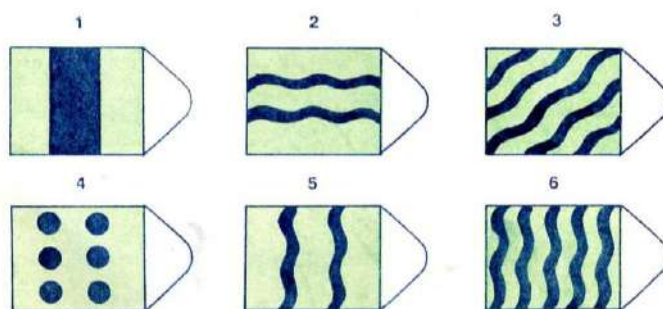
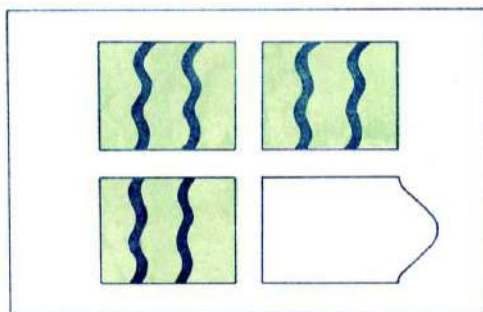


- AB -

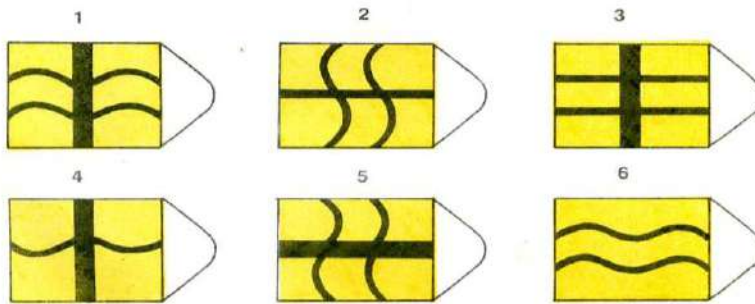
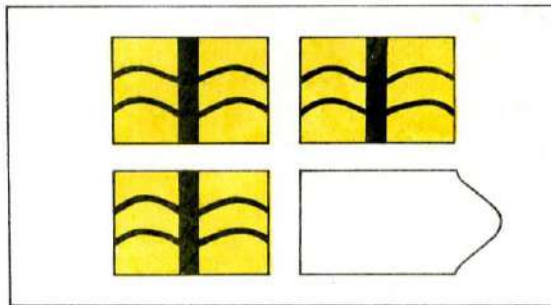
AB 1



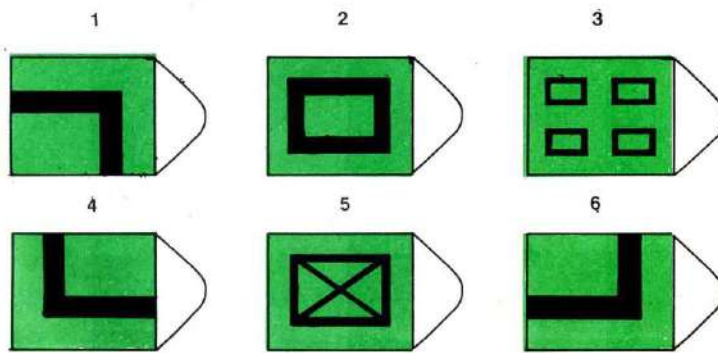
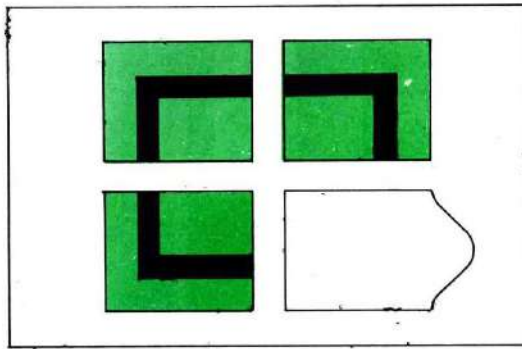
AB 2



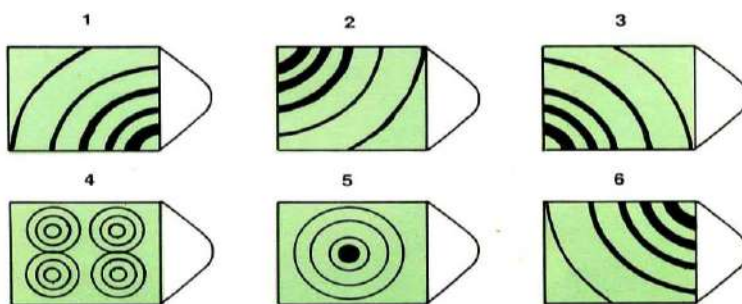
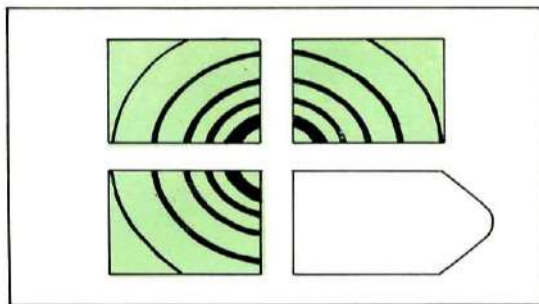
AB 3



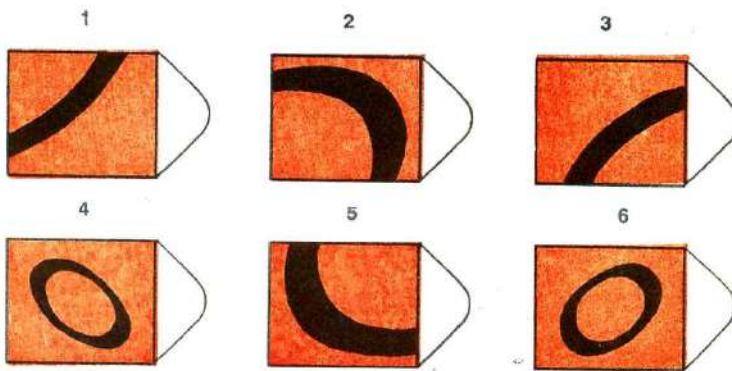
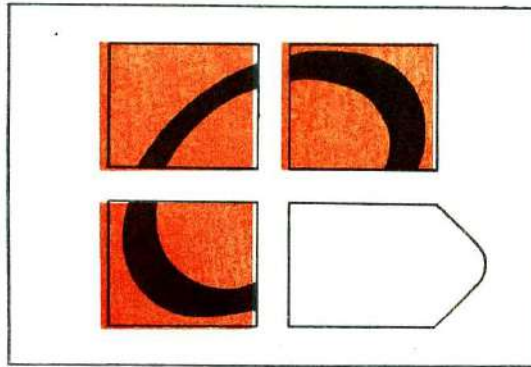
AB 4



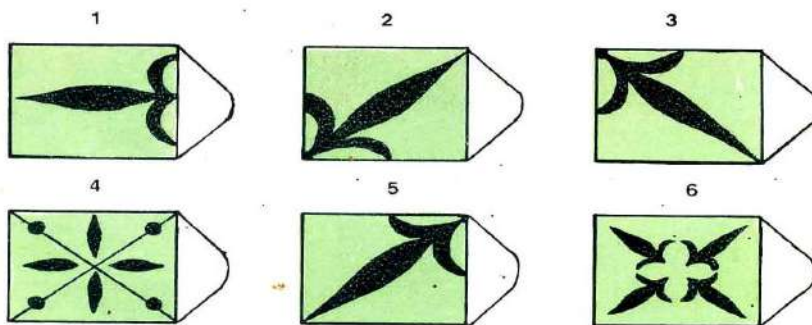
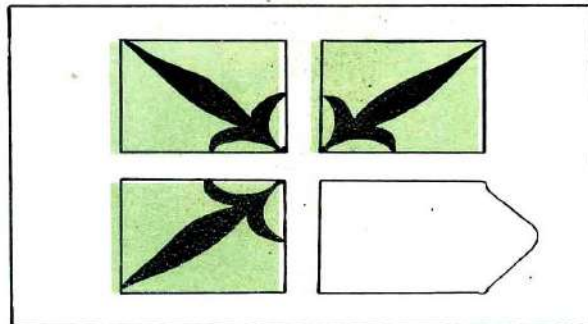
AB 5



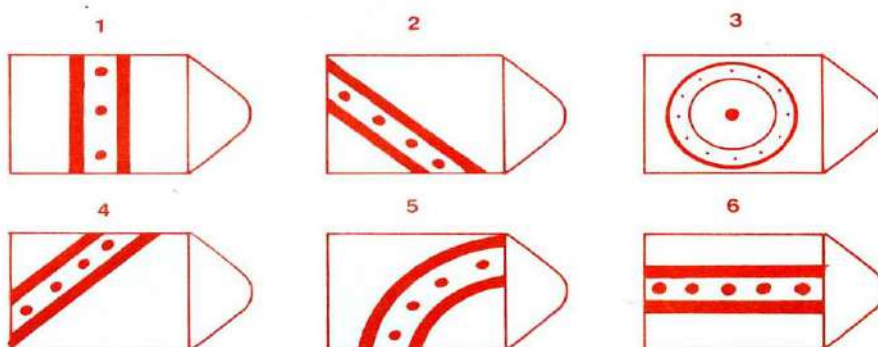
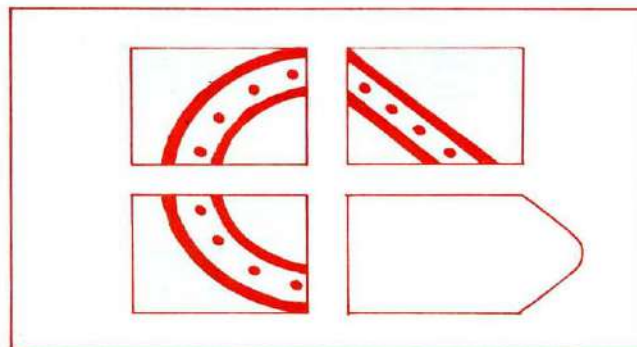
AB 6



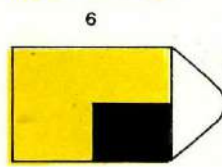
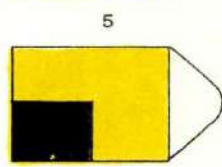
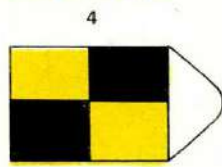
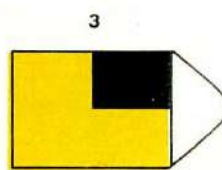
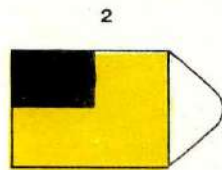
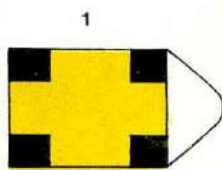
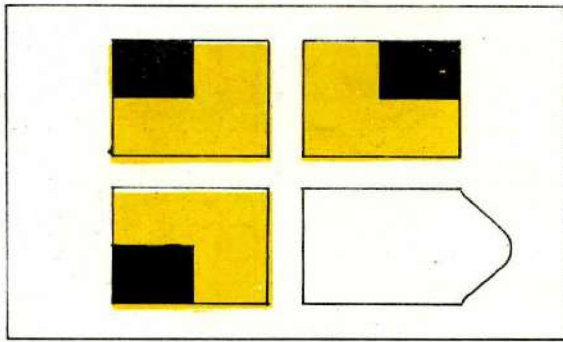
AB 7



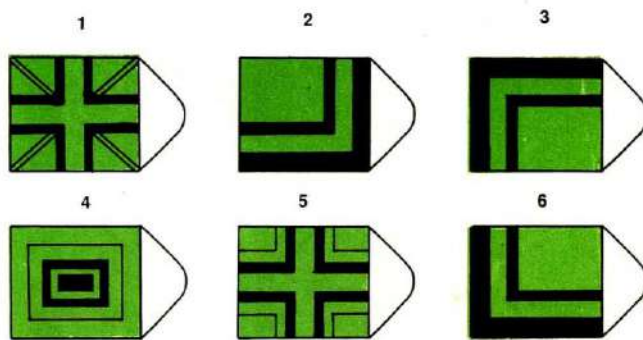
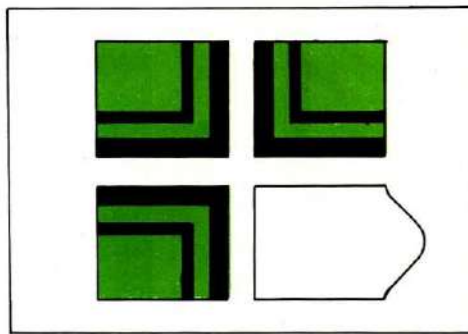
AB 8



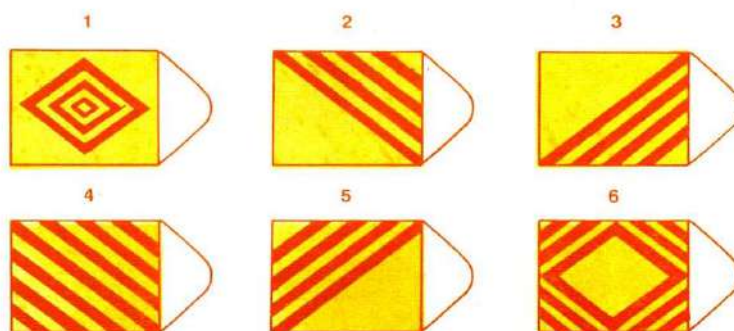
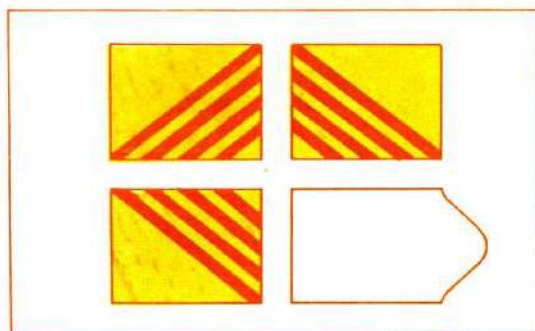
AB 9



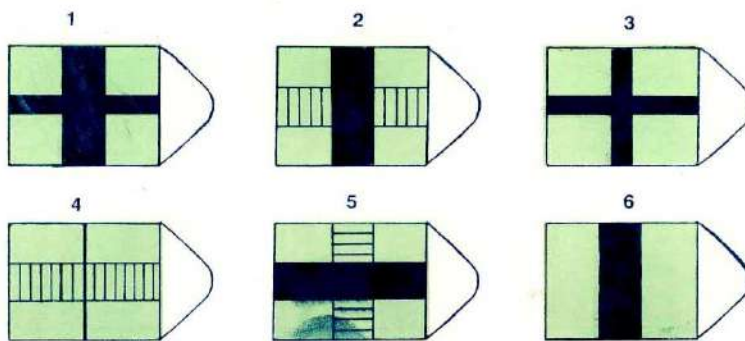
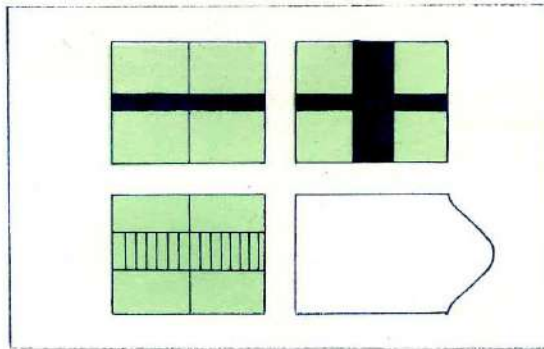
AB 10



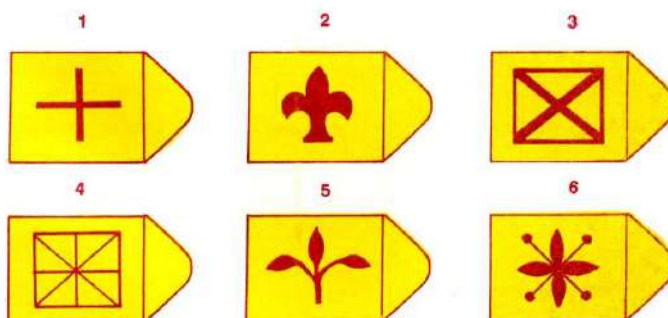
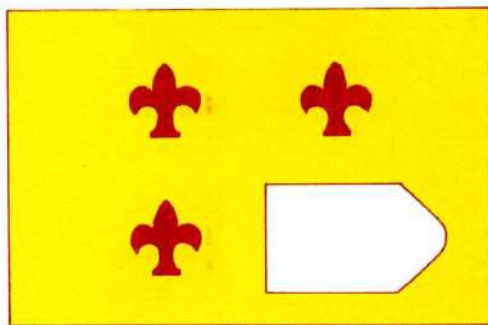
AB 11



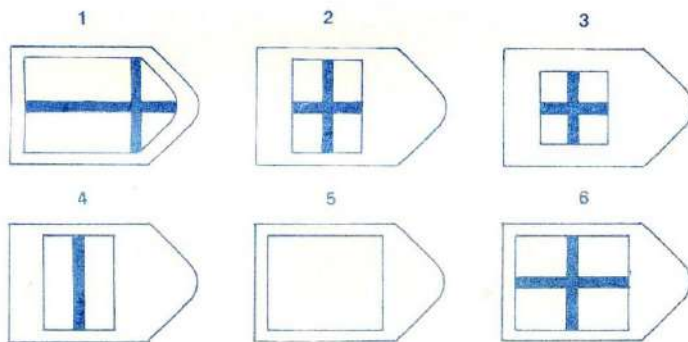
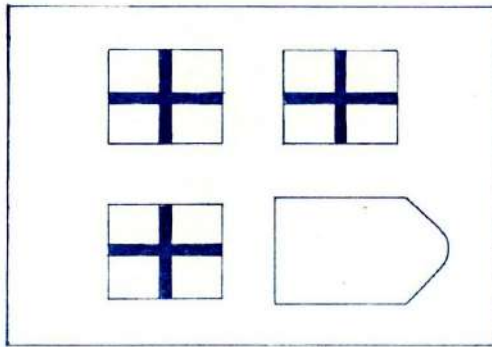
AB 12



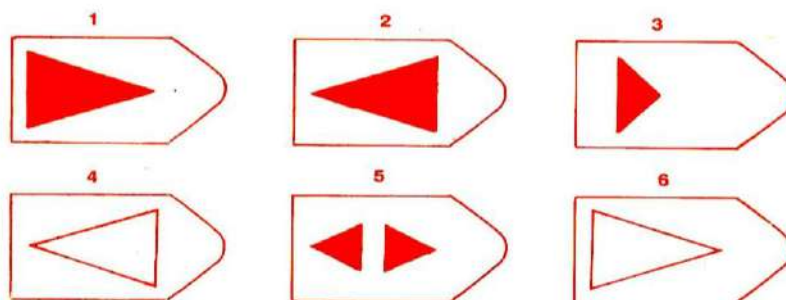
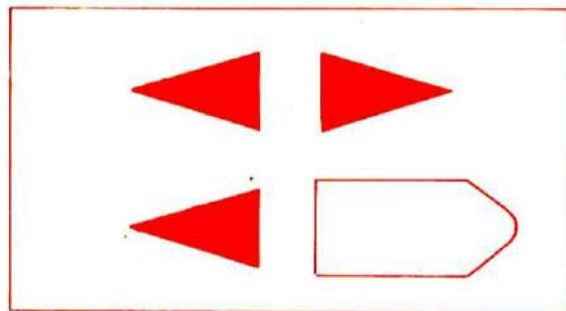
- B -
B I



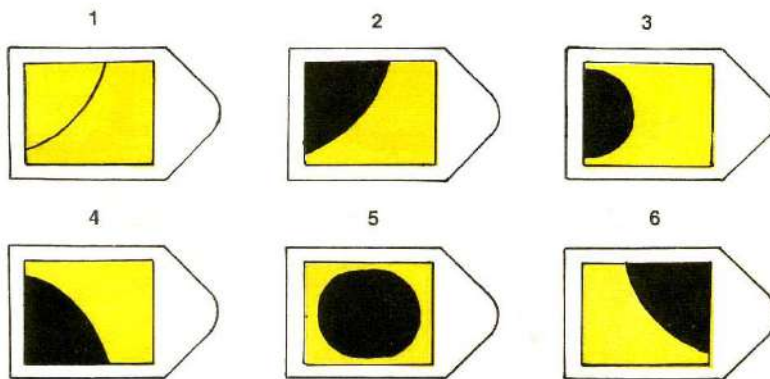
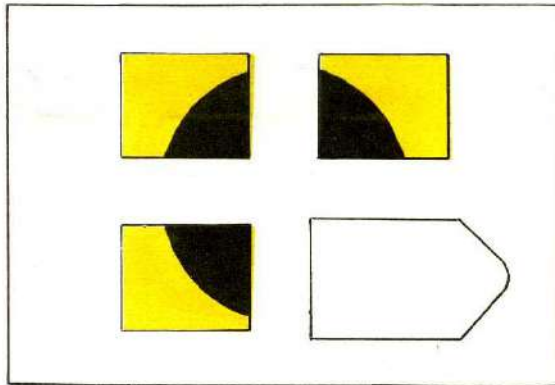
B 2



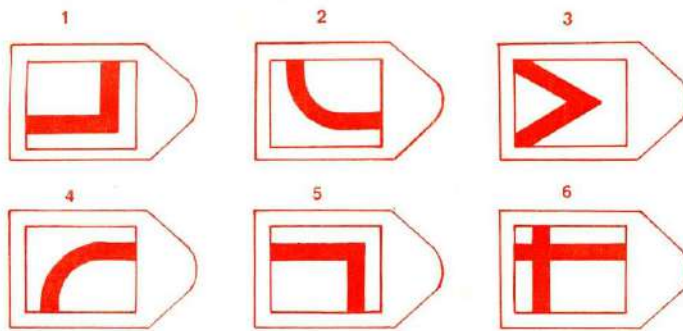
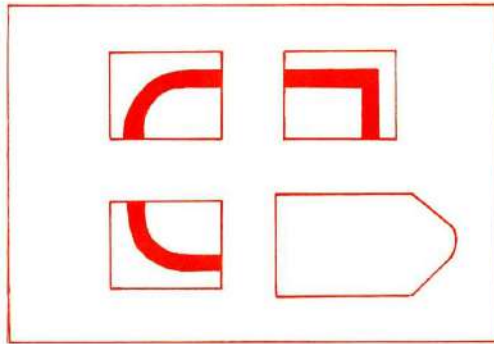
B 3



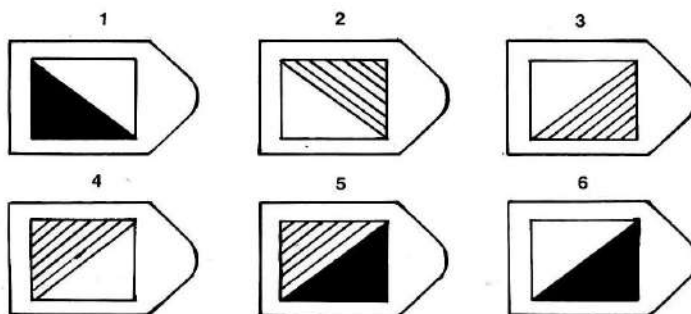
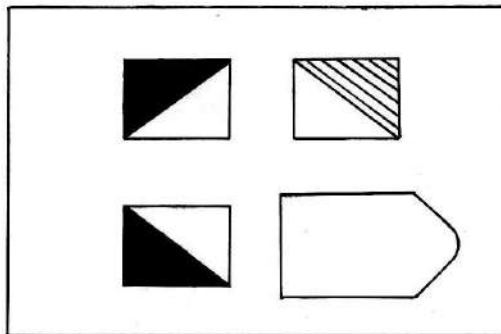
B 4



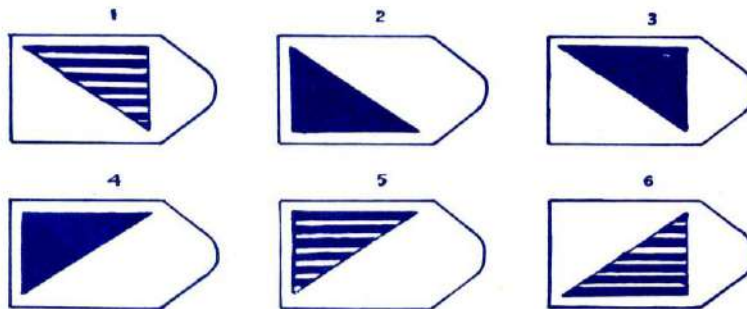
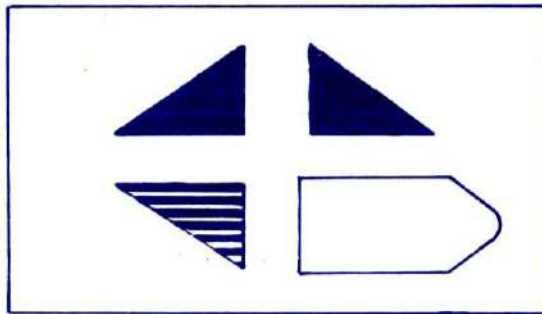
B 5



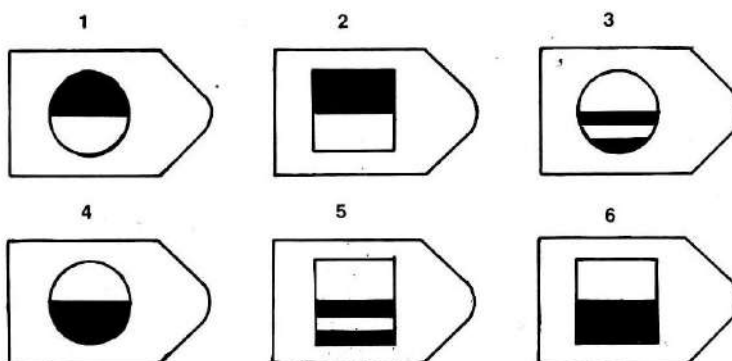
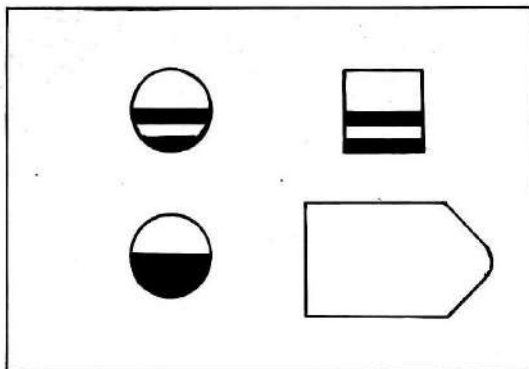
B 6



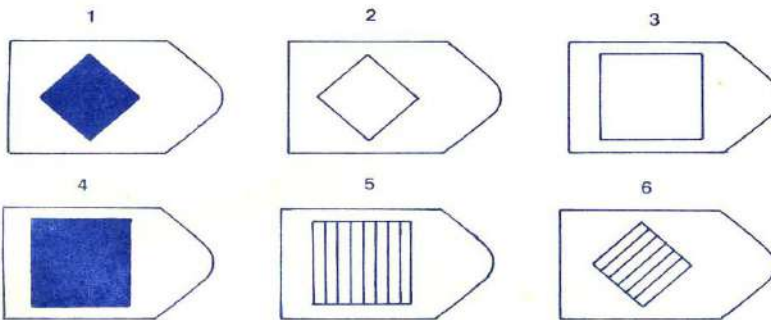
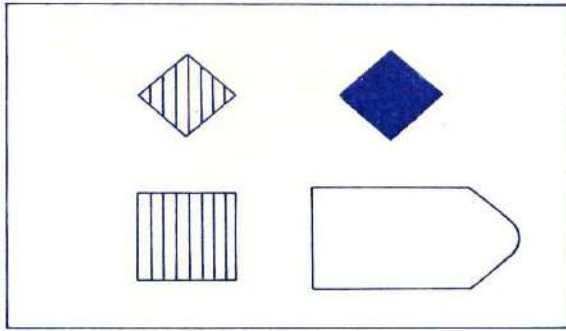
B 7



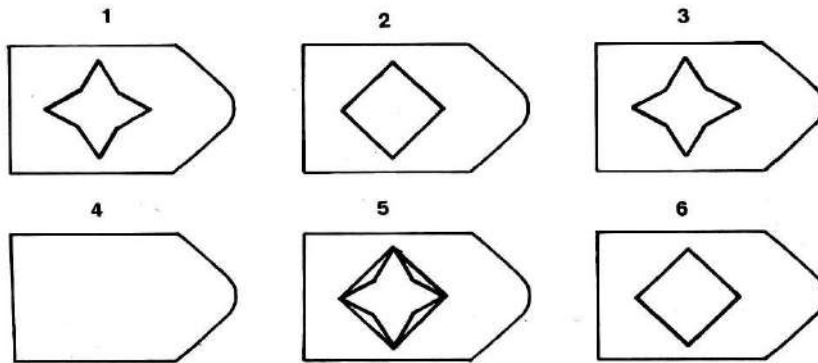
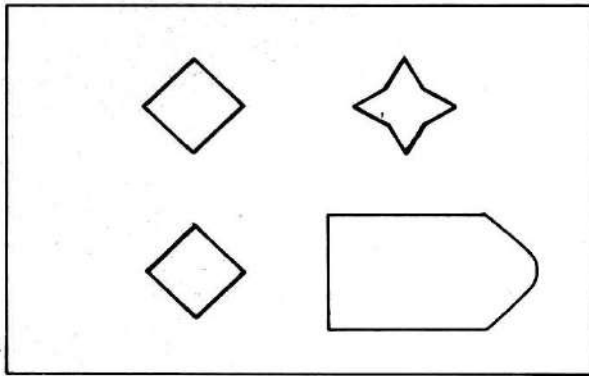
B 8



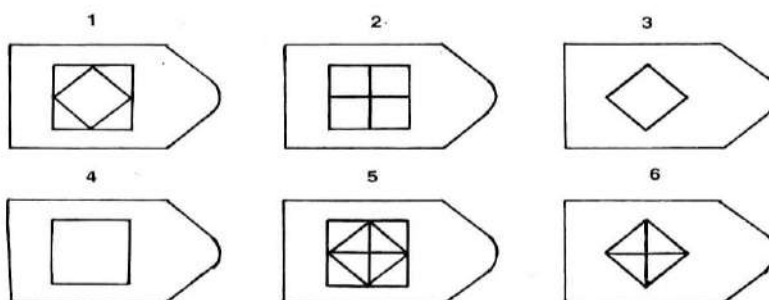
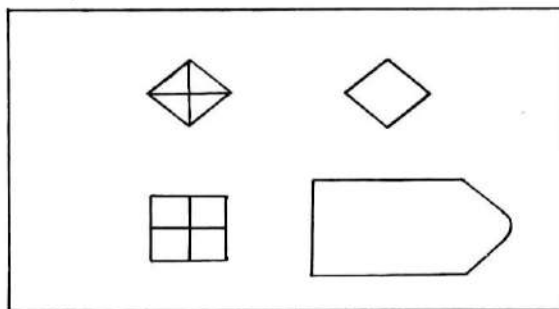
B 9



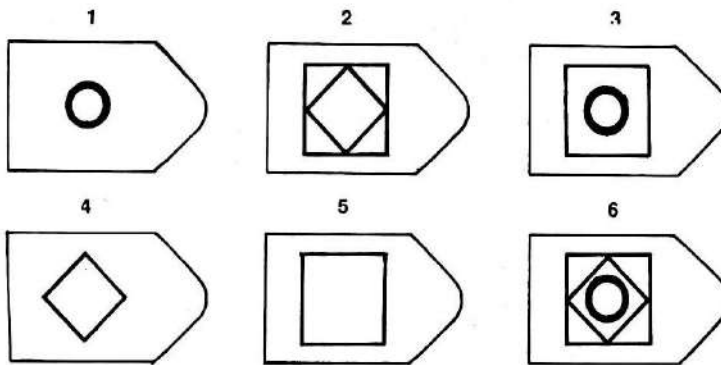
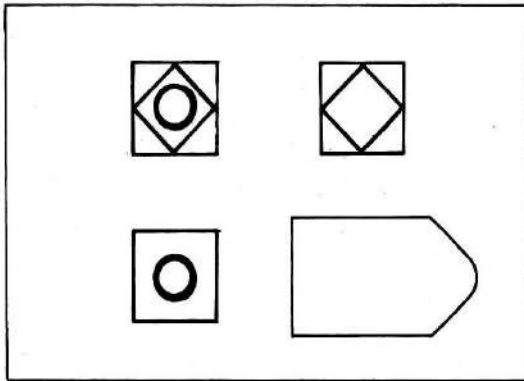
B 10



B 11



B 12



BẢN GHI KẾT QUẢ RAVEN MÀU

Họ và tên:..... Nghề nghiệp:.....
 Học vấn:..... Địa chỉ:.....
 Con thứ:..... Nghề mẹ:.....
 Ngày làm test:..... Nghề bố:.....
 Ngày sinh:..... Chẩn đoán:.....

STT	A	AB	B
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Tổng điểm:.....Lệch chuẩn:.....

Tỷ lệ:.....IQ:.....Thời gian:.....

Bảng 1. TEST RAVEN MÀU - KEYS

Bài	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tập A	4	5	1	2	6	3	6	2	1	3	5	4
Tập AB	4	5	1	6	2	1	3	4	6	3	5	2
Tập B	2	6	1	2	1	3	5	6	4	3	4	5

Bảng 2. TEST RAVEN MÀU - BẢNG ĐIỂM KỲ VỌNG

TĐ	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Tập A	5	5	5	6	7	7	7	7	8	8	8	8
Tập AB	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6
Tập B	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	5
TĐ	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tập A	8	9	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11
Tập AB	7	7	8	8	8	9	9	10	10	10	10	10
Tập B	5	5	5	6	6	6	7	7	8	8	9	10
TĐ	32	33	34	35								
Tập A	11	11	12	12								
Tập AB	11	11	11	12								
Tập B	10	11	11	11								

Bảng 3 - TEST RAVEN MÀU - Chuyển điểm thành %

%/Tuổi	5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10	10.5	11
95	19	21	23	24	25	26	29	30	32	32	33	35
90	17	20	21	22	23	24	27	28	31	31	31	34
75	15	17	18	18	20	21	23	26	28	28	29	31
50	14	15	15	16	17	18	20	22	24	24	26	28
25	12	13	14	14	15	15	17	19	21	22	22	23
10		12	12	13	14	14	15	16	18	20	20	21
5				12	12	13	14	15	16	17	17	17

KHÓA ĐIỂM RAVEN MÀU – TRẺ EM - 2008

Standard Score	% Rank	4y0m0d 4y5m30d	4y6m0d 4y11m30d	5y0m0d 5y5m30d	5y6m0d 5y11m30d	6y0m0d 6y5m30d	6y6m0d 6y11m30d	7y0m0d 7y11m30d	8y0m0d 8y11m30d	9y0m0d 9y11m30d	10y0m0d 10y11m30d	11y0m0d 11y11m30d
<60	0.1	1-6	1-6	1-7	1-7	1-8	1-8	1-11	1-14	1-16	1-18	1-20
60	0.4	7	7	8	8	9	9	12	15	17	19	21
65	1	8	8	9	9	10	10	13	16-17	18	20	22-23
70	2.3	9	9	10	10	11	11	14-15	18-19	19	21	24-25
75	5	10	10	11	11	12	12-13	16-17	20-21	20-21	22-23	26-27
80	9	11	11	12	12	13-14	14-15	18-19	22-23	22-23	24-25	28
85	16	12	12	13	13	15-16	16-17	20-21	24-25	24-25	26-27	29
90	25	13	13	14-15	14-15	17-18	18-19	22-23	26	26-27	28-29	30
95	37	14	14	16	16-17	19	20-21	24-25	27	28	30	31-32
100	50	15	15	17-18	18	20-21	22-23	26-27	28	29-30	31-32	33
105	63	16	16-17	19	19	22-23	24-25	28	29	31	33	-
110	75	17	18-19	20-21	20-21	24-25	26-27	29	30	32	-	34
115	84	18	20-21	22-23	22-23	26-27	28	30-31	31	33	34	35
120	91	19	22-23	24	24-25	28	29	32	32	34	35	-

125	9 5	20- 21	24	25- 26	26- 27	29	30- 31	33	33	35	36	36
130	9 7. 7	22	25	27- 28	28- 29	30- 31	32	34	34	-	-	-
135	9 9	23- 24	26	29	30	32	33	35	35	36	-	-
140	9 9. 6	25	27- 29	30- 31	31	33	34	36	36	-	-	-
>14 0	9 9. 9	26- 36	30- 36	32- 36	32- 36	34- 36	35- 36	-	-	-	-	-

**BẢNG PHÂN LOẠI VÀ ĐẶC ĐIỂM PHÁT TRIỂN CỦA NGƯỜI CPTTT
(Kisler, 1964)**

Mức độ CPTTT	Sinh trưởng và phát triển ở tuổi chưa đi học (0 – 5 tuổi)	Huấn luyện và giáo dục ở tuổi đi học (6 – 20 tuổi)	Tiềm năng xã hội và nghề nghiệp ở tuổi trưởng thành (trên 21 tuổi)
CPTTT Nhẹ (IQ: 50 – 69)	Có thể phát triển kỹ năng xã hội và truyền đạt: chỉ bị chậm phát triển chút ít về khả năng vận - cảm, khi lớn lên mới nhận thấy bất bình thường	Khi đến tuổi 15, 16 có thể tập được các kỹ năng của lớp nhất tiểu học: không học được các môn tổng quát ở trung học, cần được giáo dục theo chương trình đặc biệt, nhất là ở tuổi trung học.	Nếu được giáo dục và huấn luyện đúng cách, có thể sinh hoạt bình thường về xã hội và nghề nghiệp: thỉnh thoảng khi gặp trở ngại lớn về xã hội hay kinh tế cần được giám sát và hướng dẫn.
CPTTT Trung bình (IQ: 35– 49)	Có thể nói và tập truyền đạt; ý thức xã hội kém, phát triển khá về vận động, có thể tập tự lực cánh sinh, chỉ cần giám sát vừa phải.	Nếu được huấn luyện đặc biệt có thể tập được các kỹ năng thông dụng ở trình độ lớp 3 khi 15 hay 16 tuổi.	Có thể làm các công việc lao động hay đòi hỏi chút ít huấn luyện chuyên môn, cần giám sát hay hướng dẫn chút ít khi gặp trở ngại kinh tế hay xã hội nào đó.

CPTTT Nặng (IQ: 20 – 34)	Phát triển kém về vận động, ngôn ngữ tối thiểu, không tập làm lấy được việc phục vụ, không có hay rất ít kỹ năng truyền đạt	Có thể nói và tập truyền đạt; có thể tập biết thói quen vệ sinh sơ đẳng; không tập được những kỹ năng thông dụng ở nhà trường, có thể tập được thói quen nếu huấn luyện có phương pháp.	Có thể tham gia một phần vào việc lo cho bản thân nếu được giám sát hoàn toàn, có thể phát triển kỹ năng tự vệ ở mức độ tối thiểu trong một môi trường hạn chế.
CPTTT Trầm trọng (IQ dưới 20)	Chậm phát triển nhiều, tiềm năng hoạt động tối thiểu về tâm vận, cần chăm sóc.	Có phát triển ít nhiều về vận động, không tập làm lấy được công việc tự phục vụ, cần được chăm sóc hoàn toàn.	Phát triển chút ít về vận động và ngôn ngữ, hoàn toàn không tự lo được cho bản thân, cần được chăm sóc, giám sát.

21. TRẮC NGHIỆM TRÍ TUỆ NGƯỜI LỚN WECHSLER (WAIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) là một trắc nghiệm trí tuệ được sử dụng rộng rãi trong tâm thần học lâm sàng nhằm đánh giá mức độ trí tuệ của người bệnh, đồng thời giúp loại trừ trong một số chẩn đoán của bác sĩ tâm thần.

Trắc nghiệm WAIS được David Wechsler – Giáo sư Tâm lý học lâm sàng làm việc tại Mỹ xây dựng lần đầu tiên năm 1939 từ quan điểm trí tuệ là khả năng tư duy hợp lý và hành động có hiệu quả. Năm 1955, trắc nghiệm WAIS được chuẩn hóa và được áp dụng cho người lớn từ 16 tuổi trở lên. Trắc nghiệm WAIS được Wechsler chia thành 11 tiểu nghiệm thuộc hai loại: Tiểu nghiệm Ngôn từ (gồm 6 tiểu nghiệm) và Tiểu nghiệm Thực thi (gồm 5 tiểu nghiệm).

* *Tiểu nghiệm Ngôn từ*: bao gồm: 1. Tiểu nghiệm về kiến thức chung; 2. Tiểu nghiệm về mức độ thông hiểu chung; 3. Tiểu nghiệm về số học; 4. Tiểu nghiệm xác định sự giống nhau; 5. Tiểu nghiệm nhắc lại trật tự các chữ số; 6. Tiểu nghiệm về từ vựng.

* *Tiểu nghiệm Thực thi*: bao gồm: 1. Tiểu nghiệm mã hóa các con số; 2. Tiểu nghiệm tìm những chi tiết bị thiếu; 3. Tiểu nghiệm các khối Kohs; 4. Tiểu nghiệm các bức tranh liên tục; 5. Tiểu nghiệm ghép hình.

Trắc nghiệm Wechsler có hiệu quả trong sự đánh giá chung về trình độ trí tuệ và sự xác định riêng biệt trí tuệ ngôn ngữ và phi ngôn ngữ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá trí tuệ ở người từ 16 tuổi trở lên.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm trí tuệ người lớn wechsler (WAIS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 120-180 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

6.2.1. Phần 1 - Thông tin (29 câu hỏi):

- Hướng dẫn: “Sau đây, chúng tôi sẽ hỏi một số câu hỏi về kiến thức chung, anh/chị hãy đưa ra câu trả lời nhé”.

- Bắt đầu từ mục 5 với mọi đối tượng, nếu cả 2 mục 5 và 6 đều trả lời sai, quay lại hỏi từ mục 1 đến 4. Nếu sai từ 2 mục trở lên trong 4 mục đầu, dừng test phần 1.; nếu đúng từ 1 mục trở lên, tiếp tục hỏi.

- Lưu ý: không được giải thích rõ hay nói lệch câu hỏi. Nếu sai 5 câu liên tiếp, dừng test phần 1.

6.2.2. Phần 2 - Hiểu biết (14 câu):

- Hướng dẫn: như phần 1.

- Bắt đầu từ mục 3 với mọi đối tượng, nếu trong 3 mục 3, 4, 5 sai 1 mục thì quay lại hỏi mục 1 và 2 rồi tiếp tục hỏi tiếp.

- Có thể nhắc lại câu hỏi nhưng không sửa, có thể yêu cầu đối tượng giải thích. Nếu sau 10 đến 15 giây đối tượng chưa trả lời thì lặp lại câu hỏi; dừng test phần 2 nếu 4 mục liên tiếp trả lời sai.

6.2.3. Phần 3 - Toán học (14 câu hỏi):

- Hướng dẫn: “Nào bây giờ chúng ta sẽ thử một chút nhé” (tránh nói đến “làm toán” để không gây tâm lý căng thẳng và thái độ âm tính ở đối tượng).

- Bắt đầu từ mục 3 cho mọi đối tượng; nếu mục 3, 4 làm sai thì quay lại hỏi mục 1, 2. Nếu sai cả 2 mục 1 và 2, dừng phần 3; nếu đúng 1 mục trở lên, tiếp tục hỏi.

- Từ mục 2 đến 14 có thêm phần tính thời gian. Dừng test phần 3 nếu sai 4 lần liên tiếp.

6.2.4. Phần 4 - Tương tự (13 câu hỏi):

- Hướng dẫn: “Theo anh/chị, quả cam – quả chuối giống nhau ở điểm nào?”

- Nếu đối tượng trả lời đúng, nói “Tốt” và tiếp tục hỏi sang mục 2; nếu đối tượng nói không giống ở mục 1 thì không cho điểm và giải thích: “Chúng giống nhau vì đều là quả, đều có vỏ, đều ăn được...” rồi tiếp tục chuyển sang mục 2.

- Từ mục 2 chỉ hỏi và ghi câu trả lời, không giúp gì thêm, dừng test phần 4 nếu sai 4 mục liên tiếp.

6.2.5. Phần 5 - Nhớ dãy số (Nhớ xuôi – nhớ ngược):

*Nhớ xuôi:

- Hướng dẫn: “Tôi sắp đọc một số dãy số, anh/chị hãy nhắc lại ngay đúng thứ tự dãy số như tôi đọc nhé”.

- Bắt đầu từ bộ 1 (có 2 bộ có cùng số lượng dãy số nhưng khác số). Đọc mỗi số cách nhau 1 giây. Nếu nhắc sai bộ 1 thì chuyển sang dãy tương đương ở bộ 2. Nếu sai cả bộ 2 dừng test phần nhớ xuôi; nếu đúng bộ 2 tiếp tục hỏi bộ 1 ở dãy số nhiều hơn.

*Nhớ ngược:

- Hướng dẫn: “Giờ tôi tiếp tục đọc dãy số, nhưng lần này khi nhắc lại, anh/chị hãy đọc ngược lại thứ tự dãy số từ dưới lên trên”.

- Cách tiến hành tương tự phần nhớ xuôi.

6.2.6. Phần 6 - Vốn từ (40 từ):

- Hướng dẫn: “Bây giờ, anh/chị hãy giải thích nghĩa của một số từ sau nhé”.

- Lưu ý: mọi nghĩa của từ đều chấp nhận được, không kể đến lời văn chau chuốt, tuy nhiên nội dung nghèo nàn, sự hiểu biết mơ hồ không được đánh giá cao.

6.2.7. Phần 7 - Ghi ký hiệu (Bảng 100 ký hiệu):

- Hướng dẫn: “Ở đây, tôi có 9 con số từ 1 đến 9 tương ứng với 9 ký hiệu tương ứng bên dưới. Anh/chị hãy quan sát thật kỹ để ghi nhớ ký hiệu của mỗi con số. Ở phía dưới có những hàng chữ số, dưới mỗi số có ô trống chưa ghi ký hiệu. Anh/chị hãy nhìn phía trên để đối chiếu ghi cho đúng ký hiệu. Ghi hết ô này đến ô khác, hết dòng này sang dòng khác, ghi đúng và nhanh không cần dò đi dò lại cho đến khi tôi nói dừng nhé”.

- Để cho đối tượng ghi 6 ô đầu tiên không tính giờ để nắm được phương pháp. Từ ô thứ 7 bắt đầu tính giờ cho đến hết 90 giây thì dừng test.

6.2.8. Phần 8 – Nét thiếu (21 hình):

- Hướng dẫn: “Tôi sẽ đưa bạn xem một số vẽ trong đó có vẽ thiếu 1 bộ phận, anh/chị hãy nhìn kỹ và nói phần nào còn thiếu trong hình vẽ nhé”.

- Có thể hướng dẫn đối tượng hình 1 và hình 2, sau không hướng dẫn gì thêm. Đối tượng có thể nói không chính xác từ nhưng chỉ đúng nét thiếu cũng được tính điểm.

- Tính thời gian suy nghĩ 20 giây cho mỗi hình, sau 20 giây nếu đối tượng không đưa ra được câu trả lời, chuyển hình khác.

6.2.9. Phần 9 – Xếp khối (10 mẫu):

- Hướng dẫn: “Anh/chị có thấy các khối gỗ này không ạ, mỗi khối có 2 phần màu trắng và đỏ. Bây giờ anh/chị hãy sắp xếp 4 khối gỗ này theo mẫu sau nhé”.

- Đưa 4 khối gỗ Kohs và đưa mẫu 1 cho đối tượng ghép khối. Nếu đối tượng làm đúng, chuyển sang mẫu 2; nếu đối tượng xếp sai, xếp mẫu lại cho đối tượng và đề nghị đối tượng làm lại; nếu đối tượng xếp lại lần 2 đúng, chuyển sang mẫu 3.

- Từ mẫu 7, đưa thêm 5 khối gỗ Kohs cho đối tượng để xếp 9 khối.

- Mẫu 10 đưa theo hình chéo, không cho phép quay hình sang hình vuông.

- Tính thời gian và ghi thời gian thực hiện xếp mẫu.

6.2.10. Phần 10 – Ghép tranh (8 bộ tranh):

- Hướng dẫn: “Đây là bức tranh nói lên câu chuyện chim làm tổ, nuôi con, nhưng các bức tranh lộn xộn. Anh/chị hãy sắp xếp đúng thứ tự câu chuyện từ trái sang phải”.

- Đưa bộ tranh 1 (bộ tranh làm tổ), nếu đối tượng xếp đúng thứ tự câu chuyện thì chuyển sang bộ tranh 2; nếu đối tượng xếp sai thứ tự thì làm mẫu xếp lại và giải thích. Xếp xong trộn lại thứ tự và đề nghị đối tượng xếp lại. Tính thời gian cho các lần xếp tranh.

- Tiếp tục thực hiện tương tự với bộ tranh 2, nếu thất bại ở cả bộ tranh 1 và 2 lần thứ 2 thì dừng test phần 10.

6.2.11. Phần 11 – Chắp hình (4 bộ hình):

- Hướng dẫn: “Đây là một hình hoàn chỉnh bị cắt rời ra thành các miếng ghép, anh/chị hãy ghép lại thành hình hoàn chỉnh càng nhanh càng tốt nhé”.

- Đưa các miếng ghép của bộ hình 1 (không để đối tượng nhìn hình mẫu) và tính thời gian. Hết thời gian quy định chuyển sang bộ hình khác.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà đối tượng đạt được

+ Đối chiếu điểm tổng theo lứa tuổi để có điểm chuẩn.

+ Đối chiếu điểm chuẩn ra điểm IQ

+ Đối chiếu điểm IQ của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ IQ của Wechsler

Bảng tham chiếu mức độ trí tuệ

WAIS	Điểm đánh giá	Kết quả
Chỉ số rất xuất sắc	≥ 130	
Chỉ số xuất sắc	120 – 129	
Chỉ số thông minh	110 – 119	
Chỉ số trung bình	90 – 109	
Chỉ số dưới trung bình	80 – 89	
Trạng thái ranh giới	70 – 79	
Có khuyết tật trí tuệ	≤ 69	

- Đối với các trường hợp có khuyết tật trí tuệ, tiến hành phỏng vấn, đánh giá thêm để xác định mức độ khuyết tật trí tuệ theo Bảng phân loại và đặc điểm của người chậm phát triển tâm thần (Kisler, 1964).

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition Now Available From Pearson". Pearson. 2008-08-28. Retrieved 2012-03-20.
2. Wechsler, David (1958). The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence(4th ed.). Baltimore (MD): Williams & Witkins. Retrieved 4 June 2013.
3. Ngô Công Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Bình, Nguyễn Thị Kim Quý (2004), Những trắc nghiệm tâm lý – Tập1 (Những trắc nghiệm trí tuệ), NXB Đại học Sư phạm.

PHỤ LỤC
BỘ CÔNG CỤ TRẮC NGHIỆM TRÍ TUỆ NGƯỜI LỚN WECHSLER
(WAIS)

TEST 1: THÔNG TIN

CÂU HỎI	TRẢ LỜI
1. Các màu của lá cờ Việt Nam?	Đỏ, vàng.
2. Quả bóng hình gì?	Tròn.
3. Có bao nhiêu tháng trong một năm?	12.
4. Nhiệt kế là gì?	Dụng cụ đo nhiệt độ.
5. Cao su lấy từ đâu?	Cây cao su, chất tổng hợp.
6. Kể tên các vị Chủ tịch nước Việt Nam từ 1945?	Hồ Chí Minh, Tôn Đức Thắng, Trường Chinh, Võ Chí Công, Lê Đức Anh...
7. Nguyễn Du là người rất nổi tiếng, ông ta làm gì?	Nhà thơ.
8. Có bao nhiêu tuần trong một năm?	52.
9. Từ Hà Nội đi Matxcova theo hướng nào?	Tây, Tây Bắc.
10. Nước Ấn Độ ở đâu?	Châu Á, Nam Á.
11. Chiều cao trung bình của phụ nữ Việt Nam?	1,5m – 1,6m.
12. Thủ đô của nước Ý là gì?	Rome.
13. Tại sao quần áo sẫm màu mặc ấm hơn màu sáng?	Màu sẫm hút nhiệt, màu sáng tỏa nhiệt.
14. Ngày chiến thắng Điện Biên Phủ?	7/5/1954.
15. Ai viết Hamlet?	Shakespeare.
16. Đền Ăngco là gì?	Danh lam thắng cảnh Campuchia.
17. Từ Bangkok về Hà Nội bao nhiêu km?	Khoảng 2.000 km.
18. Nước Ai Cập ở đâu?	Châu Phi.
19. Tại sao men làm cho bột nở ra?	Men sản xuất Dioxit Cacbon sinh hơi làm bột nở ra.
20. Diện tích nước Việt Nam?	332.000 km ² .
21. Quốc hội Việt Nam có bao nhiêu đại biểu?	Khoảng 400 người.
22. Chủ đề chính của học thuyết Darwin?	Sự tiến hóa của sinh vật.
23. Nước sôi ở nhiệt độ nào?	100°C, 212°F
24. Ai viết “Chiến tranh và Hòa bình”?	Leiv Tonxtoi Tanatei
25. Các loại mạch máu trong cơ thể con người?	Động mạch, tĩnh mạch, mao mạch.
26. Coran là gì?	Kinh thánh đạo Hồi.

27. Ai viết “Tam quốc”? 28. Dân tộc học là gì? 29. Thuyết luân hồi là gì ?	La Quán Trung. Khoa học nghiên cứu về các dân tộc. Thuyết đạo Phật, chết chuyển sang kiếp khác.

TEST 2 : HIỂU BIẾT

CÂU HỎI	TRẢ LỜI
1. Tại sao phải giặt quần áo? 2. Tại sao xe lửa phải có đầu máy? 3. Bạn phải làm gì nếu giữa đường nhặt được phong bì dán kín có dán tem và ghi địa chỉ? 4. Tại sao không nên kết bạn với người xấu? 5. Bạn phải làm gì trong rạp hát, rạp chiếu bóng nếu bạn là người đầu tiên phát hiện có đám cháy? 6. Tại sao ta phải đóng thuế? 7. Giải thích câu tục ngữ: “Hãy uốn sắt khi còn nóng”? 8. Tại sao luật lao động cho trẻ em là cần thiết? 9. Ban ngày bị lạc vào rừng, bạn làm cách nào để ra?	Để cho sạch: 2đ. Không nói đến ý sạch: 0đ Động lực chuyển động xe lửa: 2đ. Không nói đến ý trên: 0đ Thừa nhận phải đưa đến bưu điện: 2đ. Chuyển cho Công an trả người viết, tự chuyển: 1đ. Không bao hàm ý phải làm gì, mở ra xem: 0đ Bị ảnh hưởng của người xấu làm cho trở nên xấu: 2đ. Bị mang tiếng, để giữ danh dự (nói đến kết quả xấu nhưng không khái quát): 1đ. Không tốt: 0đ Báo cho nhà chức trách, cho nhân viên xếp chỗ ngồi: 2đ. Kéo chuông báo động, cố dập tắt lửa: 1đ. Hành động làm náo động, bỏ chạy: 0đ Ủng hộ Chính phủ duy trì sự quản lý của Nhà nước: 2đ. Để trả tiền cho cảnh sát, đường xá, trường học: 1đ Khái quát, trừu tượng: khi có cơ hội tốt hãy khai thác nó, hãy hành động khi thời cơ chín muồi: 2đ. Một thí dụ đặc biệt có liên quan nhưng không khái quát: 1đ Nói được 2 trong các lý do sau: để bảo vệ sức khỏe trẻ em, để giáo dục, tránh bệnh tật trẻ em: 2đ. Nói được 1 ý trên: 1đ Dùng một hiện tượng tự nhiên để tìm đường ra: hướng mặt trời, suối, rêu: 2đ. Nói lên một cách may rủi để thoát (mặt trời, rêu nhưng không giải thích, lối đi, leo lên cây để tìm mốc: 1đ. Nêu các hiện tượng vô nghĩa hoặc dựa vào dân, tìm công an, la lân, tìm con đường mà mình đi vào, tìm người bảo vệ rừng: 0đ

10. Tại sao người bầm sinh bị điếc thường bị câm?	Người ta phải nghe âm thanh, lời nói mới có thể nói lại, lặp lại. Nghe người nói rồi mới bắt chước nói lại được: 2đ. Nói và nghe có liên quan (nhưng không giải thích tại sao): 1đ. Không thấy mối liên hệ giữa nghe và học nói, tai và họng liên nhau: 0đ
11. Tại sao đất ở thành phố đắt hơn đất ở nông thôn?	Nói lên nhu cầu nhiều, cung cấp có hạn: 2đ. Nói khó khăn của cung, không nói đến nhu cầu. Nói thuận lợi của thành phố: nhà hát, điện nước, đi lại: 1đ. Không hiểu quy luật kinh tế: 0đ
12. Tại sao nam nữ khi lấy nhau phải đăng ký kết hôn?	Đề hợp thức hóa hình thức kiểm soát xã hội: 2đ. Đề phòng lấy vợ lẽ: 1đ
13. Câu châm ngôn “Thùng rỗng kêu to” có ý nghĩa gì?	Người nông cạn, ít hiểu biết hay nói nhiều, không sâu sắc: 2đ. Không hiểu nghĩa bóng hay nghĩa đen, thùng rỗng gõ vào kêu to: 1đ
14. Câu “Một con chim én không làm nên mùa xuân” có ý nghĩa gì?	Khái quát, trừu tượng: không thể dự đoán từ một kinh nghiệm riêng lẻ: 2đ. Lấy một thí dụ không tương đương với sự khái quát (thí dụ: 1 phần không làm được toàn thể): 1đ

TEST 3: TOÁN HỌC

CÂU HỎI	THỜI GIAN	TRẢ LỜI
1. Dùng các khối lập phương, xếp 7 khối với màu đỏ lên trên thành 2 nhóm 3 và 4 khối, rồi hỏi có bao nhiêu khối tất cả? (xáo trộn các khối trước khi tiến hành)	15s	7 khối
2. Bạn có 3 quyển vở, cho đi 1 còn lại bao nhiêu?	15s	2 quyển
3. 4 đồng với 5 đồng là bao nhiêu?	15s	9 đồng
4. Nếu mua một tem thư 6 đồng, đưa cho người bán tem 10 đồng, lấy lại bao nhiêu?	15s	4 đồng
5. Một người bán thu của 6 khách hàng mỗi người 25 đồng, thu tất cả được bao nhiêu?	30s	150 đồng
6. Trong 2 mét rưỡi có bao nhiêu centimet?	30s	250 cm
7. Với 36 đồng bạn mua được mấy quả táo, nếu mỗi quả táo giá 6 đồng	30s	6 quả táo

8. Phải mất bao nhiêu giờ để bạn đi được 24km với tốc độ mỗi giờ 3km?	30s	8 giờ
9. Nếu một người mua 7 con tem, giá mỗi con tem 2 đồng mà đưa cho người bán hàng tờ 50 đồng, thì người đó lấy lại bao nhiêu?	30s	36 đồng
10. Một người có 18 đồng, tiêu hết 7 đồng rưỡi, còn lại bao nhiêu?	30s	10,5 đồng
11. Giá tiền của dưa đóng hộp là 31 đồng 2 hộp, giá tiền của một tá hộp là bao nhiêu? (cho thêm 1đ nếu nói đúng trong vòng 1–10s)	30s	186 đồng
12. Một người mua một cái bàn cũ với giá tiền bằng 2/3 giá tiền bàn mới hết 400 đồng, hỏi bàn mới giá bao nhiêu? (thêm 1đ nếu nói đúng trong vòng 1-10s)	60s	600 đồng
13. Một người thợ, tiền công 60 đồng, phải rút ra nộp thuế 15%, vậy còn lại bao nhiêu? (thêm 1đ nếu nói đúng trong vòng 1-10s)	60s	51 đồng
14. 8 người hoàn thành một công việc trong 6 ngày, cần bao nhiêu người để làm xong công việc đó trong nửa ngày? (thêm 1đ nếu nói đúng trong vòng 1-20s)	120s	96

TEST 4: TƯƠNG TỰ

CÂU HỎI	TRẢ LỜI
1. Quả cam – quả chuối	2đ: đều là quả. 1đ: thức ăn, ăn được, chứa đựng vitamin
2. Áo khoác – áo dài	2đ: cả hai đều là quần áo. 1đ: đều bằng vải. 0đ: áo khoác ấm hơn áo dài, áo khoác mặc ngoài áo dài có khuy.
3. Rìu – cưa	2đ: dụng cụ, phương tiện cắt. 1đ: đều do thợ mộc dùng, là đồ ngũ kim. 0đ: làm bằng kim khí, người ta sợ chúng.
4. Cáo – sư tử	2đ: động vật, động vật có vú. 1đ: có 4 chân, có da, có đuôi. 0đ: giống nhau sư tử gầm, cáo sủa, nguy hiểm
5. Bắc – Tây	2đ: đều là phương hướng, đều là 2 điểm của la bàn. 1đ: cả 2 nói lên bạn có thể đi đâu (vị trí trên bản đồ)
6. Mắt – tai	2đ: là cơ quan giác quan, cơ quan nhận kích thích. 1đ: là cơ quan, là những bộ phận của cơ thể, ta biết được là nhờ chúng. 0đ: không nói được sự giống nhau

7. Không khí – nước	2đ: cần thiết cho sự sống, cho hoạt động của cơ thể, không thể sống khi thiếu chúng. 1đ: đều là những chất có oxy giúp chúng ta sống, là phương tiện giao thông, bạn cần cả 2, đều là chất lỏng. 0đ: khắp nơi trên quả đất, sản phẩm của thiên nhiên, không khí chứa nước
8. Bàn – ghế tựa	2đ: đều là đồ đạc trong nhà, đồ gỗ. 1đ: đồ vật nội trợ, tìm thấy trong nhà bếp, quán ăn. 0đ: bàn ghế ngồi khi ăn, ghế tựa để ngồi lên, có 4 chân
9. Quả trứng – hạt giống	2đ: khởi đầu cuộc sống, các chất thuộc phôi, mầm sự sống. 1đ: các vật đều xuất phát từ đá sinh ra, phương tiện sinh sản, đều có vỏ. 0đ: đều lớn lên, thức ăn ăn được
10. Bài thơ – bức tượng	2đ: công trình nghệ thuật, sáng tạo nghệ thuật, sự thể hiện tình cảm bằng nghệ thuật. 1đ: do người sáng tạo, tượng trưng, để ghi nhớ, để bán, vật vô tri vô giác, người ta thích chúng
11. Gỗ - rượu	Chất hữu cơ, đều chứa hydro và cacbon. 1đ: cháy, dùng như chất đốt. 0đ: sản phẩm của cây có ích
12. Thưởng – phạt	2đ: phương tiện tác động lên hành vi đạo đức, phương pháp gây động cơ, phương tiện tạo kỷ luật. 1đ: để rèn luyện con người, thể hiện thái độ. 0đ: làm tội cho một người
13. Con ruồi – cái cây	2đ: đều là sinh vật, có đời sống. 1đ: thở, lớn lên, cần thức ăn, do tạo hóa sinh ra, cần mặt trời để sống. 0đ: ruồi có cánh, cây có lá, ruồi bé, cây to có ích cho con người

TEST 5: NHỚ DÃY SỐ

Dãy số xuôi	Điểm	Dãy số ngược	Điểm
5-8-2	3	2-4	2
6-9-4	3	5-8	2
6-4-3-9	4	8-2-9	3
7-2-8-6	4	4-1-5	3
4-2-7-3-1	5	3-2-7-9	4
7-5-8-3-6	5	4-9-6-8	4
6-1-4-9-7-3	6	1-5-2-8-6	5
3-9-2-4-8-7	6	6-1-8-4-3	5

5-9-1-7-4-2-8	7	5-3-9-4-1-8	6
4-1-7-9-3-8-6	7	7-2-4-8-5-6	6
5-8-1-9-2-6-4-7	8	8-1-2-9-3-6-5	7
3-8-2-9-5-1-7-4	8	4-7-3-9-1-2-8	7
2-7-5-8-6-2-5-8-1	9	9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9	7-2-8-1-9-6-5-3	8
Cộng			

TEST 6: VỐN TỪ

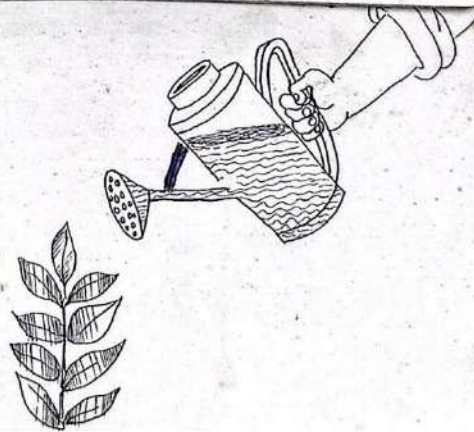
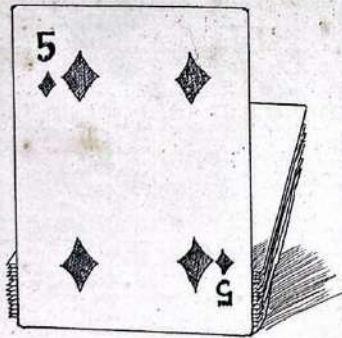
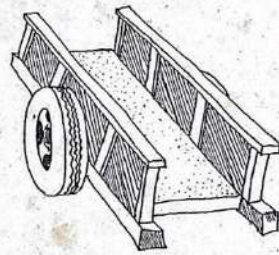
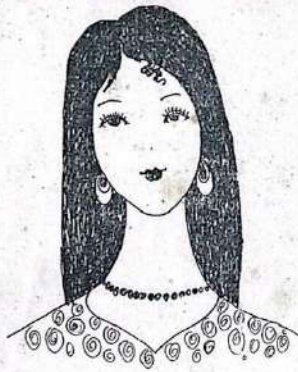
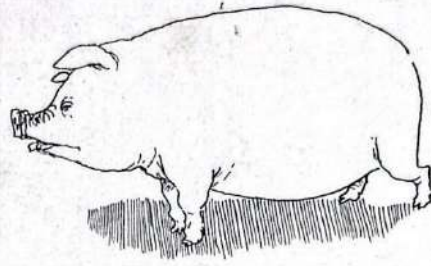
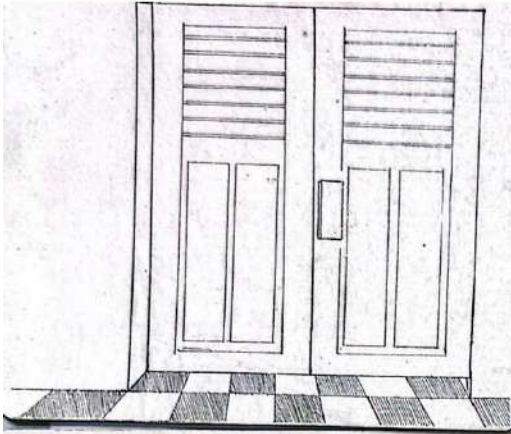
Từ	Nghĩa
1. Giường	Đồ bằng gỗ, tre dùng để nằm, ngồi (sắt)
2. Con tàu	Thuyền to chạy bằng máy : tên chung chỉ các phương tiện vận tải chạy bằng máy : tàu hỏa, tàu điện, tàu vũ trụ...
3. Đồng (nguyên văn là đồng xu (penny))	Nói được 2 trong các nghĩa sau : - Kim loại màu đỏ đã dát mỏng và kéo thành sợi, dẫn nhiệt và dẫn điện tốt - Một phần mười của lạng ta (3,75g) - Khoảng đất rộng không có nhà cửa, dùng để cày cấy, trồng trọt - Người mà thân linh hoặc hồn người chết nhập vào và nói chuyện về quá khứ, tương lai... (theo mê tín) - Từ đặt trước tên đơn vị tiền tệ, tiền nói chung, đơn vị tiền tệ Việt Nam - Giống nhau (đồng màu), cùng với nhau (đồng lòng)
4. Mùa đông	Mùa giá rét nhất trong năm, vào khoảng cuối năm này sang đầu năm khác
5. Sửa chữa	Sửa cho hết hỏng, làm cho tốt lại và dùng lại được
6. Điểm tâm	Ăn lót dạ bữa sáng, điểm tâm của đường tròn, tam giác
7. Vải	- Đồ dệt bằng sợi bông, thường dùng để may quần áo - Loại cây to thuộc họ bồ hòn, quả có vỏ mỏng màu đỏ nâu, mặt ngoài sần sùi, cùi có màu trắng, nhiều nước, ăn được
8. Lát cắt	Miếng mỏng do dao cắt ra
9. Ghép lại	Ráp mảnh nọ với mảnh kia, vật nọ với vật kia để cho liền

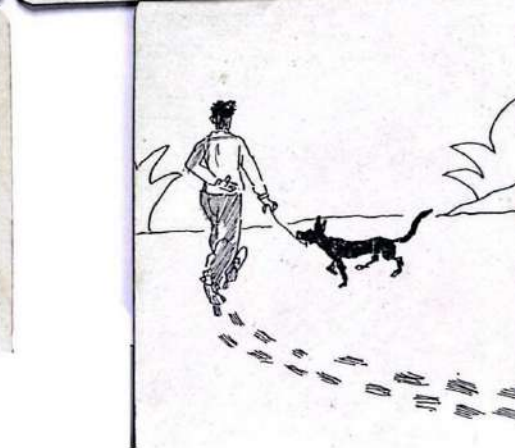
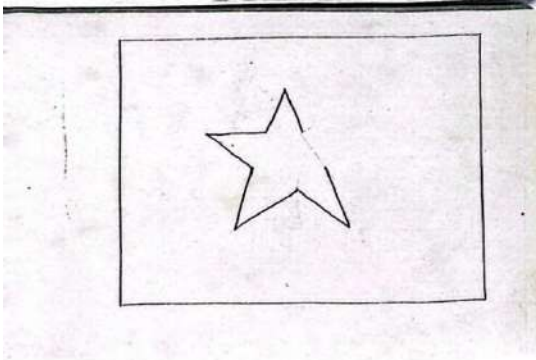
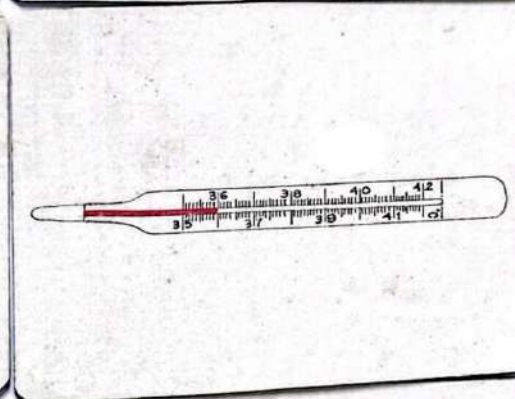
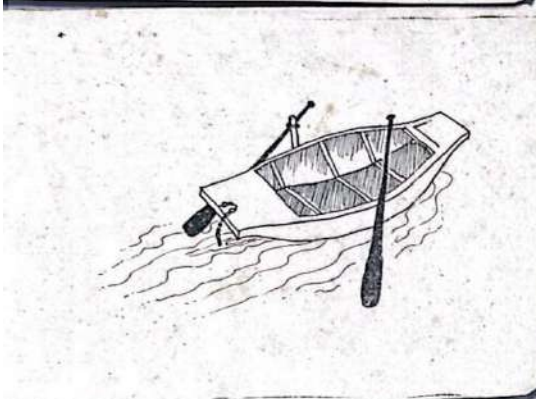
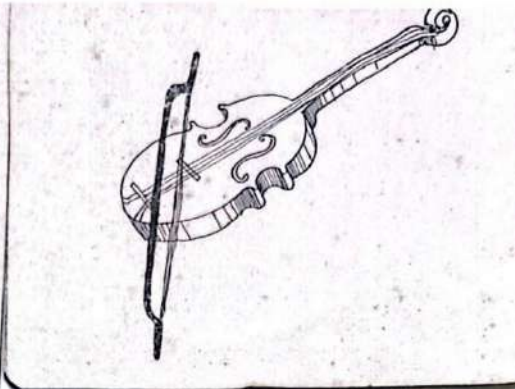
	lại với nhau
10. Giấu giếm	Cát kỹ, giữ kỹ
11. Vĩ đại	Lớn lao
12. Thúc giục	Nhắc nhở luôn để làm nhanh một việc gì đó
13. Câu	- Tập hợp nhiều từ diễn trọn một ý - Ngựa con (tuyệt in sắc ngựa câu giòn) (K) - Bắt cá bằng mồi mắc vào lưỡi câu thả xuống nước, như người bằng danh lợi - Bắn rót, bắn vòng vào (câu đại bác)
14. Điều chỉnh	Sửa đổi, sắp xếp lại cho đúng: sửa đổi chính sách
15. Bắt đầu	Làm phần thứ nhất của một việc, thời điểm vị trí xuất phát: cuộc hẹn bắt đầu từ 8h, quốc lộ 4 bắt đầu từ Móng Cái
16. Cân nhắc	So sánh cẩn thận để phân biệt hơn kém: so sánh lợi hại
17. Hang	Chỗ sâu đào dưới mặt đất, có tự nhiên trong núi
18. Chỉ định	Cấp trên hoặc tập thể cử ra một hay nhiều người làm một việc nhất định - Nói rõ ý nghĩa của một trong các từ
19. Nội trợ	Người phụ nữ chuyên làm việc trong gia đình, công việc trong nhà
20. Tiêu thụ	Sử dụng sản phẩm hàng hóa: tiêu thụ điện - Hàng hóa bán đi được: vải nội tiêu thụ nhanh
21. Kết thúc	Đến đoạn chót, đến chỗ chấm dứt
22. Che lấp	Làm cho kín, khuất, không trông thấy, không thông đường, bưng bít không cho người khác thấy: che lấp khuyết điểm, tội lỗi
23. Hối hận	Đau xót vì đã làm nhiều điều tội lỗi và muốn sửa đổi, sửa chữa
24. Miếu thờ	Nơi thờ thần
25. Miễn cưỡng	Gượng gạo làm cái gì mà mình không thích
26. Thiên tai	Tai họa do thiên nhiên gây ra: hạn hán, lụt lội
27. Ngoan cường	Bền bỉ và cương quyết
28. Vô song	Chỉ có một không có đến hai

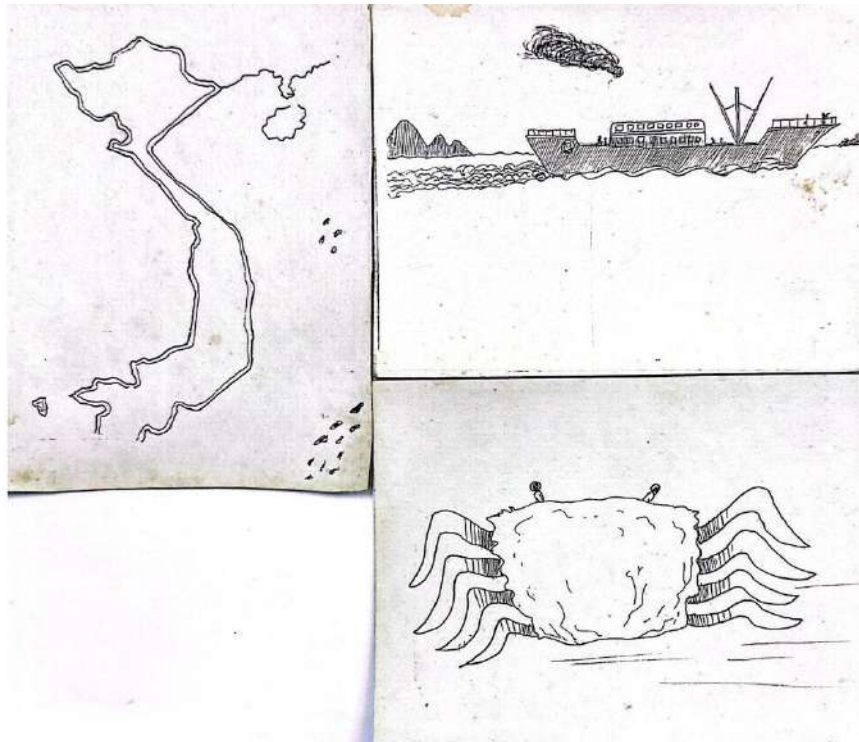
[illegible]

TEST 8: NÉT THIẾU

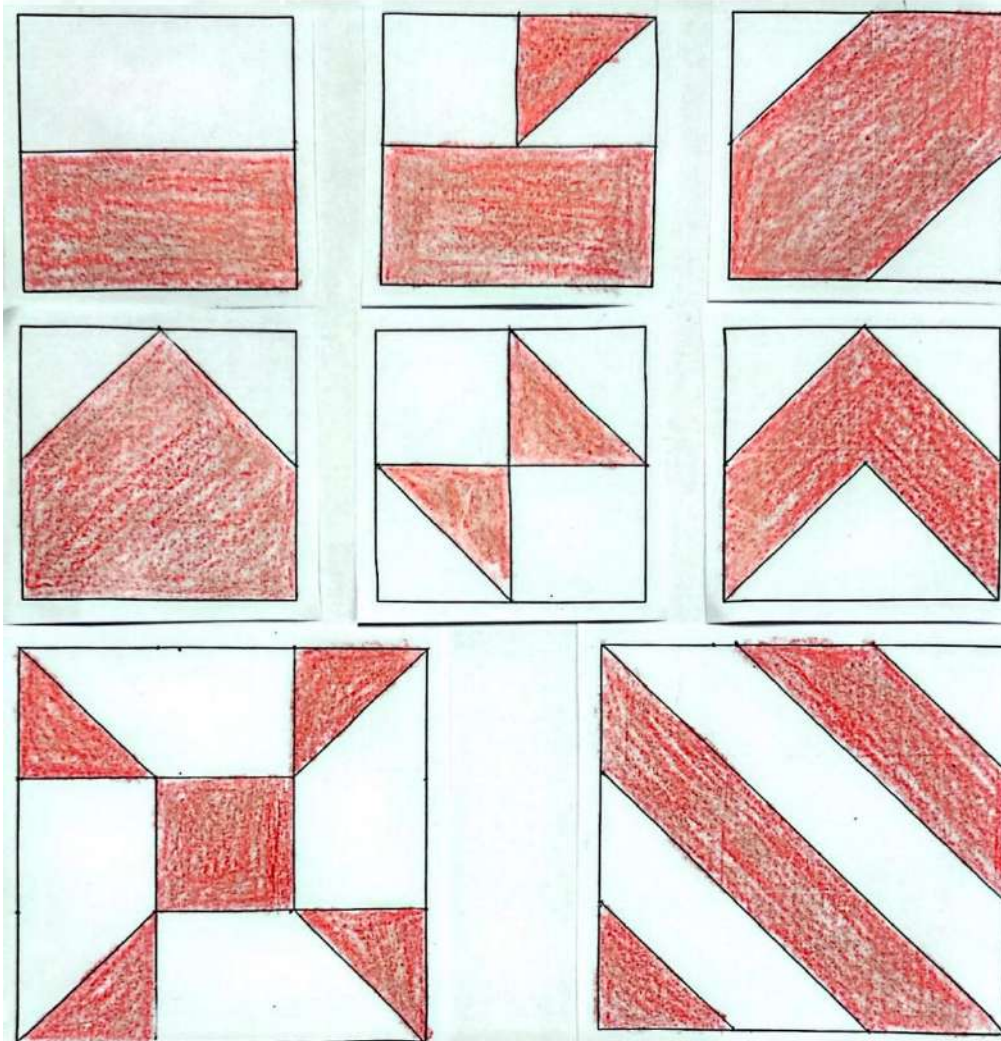
Hình	Bộ phận thiếu	Hình	Bộ phận thiếu
1. Cánh cửa	Tay cầm, lỗ khóa	12. Người và chó	Vết chân chó
2. Con lợn	Đuôi	13. Bản đồ Việt Nam	Mũi Cà Mau
3. Con gái	Mũi	14. Tàu thủy	Ống khói
4. Xe bò	Càng xe	15. Con cua	Hai càng
5. Con bài	Một hình rô	16. Cô gái soi gương	Hình cánh tay giơ lên
6. Bình tưới cây	Nước chảy	17. Em bé	Ngón tay
7. Người đeo kính	Cầu nối hai mắt kính	18. Con ngựa	Bàn đạp
8. Violon	Khóa lên dây	19. Người đàn ông	Lông mày
9. Xuồng	Cọc chèo	20. Cái ô	Gọng
10. Nhiệt kế	Màu đỏ ở đầu nhiệt kế	21. Mặt trời, nhà cây	Bóng cây
11. Cờ Việt nam	Một cánh sao	Cộng:	

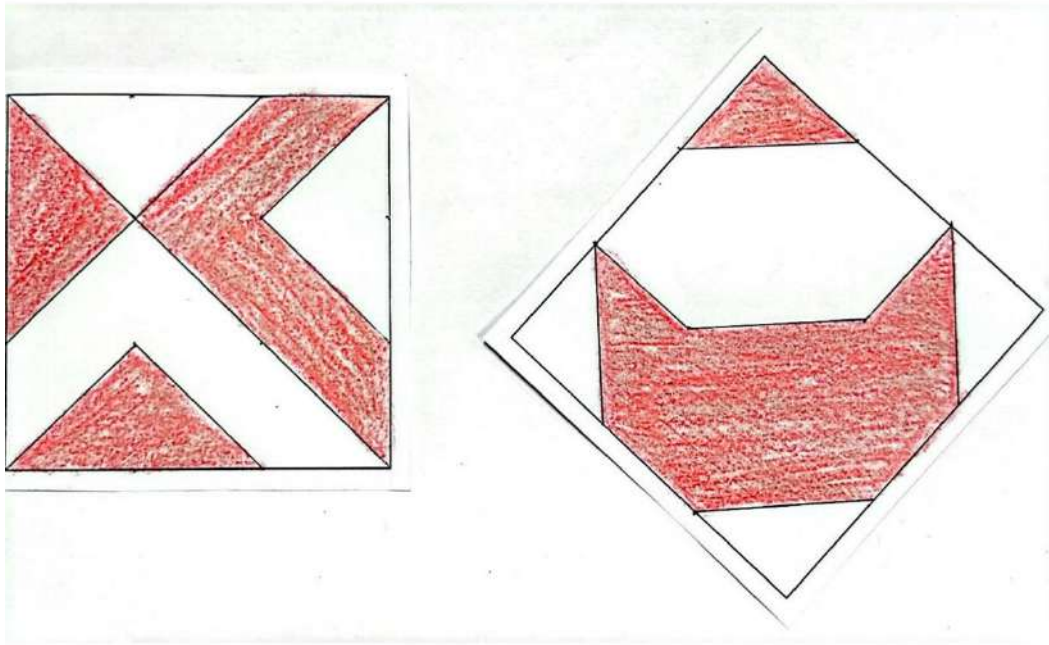




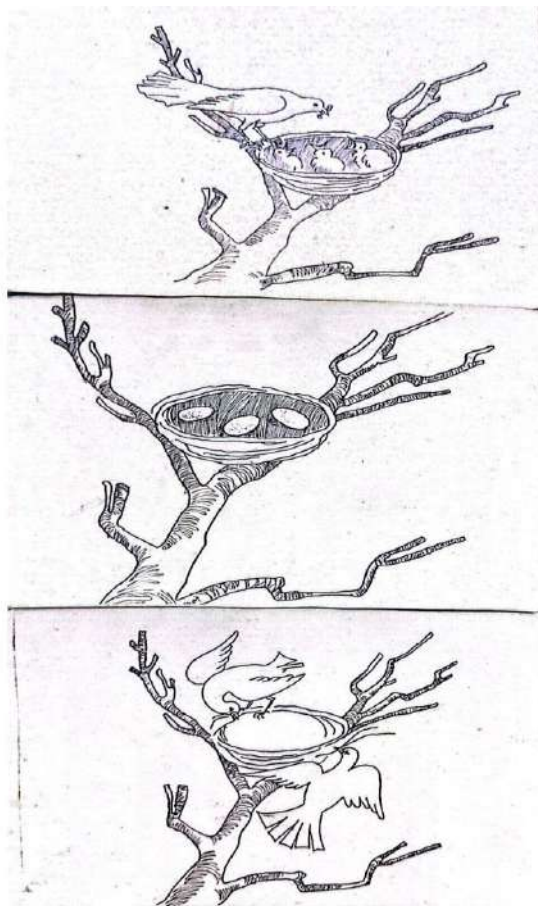


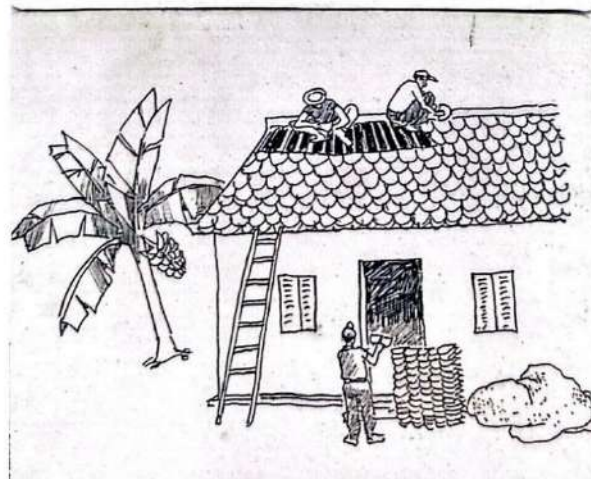
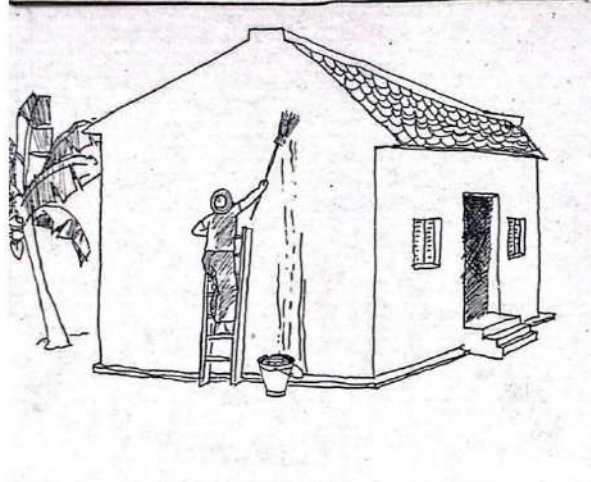
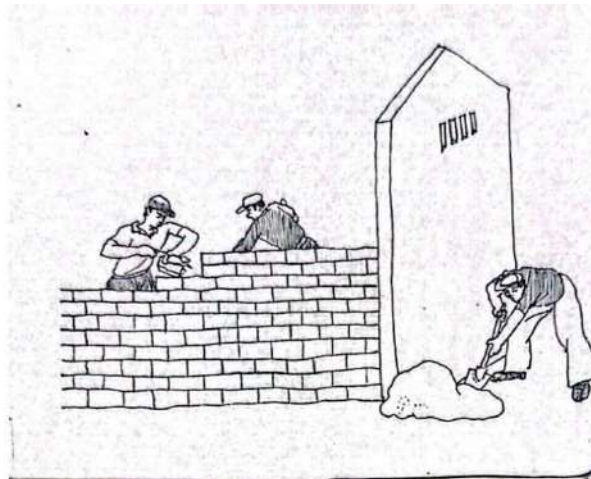


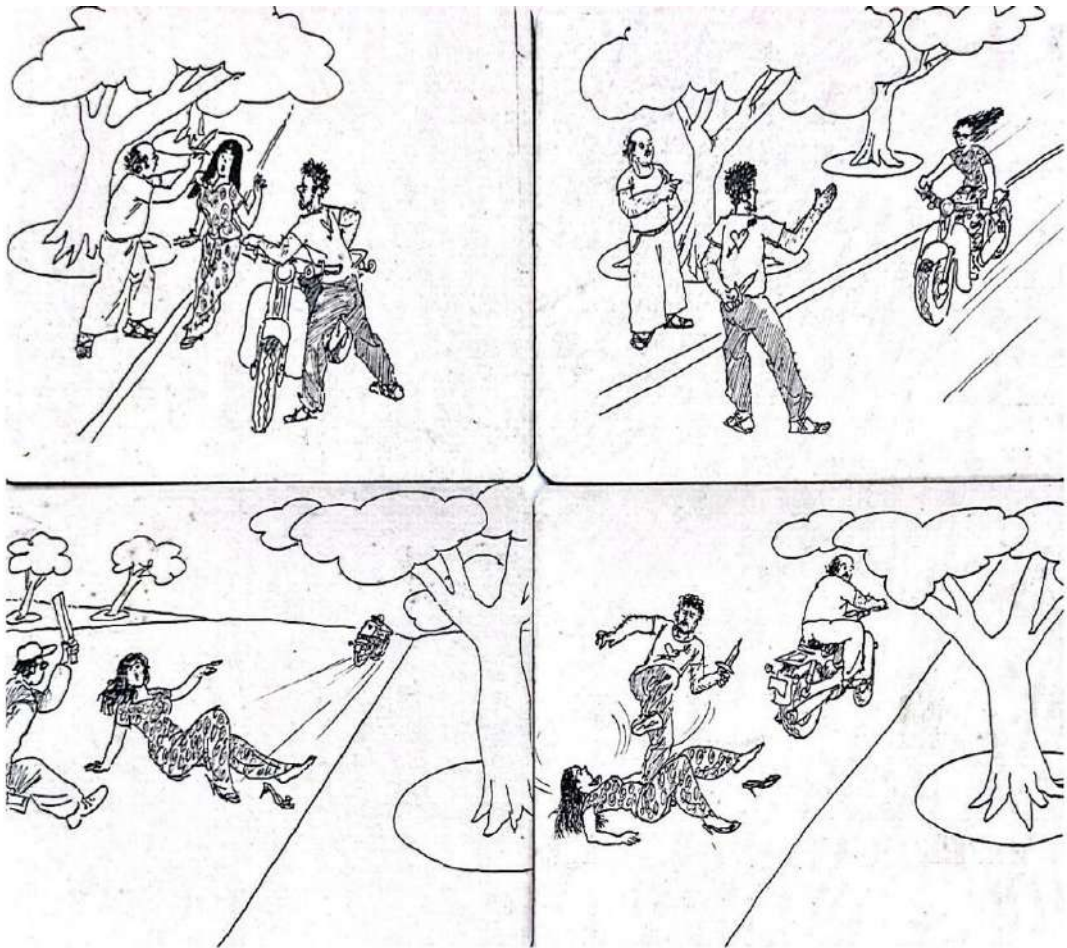
TEST 9: XẾP KHỐI

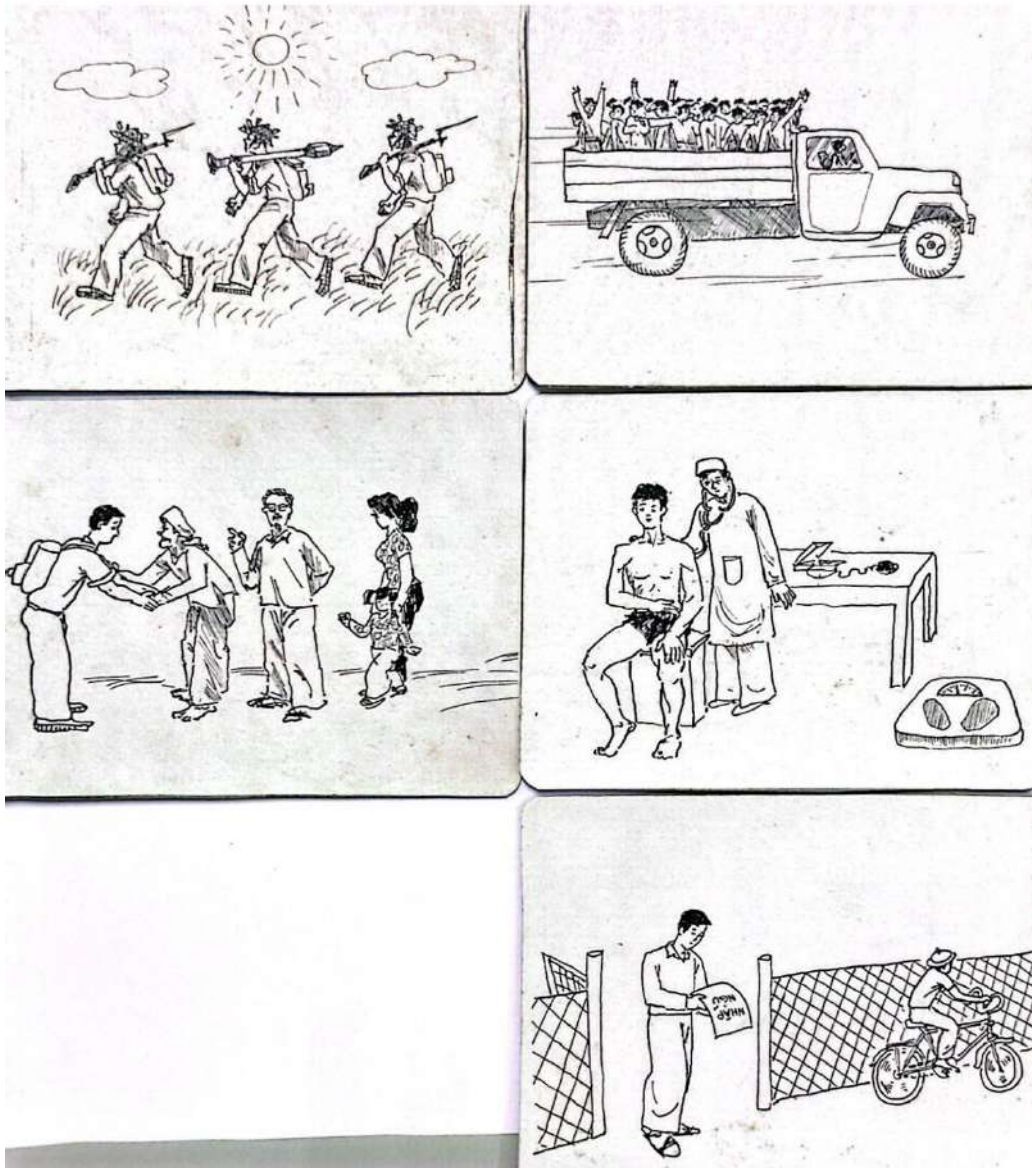


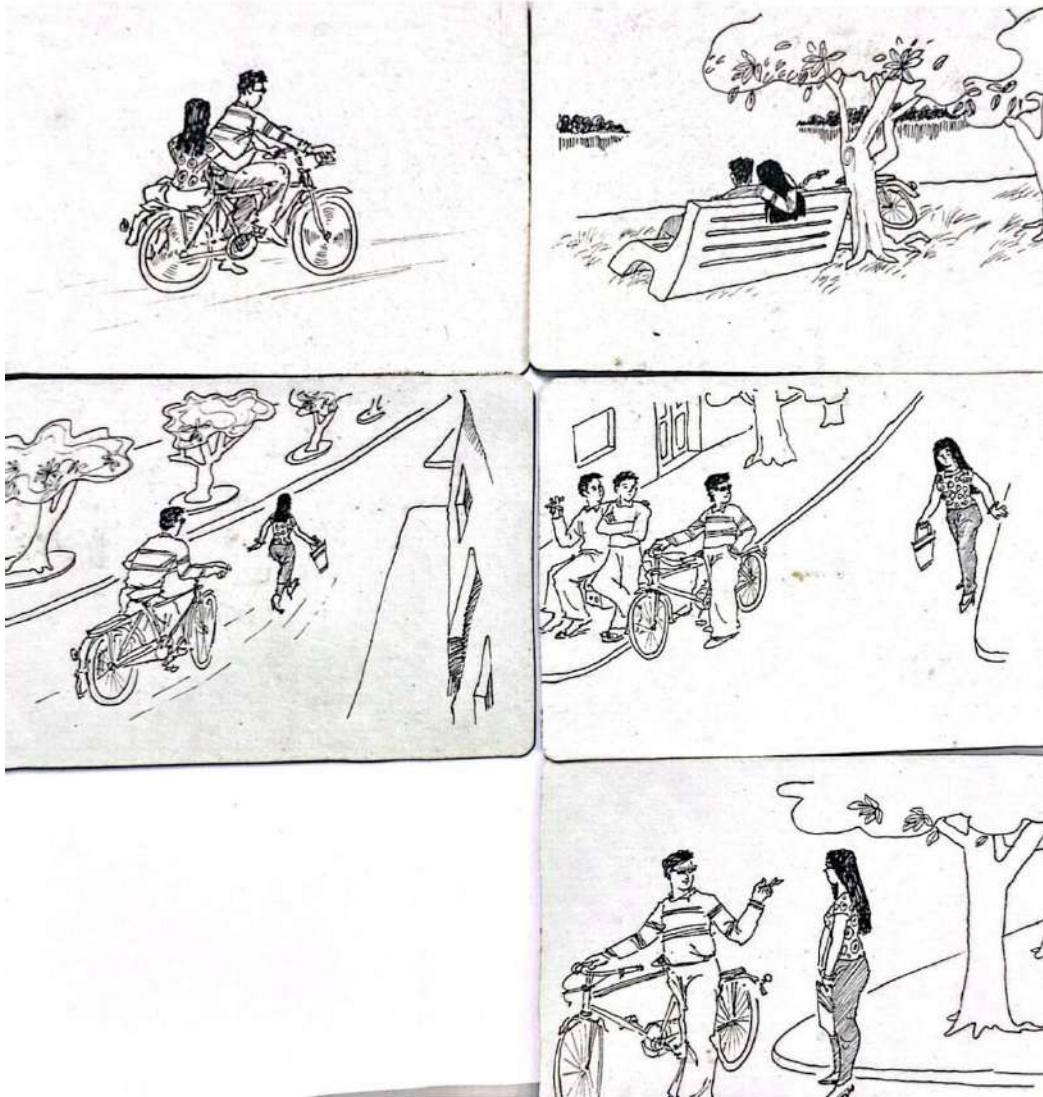
TEST 10: GHÉP TRANH

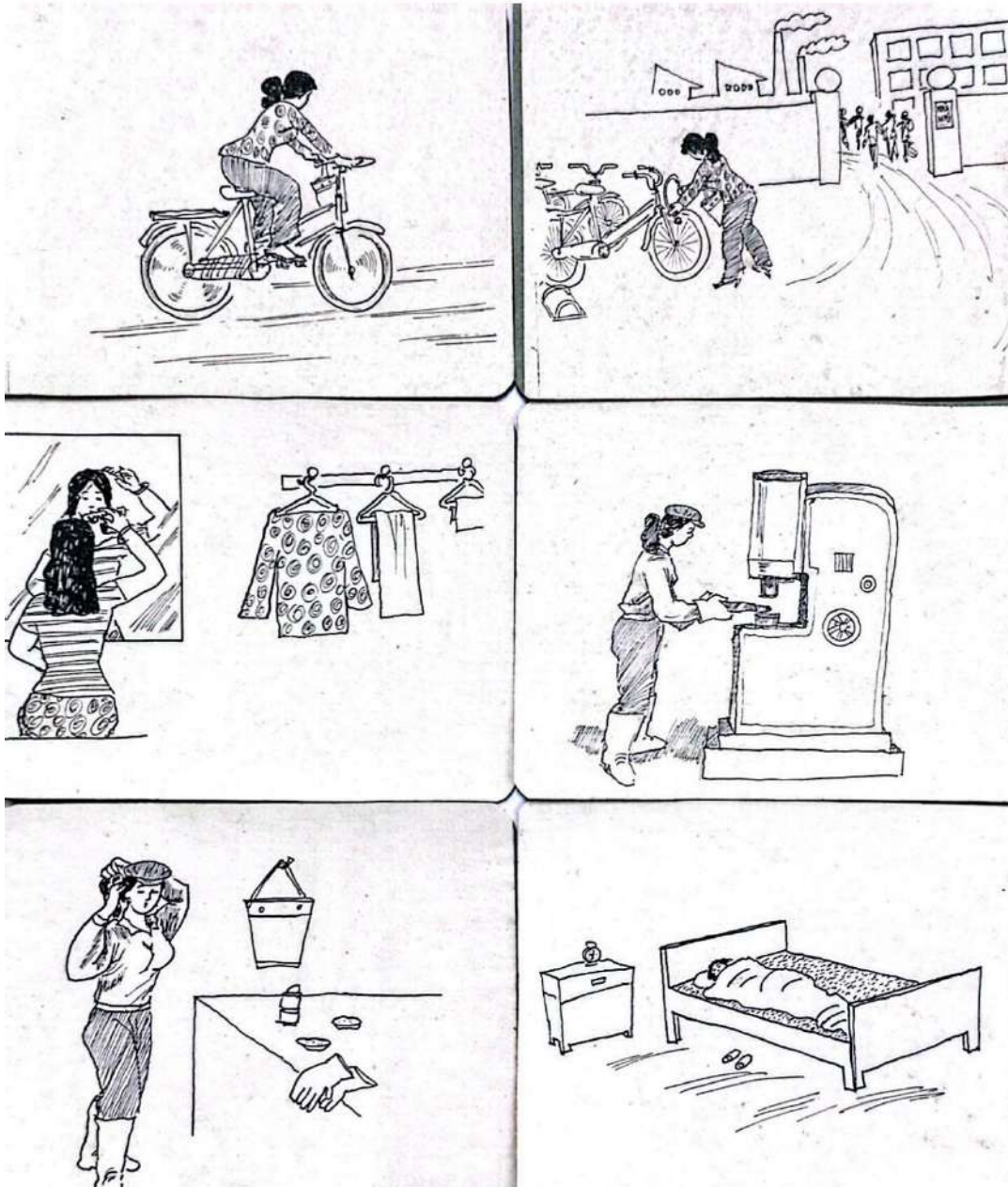


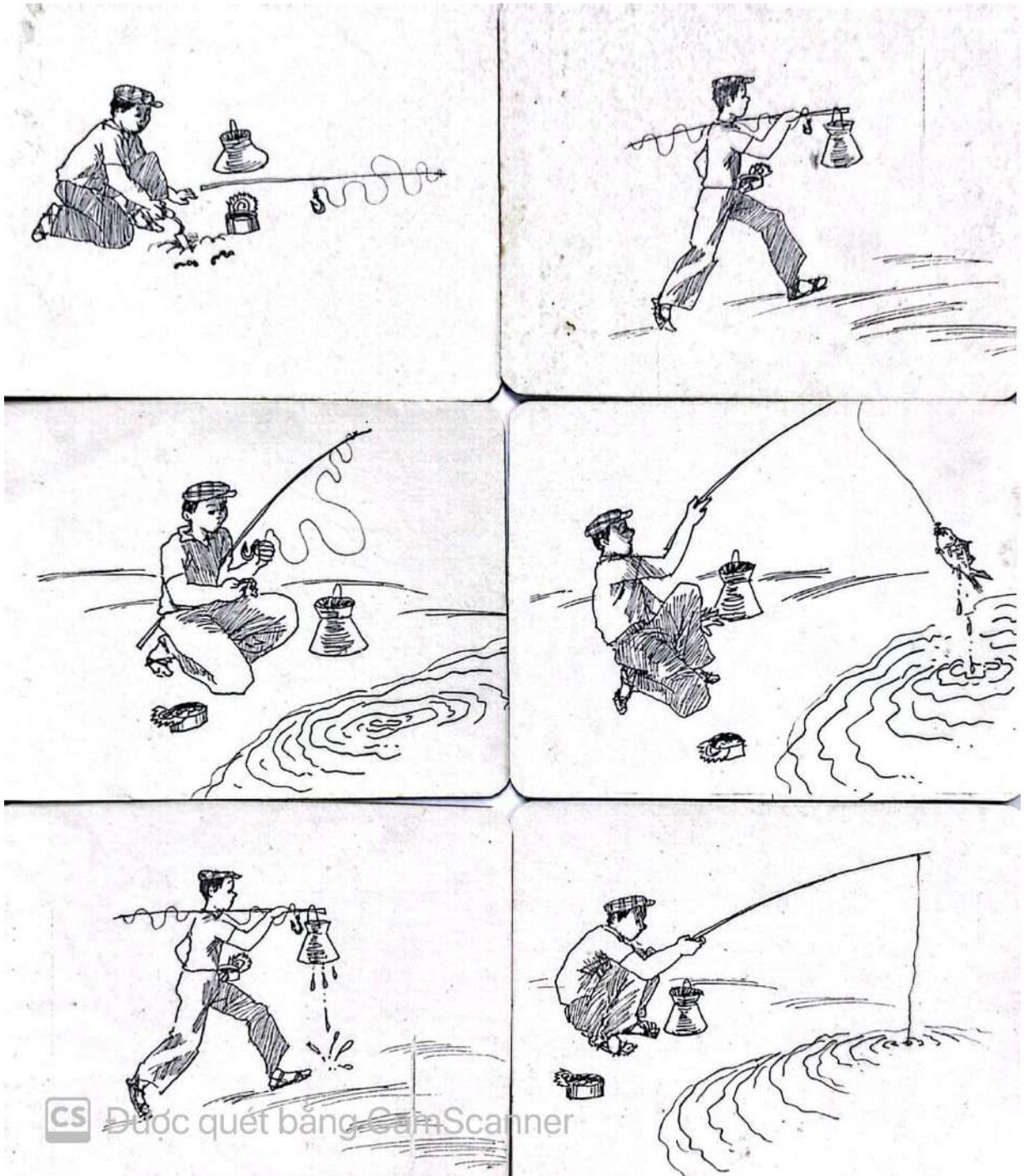


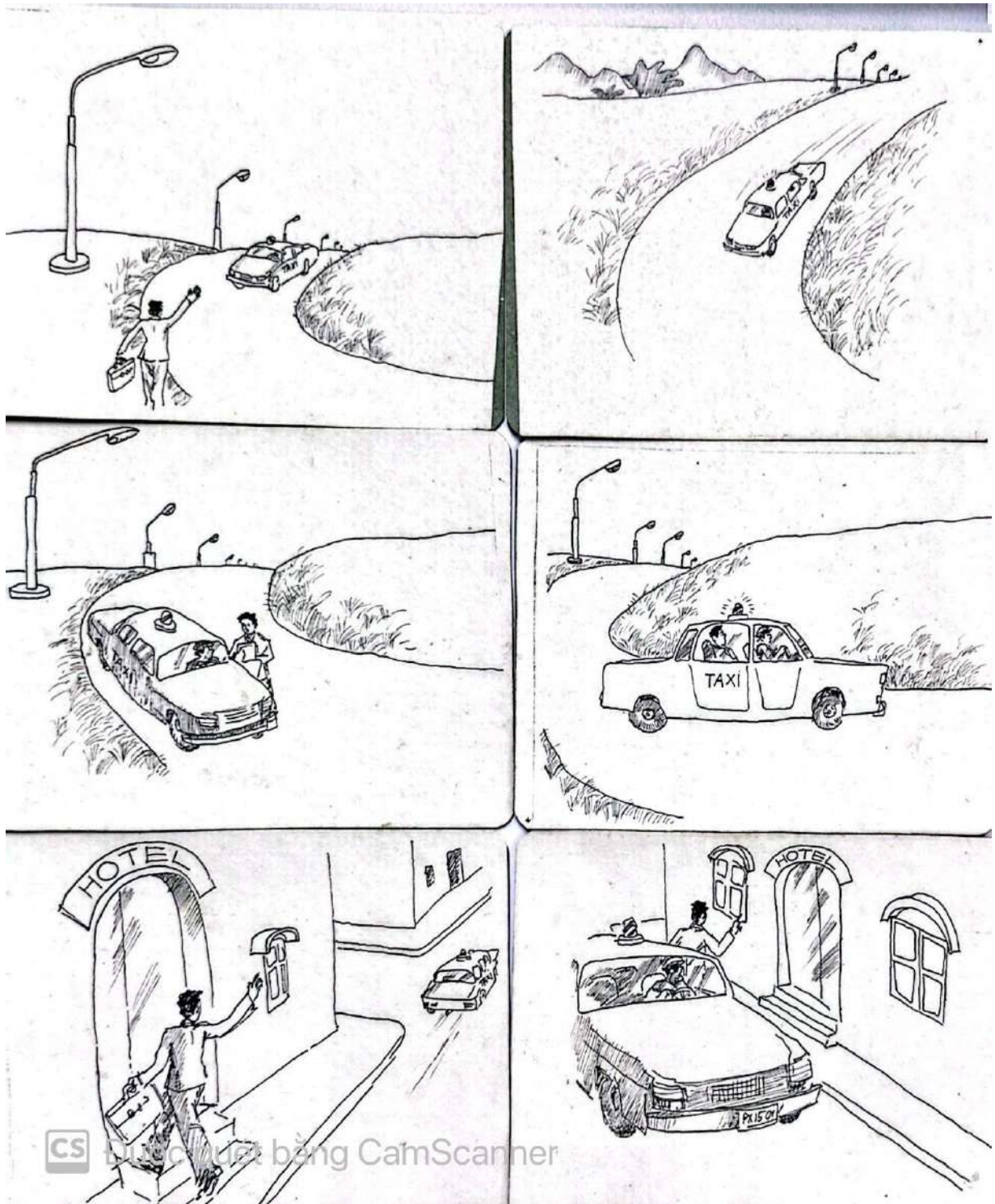




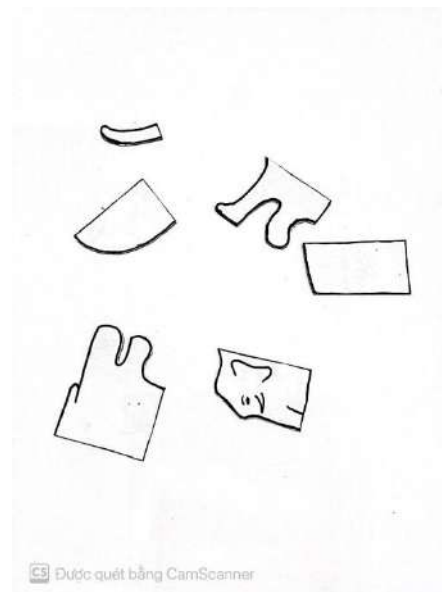
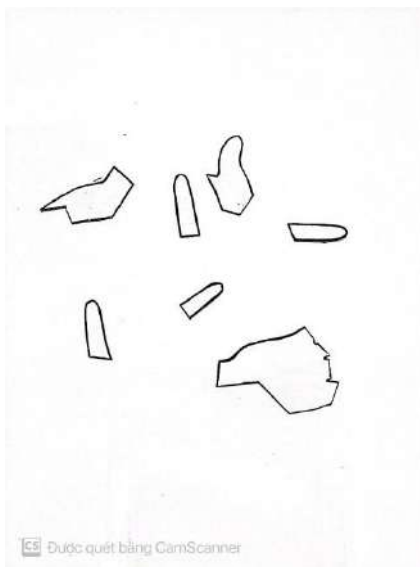
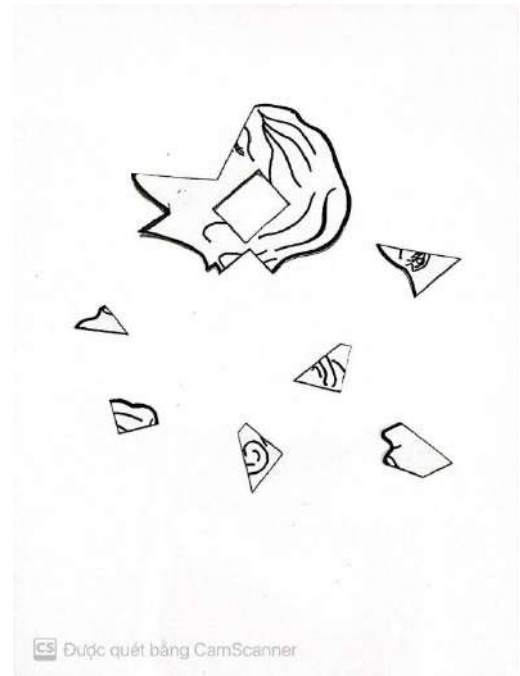
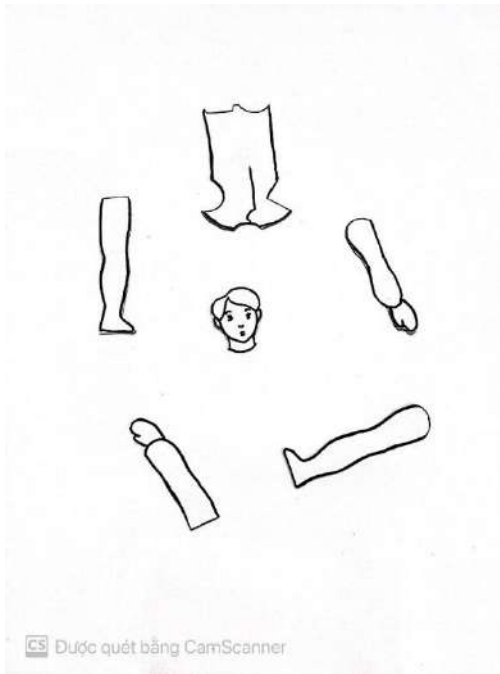








TEST 11: CHẬP HÌNH



22. TRẮC NGHIỆM TRÍ TUỆ TRẺ EM WECHSLER (WISC)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children - WISC) là một trắc nghiệm trí tuệ được sử dụng rộng rãi trong tâm thần học lâm sàng nhằm đánh giá mức độ trí tuệ ở trẻ em, đồng thời giúp loại trừ trong một số chẩn đoán của bác sĩ tâm thần.

Trắc nghiệm WISC đánh giá trí tuệ ở trẻ em được phát triển từ trắc nghiệm đánh giá trí tuệ ở người lớn WAIS được David Wechsler – Giáo sư Tâm lý học lâm sàng làm việc tại Mỹ xây dựng lần đầu tiên năm 1939. Bản sửa đổi (WISC-R) được công bố năm 1974. Phiên bản WISC-II được xuất bản năm 1991, phiên bản WISC-IV được xuất bản năm 2003 và hiện nay đã có phiên bản mới nhất WISC-V.

Trắc nghiệm WISC được Wechsler chia thành 15 tiểu nghiệm. 10 tiểu nghiệm cũ của phiên bản WISC-III và 5 tiểu nghiệm bổ sung. Cụ thể như sau:

Chỉ số Hiểu bằng lời (VCI) gồm: từ vựng, tìm điểm tương đồng, hiểu, thông tin và lý luận từ.

Chỉ số Lý luận Nhận thức (PRI) gồm: thiết kế khối gỗ, khái niệm hình ảnh, lý luận ma trận và hoàn thành bức tranh.

Chỉ số Trí nhớ Công việc (WMI) gồm: nhắc lại số, trật tự chữ-số và số học.

Chỉ số Tốc độ Xử lý (PSI) gồm: mã hoá, tìm kiếm biểu tượng và ghi chú hình.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc và đánh giá trí tuệ ở trẻ em từ 6 đến 15 tuổi.

Đánh giá tiến triển điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ trắc nghiệm trí tuệ trẻ em Wechsler (WISC), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

120-180 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích.

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Trước khi bắt đầu phỏng vấn, tiến hành làm quen với trẻ bằng một số câu hỏi thông tin:

“- Tên cháu là gì? Cháu bao nhiêu tuổi?

Nhà cháu ở đâu? (số nhà, tên phố)

Bố cháu tên gì? Bố cháu là nghề gì?

Mẹ cháu tên gì? Mẹ cháu làm nghề gì?

Nhà cháu có bao nhiêu người? Là những ai?”

Sau phần hỏi thông tin làm quen, tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi WISC.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

6.2.1. Phần 1 – Kiến thức chung (30 câu hỏi):

- Hướng dẫn: “Sau đây, chúng tôi sẽ hỏi một số câu hỏi về kiến thức chung, cháu hãy đưa ra câu trả lời nhé”.

- Lưu ý: không được giải thích rõ hay nói lệch câu hỏi. Nếu sai 5 câu liên tiếp, dừng test phần 1.

6.2.2. Phần 2 – Kinh nghiệm sống (15 câu):

Hướng dẫn: như phần 1.

Có thể nhắc lại câu hỏi nhưng không sửa, có thể yêu cầu đối tượng giải thích. Nếu sau 10 đến 15 giây đối tượng chưa trả lời thì lặp lại câu hỏi; dừng test có 3 mục liên tiếp không trả lời được.

6.2.3. Phần 3 – Tính toán (14 câu hỏi):

Hướng dẫn: “Nào bây giờ chúng ta sẽ thử một chút nhé” (tránh nói đến “làm toán” để không gây tâm lý căng thẳng và thái độ âm tính ở trẻ).

Từ bài tập 1 đến 12, đọc cho trẻ làm tính nhẩm, từ bài tập 13 đến 16, cho trẻ tự đọc và làm nhẩm.

Với trẻ dưới 8 tuổi hoặc trên 8 tuổi có thiểu năng, bắt đầu từ bài tập 1; với trẻ trên 8 tuổi trí tuệ bình thường, bắt đầu từ bài tập 4 và cộng thêm 3 điểm (tính đúng cho 3 bài tập đầu mà không cần trẻ trả lời).

Dừng test phần 3 nếu 3 bài tập liên tiếp trả lời sai.

6.2.4. Phần 4 – Khái niệm chung (16 câu hỏi):

- Với trẻ dưới 8 tuổi hoặc trên 8 tuổi có thiểu năng, hướng dẫn: “Nếu cô/chú nói như thế này, thì cháu nói tiếp như thế nào?”

- Nếu trẻ trả lời đúng 2 trên 4 câu, tiếp tục cho thực hiện các câu tiếp theo.

Với trẻ trên 8 tuổi trí tuệ bình thường, hướng dẫn: “Cô/chú sẽ nói 2 từ, mô tả đồ vật hay sự việc nào đó, cháu hãy nói xem cái gì là giống nhau, là điểm chung giữa chúng nhé. Ví dụ: “cam” và “bưởi” có cái gì chung giữa chúng nào?”

- Để trẻ trả lời, nếu chưa đạt điểm tối đa, giải thích lại cho trẻ (tính điểm theo câu trả lời đầu tiên). Tiếp tục tương tự với ví dụ ở câu tiếp theo, sau đó không giải thích gì thêm và tiếp tục hỏi các câu tiếp theo. Nếu câu 6 trẻ được điểm tối đa, bỏ qua 4 câu đầu tiên và tính 4 điểm, nếu đạt 1 điểm trở xuống, hỏi lại 4 câu đầu tiên.

- Từ câu số 7 chỉ hỏi và ghi câu trả lời, không giải thích gì thêm, dừng test phần 4 nếu sai 3 mục liên tiếp.

6.2.5. Phần 5 – Nhắc lại chuỗi số (Chuỗi số xuôi – chuỗi số ngược):

*Nhắc lại chuỗi số xuôi:

- Hướng dẫn: “Cô/chú sắp đọc một số dãy số, cháu chú ý khi cô/chú dừng đọc, cháu hãy nhắc lại ngay đúng thứ tự dãy số như cô/chú vừa đọc nhé”.

- Bắt đầu từ bộ 1 (có 2 bộ có cùng số lượng dãy số nhưng khác số). Đọc mỗi số cách nhau 1 giây. Nếu nhắc sai bộ 1 thì chuyển sang dãy tương đương ở bộ 2. Nếu sai cả bộ 2 dừng test phần nhắc chuỗi số xuôi; nếu đúng bộ 2 tiếp tục hỏi bộ 1 ở dãy số nhiều hơn.

*Nhắc lại chuỗi số ngược:

- Hướng dẫn: “Giờ cô/chú tiếp tục đọc dãy số, nhưng lần này khi nhắc lại, cháu hãy đọc ngược lại thứ tự dãy số từ dưới lên trên. Ví dụ cô/chú đọc 1 – 2 – 3, cháu phải đọc là gì? Nếu trẻ nhắc đúng theo thứ tự ngược thì bắt đầu đọc vào phần câu hỏi chính, nếu trẻ nhắc sai thì hướng dẫn lại: cháu phải đọc thứ tự đúng là 3 – 2 – 1 nhé, rồi tiếp tục đọc vào phần câu hỏi chính.

- Cách tiến hành còn lại tương tự phần nhắc lại chuỗi số xuôi.

6.2.6. Phần 6 – Bài kiểm tra vốn từ (40 từ):

- Bắt đầu hỏi từ thứ 1 và hướng dẫn: “Cháu là cháu biết và hiểu được nhiều từ, cô/chú muốn xem cháu hiểu thế nào nhé. Ví dụ, cô/chú nói từ “Con chó”, cháu thử nói xem “Con chó” là con gì nào?”.

- Sau khi trẻ đưa ra câu trả lời, CBTN vẫn đưa ra câu giải thích: con chó là động vật, con vật nuôi trong nhà, dùng để giữ nhà, đi săn hoặc làm cảnh; chó có 4 chân, có 2 tai, có lông, có đuôi, ví dụ: chó săn, chó béc-giê, chó phốc, chó Nhật, chó vàng, chó vện”.

- Tiếp tục hỏi từ thứ 2 “Áo mưa là gì?”. Nếu trẻ trả lời không đúng, giải thích “Áo mưa là áo may bằng ni lông, vải nhựa hoặc vải bằng cao su, dùng để đi mưa cho khỏi ướt”.

- Từ từ thứ 3 trở đi, hỏi mà không giải thích gì thêm. Dừng test phần 6 nếu sau 5 từ trẻ không trả lời đúng.

- Lưu ý: mọi nghĩa của từ đều chấp nhận được, không kể đến lời văn chau chuốt, tuy nhiên nội dung nghèo nàn, sự hiểu biết mơ hồ không được đánh giá cao.

6.2.7. Phần 7 - Ký hiệu (Bảng 100 ký hiệu):

- Ở trẻ dưới 8 tuổi hoặc trẻ trên 8 tuổi có thiếu năng, hướng dẫn: “Ở đây cô/chú có các hình khác nhau, trong mỗi hình có một loại dấu (chỉ vào các hình) (50 hình). Cháu hãy quan sát thật kỹ để vẽ nhớ các dấu này vào các hình như thể ở phía dưới đây. Cháu hãy cố gắng làm thật nhanh. Bắt đầu tính thời gian sau khi trẻ thử xong 5 hình. Thời gian thực hiện là 120 giây. Hết thời gian dừng test.

- Ở trẻ từ 8 tuổi trí tuệ bình thường trở lên, hướng dẫn: “Ở đây có các con số từ 1 đến 9, dưới các con số là các ký hiệu, mỗi số có một ký hiệu riêng. Nhiệm vụ của cháu là hãy điền những ký hiệu này vào mỗi con số ở dưới đây (chỉ vào các số) (92 số). Cháu hãy cố gắng vẽ nhanh nhất có thể nhé”. Để trẻ thực hiện thử 5 ô, nếu sai cho trẻ thực hiện lại cho đúng, tính thời gian sau phần làm thử. Thời gian thực hiện 120 giây. Hết thời gian dừng test.

6.2.8. Phần 8 – Bỏ sung tranh (20 hình):

- Hướng dẫn: “Ở đây cô/chú có một số bức tranh nhưng bức tranh đó vẽ thiếu 1 bộ phận, cháu hãy nhìn kỹ và nói phần nào còn thiếu trong tranh nhé”.

- Có thể hướng dẫn đối tượng hình 1 và hình 2, sau không hướng dẫn gì thêm. Đối tượng có thể nói không chính xác từ nhưng chỉ đúng nét thiếu cũng được tính điểm.

- Tính thời gian suy nghĩ 15 giây cho mỗi hình, sau 15 giây nếu đối tượng không đưa ra được câu trả lời, chuyển hình khác.

6.2.9. Phần 9 – Sắp xếp tranh (12 mẫu):

- Trẻ dưới 8 tuổi hoặc trên 8 tuổi có thiếu năng, đưa bộ tranh 1 và hướng dẫn: “Đây là bức tranh về một con chó nhưng đã bị cắt ra, chúng ta cùng sắp xếp lại để có thể nhận ra hình con chó nhé”. Tiếp tục hướng dẫn: “Đầu nó ở phía trước, sau đó đến thân và cuối cùng là đuôi”. Dừng lại một chút để trẻ xem kỹ, sau đó tách rời ra, xáo trộn và đề nghị trẻ sắp xếp lại, hướng dẫn: “Bây giờ cháu hãy sắp xếp lại để thành bức tranh con chó”.

- Tiếp tục đưa bộ tranh 2 “mẹ và con” cho trẻ sắp xếp, nếu trẻ không xếp được, chuyển sang bộ tranh 3 “tàu hỏa”. Nếu cả 3 bộ tranh đầu tiên chỉ được 1-2 điểm, đưa bộ tranh thứ 4 “Cân” và hướng dẫn; “Bài này khó hơn một chút, cháu hãy sắp xếp các tranh thành một câu chuyện”.

- Nếu bộ tranh “Cân” không sắp xếp được thì chuyển sang bộ tranh “Ném”. Nếu giải được 3 bài thì chuyển sang bộ tranh “Cháy” và từ đây chỉ hướng dẫn không giải thích thêm. Dừng thực hiện nếu sai 2 bộ tranh liên tiếp.

- Trẻ trên 8 tuổi trí tuệ bình thường, bắt đầu từ bộ tranh “Ném” nhưng không tính điểm, hướng dẫn: “Những tranh này cho ta biết một câu chuyện về cậu bé ném đá, tuy nhiên còn đang lộn xộn, cháu hãy nhìn cô/chú sắp xếp lại sau đó cháu sẽ làm như vậy nhé” (sắp xếp và đợi vài phút cho trẻ quan sát). Sau đó hướng dẫn tiếp: “Ở đây có nhiều bộ tranh như vậy, cô muốn cháu sắp xếp lại thành những câu chuyện, khi nào hoàn chỉnh cháu nói “xong” nhé”. Thứ tự có thể từ trái sang phải, trên xuống dưới hoặc ngược lại, hỏi lại trẻ để xác nhận thứ tự các bức tranh để tính điểm.

- Nếu bộ tranh “Ném” trẻ không xếp được thì chuyển bộ tranh: “Cháy” và “Trộm”. Không giải được 2 bộ này thì quay lại 4 bộ đầu tiên “Con chó”, “mẹ và con”, “Tàu hỏa” và “Cân”. Sau đó chấm điểm và ngừng test. Ngừng test nếu trẻ không thực hiện được 2 bài liên tiếp.

6.2.10. Phần 10 - Ghép hình khối (10 mẫu)

- Trẻ dưới 8 tuổi và trên 8 tuổi có thiếu năng, hướng dẫn: “Cô/chú có 4 khối gỗ có các sắc màu khác nhau, bây giờ cô sẽ ghép thành 1 hình, cháu hãy nhìn nhé”. Ghép các khối gỗ theo mẫu A, sau đó đưa trẻ 4 khối gỗ khác và nói: “Bây giờ cháu hãy ghép giống cô”. Nếu trẻ chưa biết làm, đề nghị trẻ xem và ghép lại hình mẫu A bằng các khối vuông của trẻ, sau đó xóa hình và đề nghị trẻ thử lại.

- Chuyển sang mẫu B, ghép mẫu không cho trẻ thấy và đề nghị trẻ ghép các khối gỗ của trẻ theo hình mẫu. Nếu trẻ không xếp được thì ghép các khối của trẻ trước mặt trẻ cho trẻ quan sát, sau đó xóa hình và đề nghị trẻ ghép lại.

- Mẫu C cho trẻ xem hình mẫu trên giấy và nói: “Giờ chúng ta sẽ ghép hình theo mẫu trên giấy này nhé. Trước tiên cô sẽ ghép cho cháu nhìn trước nhé”. Ghép hình trước mặt trẻ rồi xóa đi, yêu cầu trẻ ghép lại giống mẫu trên giấy. Nếu trẻ không ghép được, làm mẫu lại một lần nữa, nếu trẻ vẫn không ghép được, dừng test.

- Thời gian ghép hình cho 3 mẫu A, B, C là 45 giây.

- Trẻ trên 8 tuổi trí tuệ bình thường, bắt đầu từ mẫu C, hướng dẫn giống như hướng dẫn trẻ dưới 8 tuổi hoặc trên 8 tuổi có thiếu năng, nếu sau 2 lần làm mẫu lại vẫn ghép sai thì quay lại mẫu A và B và dừng test. Nếu trẻ ghép được mẫu C thì chuyển sang mẫu 1 và tính điểm làm đúng tối đa cho hình A và B.

- Cho trẻ xem mẫu 1, đưa 4 khối và đề nghị trẻ ghép theo mẫu 1, nếu hết thời gian chưa ghép đúng thì xóa hình đi và đưa mẫu 2 đề nghị ghép theo. Nếu trẻ ghép đúng thì đưa mẫu tiếp theo. Đến mẫu 5 thì đưa thêm 5 khối gỗ nữa để trẻ ghép theo mẫu tiếp theo.

- Nếu trẻ sai 2 lần liên tiếp, dừng test. Chấm điểm theo thời gian quy định.

6.2.11. Phần 11 – Ghép hình (4 bộ hình):

- Lấy bộ hình 1 “Cậu bé”, xếp các mảnh ghép theo yêu cầu của đề bài và hướng dẫn: “Cô có vài mảnh ghép và từ các mảnh ghép này có thể ghép được một cậu bé. Cháu hãy làm theo”.

- Theo dõi trẻ ghép hình và tính thời gian. Chờ hết thời gian để xem trẻ có thể ghép đến đâu để tính điểm và chờ cho trẻ ghép xong hình. Thời gian tối đa: 120 giây.

- Tiếp tục yêu cầu trẻ ghép hình với các hình tiếp theo “Con ngựa”; “Mặt” và “Ô tô”. Căn cứ vào thời gian hoàn thành để tính điểm.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà đối tượng đạt được

+ Đồi chiếu điểm tổng theo lứa tuổi để có điểm chuẩn.

+ Đồi chiếu điểm chuẩn ra điểm IQ.

+ Đối chiếu điểm IQ của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ IQ của Wechsler

Bảng tham chiếu mức độ trí tuệ

WISC	Điểm đánh giá	Kết quả
Chỉ số rất xuất sắc	≥ 130	
Chỉ số xuất sắc	120 – 129	
Chỉ số thông minh	110 – 119	
Chỉ số trung bình	90 – 109	
Chỉ số dưới trung bình	80 – 89	
Trạng thái ranh giới	70 – 79	
Có khuyết tật trí tuệ	≤ 69	

- Đối với các trường hợp có khuyết tật trí tuệ, tiến hành phỏng vấn, đánh giá thêm để xác định mức độ khuyết tật trí tuệ theo Bảng phân loại và đặc điểm của người chậm phát triển tâm thần (Kisler, 1964).

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wechsler, D. (1991). The Wechsler intelligence scale for children—third edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
2. Wechsler, D. (2004). The Wechsler intelligence scale for children—fourth edition. London: Pearson Assessment.
3. Ngô Công Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Bình, Nguyễn Thị Kim Quý (2004), Những trắc nghiệm tâm lý – Tập 1 (Những trắc nghiệm trí tuệ), NXB Đại học Sư phạm.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRÍ TUỆ TRẺ EM WECHSLER (WISC)

1. PHẦN KIẾN THỨC CHUNG: mỗi câu trả lời đúng tính 1 điểm.

Câu hỏi	Đáp án
1) Cháu có mấy tai?	Hai
2) Ngón tay này là ngón gì? (giơ ngón cái)	Ngón cái
3) Hai tay của cháu có mấy ngón?	Mười
4) Con chó có mấy chân?	Bốn
5) Ta phải mua rau ở đâu?	Chợ, cửa hàng rau
6) Một tuần có mấy ngày?	Bảy
7) Ta thường uống sữa tươi của con gì?	Bò (bê, trâu)
8) Ta phải làm gì nếu muốn nước sôi lên?	Đun, nấu
9) Cháu hãy kể tên các mùa?	Xuân, hạ, thu, đông
10) Một tá là bao nhiêu?	12
11) Ngày 2 – 9 là ngày gì?	Quốc khánh
12) Thủ đô của Trung Quốc là gì?	Bắc Kinh
13) Nhiệm vụ của dạ dày là gì?	Tiêu hóa thức ăn
14) Mặt trời lặn ở phương nào?	Phương tây
15) Một tạ là bao nhiêu cân?	100 cân
16) Đá cẩm thạch màu gì?	Trắng, đen
17) Cu Ba ở đâu?	Châu Mỹ
18) Ai viết truyện Kiều?	Nguyễn Du
19) Hải Phòng cách Hà Nội bao nhiêu km?	100 – 109 km
20) Chiều cao trung bình của đàn ông Việt Nam là bao nhiêu?	157 – 159 cm
21) Thư bảo đảm là gì?	Thư cần trao tận tay người nhận
22) Ai tìm ra châu Mỹ?	Cristof Cô-Lông
23) Mã Viện là gì?	Tướng Tàu xâm lược nước ta, thời Hai Bà Trưng

24) Trần Đồng Đa diễn ra năm nào?	1789 Kỷ Dậu
25) Có bao nhiêu dân tộc sống trên đất nước Việt Nam	54
26) Tại sao dầu nổi trên nước?	Nhẹ hơn nước
27) Ampe kế gì? (amperemetre)	Dụng cụ đo nhiệt
28) Polietilen làm từ nguyên liệu gì?	Dầu mỏ, than
29) Chữ Phạn là gì?	Chữ cổ Ấn Độ
30) Khối ASEAN là gì?	Hiệp hội các nước Đông Nam Á

2. KINH NGHIỆM SỐNG

Câu hỏi	Chấm điểm
1) Cháu sẽ làm gì nếu chẳng may bị đứt tay?	– 2 điểm: Rửa sạch, rửa xà phòng, bôi thuốc đỏ, quấn băng, dịt thuốc (lá, lòn, thuốc sát trùng v.v...). – 1 điểm: Nói với mẹ, với người lớn, với cô giáo. – 0 điểm: Sợ, khóc, chạy về nhà.
2) Cháu sẽ làm gì, nếu cháu làm mất của bạn quả bóng?	– 2 điểm: Cháu trả đền bạn ấy quả khác, mua đền, xin tiền bố mẹ. – 1 điểm: Cháu đi tìm, cháu xin bố mẹ cháu. – 0 điểm: Mặc kệ, xin lỗi...
3) Cháu sẽ làm gì, nếu thấy gói tiền ai đó đánh rơi giữa đường?	– 2 điểm: Nộp công an, để trả lại người mất. – 1 điểm: Mang về nhà đưa bố mẹ, gọi người lớn. – 0 điểm: Không phải của cháu.
4) Cháu sẽ làm gì, nếu mẹ cháu nhờ mua chè ở hàng nước, nhưng ở đó lại hết chè?	– 2 điểm: Đi mua ở hàng khác. – 1 điểm: Về nhà hỏi mẹ. – 0 điểm: Đi về nhà.
5) Tại sao cần phải có công an (nhiệm vụ của công an là gì?)	– 2 điểm: Bảo vệ an toàn trật tự cho nhân dân. – 1 điểm: Điều khiển giao thông, bắt giữ tội phạm, kẻ cướp (một trong hai ý). – 0 điểm: Bắt kẻ trộm, đuổi người bán hàng rong ngồi ở vỉa hè.
6) Tại sao cần ưu tiên thương binh?	– 2 điểm: Bộ đội bị thương vì Tổ quốc, nên cần ưu tiên.

	– 1 điểm: Vì họ yếu đuối, tàn tật, vì họ đã chiến đấu chống kẻ thù (vì họ bị thương). – 0 điểm: Vì họ không xếp hàng được, vì họ đã đánh trận chiến đấu.
7) Cháu sẽ làm gì, nếu có bạn khác bé hơn cháu nhiều xông đến và gây sự đánh nhau với cháu?	– 2 điểm: Khuyên bạn không nên đánh nhau, hỏi tại sao và khuyên bảo. – 1 điểm: Mách cô, mách bố mẹ bạn đó. – 0 điểm: Chạy đi chỗ khác, đánh lại, mách bố mẹ cháu, sẽ nhường.
8) Tại sao lại nhốt kẻ cắp vào tù?	– 2 điểm: Để trừng phạt và để giáo dục (đủ cả 2 ý). – 1 điểm: Để chúng không tiếp tục ăn cắp. – 0 điểm: Vì chúng ăn cắp của người ta.
9) Tại sao lại xây nhà bằng gạch?	Bền, chắc, cách nhiệt, cách âm, kín hơi, an toàn hơn. – 2 điểm: ít nhất nêu được 2 ý. – 1 điểm: Nêu một ý trong số đó. – 0 điểm: Xây nhanh hơn, gạch không vỡ.
10) Tại sao cần giữ lời hứa?	– 2 điểm: Ai không giữ lời hứa sẽ không thể tin được, không thể làm việc cùng, không thể sống cùng, sẽ mất sự tôn trọng. – 1 điểm: Chỉ nói 1 ý (mất sự tôn trọng hoặc lòng tin) là đoàn viên, đội viên. – 0 điểm: Đây là đạo đức, để bạn khỏi cười, vì đã hứa.
11) Tại sao nên gửi tiền vào quỹ tiết kiệm?	– 2 điểm: Để tập trung vốn cho Nhà nước, được bảo đảm và được trả lãi. – 1 điểm: Được lãi. – 0 điểm: Để khỏi mất cắp.
12) Tại sao người ta thường dệt vải bằng sợi?	Bền, ấm, dễ dệt, nhuộm, giặt, thấm mồ hôi. – 2 điểm: ít nhất nêu 2 ý. – 1 điểm: Chỉ nêu 1 ý. – 0 điểm: Nó mịn màng (không nói tiếp), chóng khô, có quần áo mặc.
13) Tại sao cần dán tem vào thư?	– 2 điểm: Vì chuyển thư phải mất tiền. – 1 điểm: Để giúp đỡ bưu điện trả tiền người đưa thư. – 0 điểm: Để biết nơi gửi, sẽ không chuyển thư nếu không có tem.
14) Tại sao người đi làm Nhà nước cần	Đảm bảo nhận được người tốt, làm được việc, đúng ngành nghề, tránh người xấu.

nộp hồ sơ lý lịch?	– 2 điểm: Nêu đủ 2 ý. – 1 điểm: Chỉ nêu 1 ý. – 0 điểm: Vì mọi người cần đi làm, để họ biết tên, nhà cửa, vì nếu không sẽ không cho làm việc.
15) Tại sao cần phải có đại biểu Quốc hội?	Vì cần cử ra các đại biểu để bầu Chính phủ, đóng góp ý kiến về lập pháp và hoạt động của Chính phủ. – 2 điểm: Nêu được 2 ý. – 1 điểm: Nêu được 1 ý. – 0 điểm: Vì cần có.

C. TÍNH TOÁN: Giải 1 bài được 1 điểm, riêng bài 2 và bài 3, nếu sửa được lỗi trong thời gian quy định, được 0,5 điểm.

<i>a. Dành cho trẻ dưới 8 tuổi – trí tuệ bình thường, hoặc trên 8 tuổi chậm khôn (thiếu năng)</i>		
Bài tập	Thời gian	Đáp án
1) Đưa ra 9 khối hộp và nói: “Cháu hãy đếm các khối hộp này bằng ngón tay cháu”?	45 giây	9
2) Đưa ra 9 khối vuông và nói: “Cháu hãy bớt đi, sao cho trước mặt cháu chỉ còn 4 khối” Nếu cháu nhầm mà vẫn còn thời gian thì nói: “Cháu hãy đếm xem còn bao nhiêu khối trước mặt cháu”. Nếu chữa được thì được 0,5 điểm.	45 giây	4
3) Lại đưa ra 9 khối và nói: “Bây giờ cháu hãy lấy bớt khối đi, sao cho chỉ còn 7 hộp” – 7 khối	45 giây	7
<i>b. Dành cho trẻ trên 8 tuổi trí tuệ bình thường</i>		
4) Nếu ta bỏ đôi táo ra, sẽ có mấy phần.	30 giây	2
5) Bạn Phong có 8 cái kẹo mẹ cho, bố lại cho thêm 6 cái nữa. Vậy Phong được mấy cái?	30 giây	14
6) Bạn Tuấn có 4 quả táo, bắt được trong vườn 2 quả nữa. Vậy bạn Tuấn có mấy quả?	30 giây	6
7) Một gói kẹo giá 7 đồng, vậy 3 gói giá mấy đồng	30 giây	21

8) Người bán báo có 12 tờ báo, đã bán được 5 tờ. Hỏi còn mấy tờ?	30 giây	7
9) Một ô tô chở 25 bu gà, đến chỗ đầu tiên chuyển xuống 11 bu gà. Vậy còn bao nhiêu bu gà trên ô tô?	30 giây	14
10) Bốn anh em có 72 đồng, chia đều nhau. Vậy mỗi người có mấy đồng?	30 giây	18
11) Một cô bé thêu khăn tay được 36 đồng, mỗi khăn thêu được trả 4 đồng. Vậy phải thêu bao nhiêu khăn để được 36 đồng?	30 giây	9
12) Cháu mua 3 tá đinh gim, giá mỗi tá là 3 đồng, cháu đưa 20 đồng. Vậy cháu nhận trả lại mấy đồng?	30 giây	11
(Từ bài tập 13 đến 16 sẽ được viết ra giấy)		
13) 3 quả táo giá 5 đồng. Vậy 24 quả táo giá mấy đồng	60 giây	40
14) Số nào mà $\frac{2}{3}$ của nó là 36	60 giây	54
15) Đi xe trong $\frac{1}{2}$ Km đầu tiên phải trả 2 đồng, các Km tiếp theo phải trả cho $\frac{1}{4}$ Km là 5 hào. Vậy phải trả bao nhiêu tiền cho 2km?	120 giây	5
16) Hai bạn A và B chơi bài. Mỗi người có 27 đồng xèng. Mỗi lần bị thua phải đưa cho người thắng $\frac{1}{3}$ tổng số xèng mà người thua có. Bạn A được 3 ván đầu tiên. Vậy bạn B còn bao nhiêu xèng trong ván thứ 4?	120 giây	8

4. KHÁI NIỆM CHUNG

<i>a. Dành cho trẻ dưới 8 tuổi – trí tuệ bình thường, hoặc trên 8 tuổi chậm khôn (thiếu năng)</i>	
Câu hỏi	Đáp án
1) Con trai lớn lên thành đàn ông, còn con gái...	1) Phụ nữ, đàn bà, cô gái.
2) Ném thì ta dùng tay, còn đập thì...	2) Chân.
3) Cả sách lẫn báo ta dùng để...	3) Đọc.
4) Cả dao và mảnh trai đều...	4) Sắc có thể làm đứt tay.
<i>b. Dành cho trẻ trên 8 tuổi – trí tuệ bình thường</i>	
Câu hỏi	Đáp án và cho điểm
5) Cam – Bưởi	– 2 điểm: Là quả

	– 1 điểm: ăn được, tròn, có hạt, củi, chua. – 0 điểm: Tươi, ngon, mát, làm xi-rô.
6) Mèo – Chuột	– 2 điểm: Động vật con vật, con thú, sinh vật sống. – 1 điểm: Có 4 chân, có lông, thịt, xương, đuôi. – 0 điểm: Cùng biết chạy, cùng màu, mèo bắt chuột.
7) Sáo – Đàn bầu.	– 2 điểm: Nhạc cụ, đều có thể dùng chơi nhạc. – 1 điểm: Đều phát ra âm, ra nhạc. – 0 điểm: Có âm kêu giống nhau, làm bằng tre.
8) Rượu – Bia	– 2 điểm: Chất lỏng có men (2 ý) đồ uống, có thể gây say. – 1 điểm: Chất lỏng, đồ uống giải khát, có thể gây say (1 ý). – 0 điểm: Đều đựng trong chai, có bọt, trẻ con không được uống.
9) Kéo – Xoong nhôm	– 2 điểm: Các câu trả lời cả hai đều là kim loại. – 1 điểm: Là những thứ chế từ quặng, dụng cụ gia đình. – 0 điểm: Có ích, có thể mua được, đều sáng.
10) Than – Giấy	– 2 điểm: Cháy được, đều chứa Cacbon, là vật chất cháy. – 1 điểm: Đều từ gỗ mà ra, giấy đốt đi cũng ra than. – 0 điểm: Đều là vật có trọng lượng, do người tạo ra.
11) Lít – Kilôgram	– 2 điểm: Những câu trả lời về đơn vị đo lường. – 1 điểm: Số lượng, cả hai đều có thể chia nhỏ. – 0 điểm: Đều đo; để lỏng, đo bằng lít, chất rắn cân bằng kim, đều do người làm ra.
12) Muối – Nước	– 2 điểm: Các câu trả lời được cả hai đều là hợp chất hoá học và cần thiết cho cuộc sống (2 ý). – 1 điểm: Cần dùng để nấu, vật chất tự nhiên, người ta sử dụng trong công nghiệp và đời sống. – 0 điểm: ở biển có muối và nước, muối chảy ra nước, trong nước có muối, đều có ích, muối làm từ nước mặn.
13) Núi – Sông	– 2 điểm: Các câu trả lời thể hiện cả hai đều là hiện

	tượng hay sự vật địa lý, cấu tạo bề mặt trái đất, yếu tố vẽ bản đồ. – 1 điểm: Cả hai đều là phong cảnh, là thiên nhiên. – 0 điểm: Đều có nước, bùn, sông bắt nguồn từ núi.
14) Tự do – Công lý	– 2 điểm: Các câu trả lời thể hiện các khái niệm tư tưởng, xã hội hoặc các khái niệm trừu tượng. – 1 điểm: Thuộc Hiến pháp, quyền công dân, cả hai đều có trong XHHCN. – 0 điểm: Cả hai đều có nghĩa là hoà bình, đều gắn với pháp luật
15) Bắt đầu – Kết thúc	– 2 điểm: Các câu trả lời thể hiện hai điểm cuối của một chuỗi, hoặc hai điểm đầu mút, trước đó và sau đó không có gì. – 1 điểm: Thể hiện vị trí, sự hết của một cái gì về thời gian của sự việc. – 0 điểm: Hai hiện tượng trái ngược nhau, hay có trong cuộc sống như trong phim, giờ học bắt đầu và kết thúc.
16) Số 49 – Số 121	– 2 điểm: Là bình phương của các số nguyên tố, căn bậc hai của chúng đều là số lẻ. – 1 điểm: Số lẻ. – 0 điểm: Số.

5. NHẮC LẠI CHUỖI SỐ

Dãy số xuôi	Điểm	Dãy số ngược	Điểm
3-6-8	3	2-5	2
6-1-2	3	6-5	2
3-4-1-7	4	5-7-4	3
6-1-5-8	4	2-5-9	3
8-4-2-3-9	5	7-2-9-6	4
5-2-1-8-6	5	8-4-9-3	4
3-8-9-1-7-4	6	4-1-3-5-7	5
7-9-6-4-8-3	6	9-7-8-5-2	5
5-1-7-4-2-3-8	7	1-6-5-2-9-8	6

9-8-5-2-1-6-3	7	3-6-7-1-9-4	6
1-6-4-5-9-7-6-8	8	8-5-9-6-3-4-2	7
2-9-7-6-3-1-5-4	8	4-5-7-9-2-8-1	7
5-3-8-7-1-2-4-6-9	9	6-9-1-7-3-2-5-8	8
4-2-6-9-1-7-8-3-5	9	3-1-7-9-5-4-8-2	8
		Cộng	

6. BÀI KIỂM TRA VỐN TỪ

Câu hỏi	Đáp án và chấm điểm
1) Con chó	– 2 điểm: là động vật, con vật nuôi trong nhà, dùng để giữ nhà, đi săn hoặc làm cảnh. – 1 điểm: chó có 4 chân, có 2 tai, có lông, có đuôi – 0 điểm: chó săn, chó béc dê, chó phốc, chó Nhật, chó vàng, chó vện
2) Áo mưa	- áo dài làm bằng vải nhựa, dùng để đi dưới trời mưa cho khỏi ướt. – 2 điểm: áo làm bằng vải nhựa hoặc uy – lon hoặc vải tráng cao su dùng để đi mưa. – 1 điểm: Làm bằng ấy – lon, đi trời mưa cho khỏi ướt (một trong hai ý trên). – 0 điểm: áo để mặc; dùng khi mưa; bán ở cửa hàng.
3) Hàng xóm	- Người láng giềng ở cùng một xóm – 2 điểm: Người ở cạnh nhà, hoặc nói tên 2 người hàng xóm. – 1 điểm: Nói tên 1 người hàng xóm. – 0 điểm: người quen.
4) Cơm	- Gạo nấu chín. – 2 điểm: Là gạo cho nước vào nấu chín thành cơm để ăn. – 1 điểm: Nói được 1 ý (cơm được nấu từ gạo). – 0 điểm: Cơm để ăn.
5) Vòng hoa	- Hoa tết hình vòng tròn hoặc bầu dục viếng người chết, hay mừng người chiến thắng. – 2 điểm: Ta tết hoa thành vòng tròn, viếng người chết, đưa ma, hoặc tặng người chiến thắng, tặng cô dâu (2 ý). – 1 điểm: Dùng để đưa đám, vòng hoa cô dâu (1 ý). – 0 điểm: Vòng tròn, bán trong hiệu, cửa hàng hoa.

6) Cái hộp	Đồ dùng bằng gỗ, bằng kim loại, bằng giấy, bằng nhựa dùng để đựng, có nắp. – 2 điểm: Cái để đựng, có nắp đây, bằng gỗ, giấy bằng nhựa (2 ý) – 1 điểm: 1 ý. – 0 điểm: Hộp hình vuông; hộp gỗ; hộp giấy.
7) Thanh kiếm	Là vũ khí thô sơ dùng để đâm, chém, có cán ngắn và lưỡi dài sắc nhọn, làm bằng kim loại. – 2 điểm: Là vũ khí và 1 trong các ý trên. – 1 điểm: Nói 1 ý. – 0 điểm: Đe đánh nhau.
8) Cái ô	Đồ dùng có khung kim loại, lợp vải để che nắng, che mưa. – 2 điểm: Nói 2 ý công dụng, cấu tạo. – 1 điểm: Nói 1 ý. – 0 điểm: có thể gấp nhỏ, xòe rộng.
9) Người ốm	Người bị rối loạn chức năng sống, bị bệnh, cảm thấy đau và các triệu chứng khác. – 2 điểm: Người bị ốm, thấy đau, không khỏe, hoặc kể tên 2 bệnh. – 1 điểm: Kể tên 1 bệnh không nguy hiểm như sốt nóng, trẻ ốm. – 0 điểm: người khó chịu.
10) Con nòng nọc	Ếch nhái lúc còn non, có đuôi, sống dưới nước, hình hơi giống cá. – 2 điểm: ếch nhái còn non, có đuôi, sống dưới nước. – 1 điểm: 1 ý. – 0 điểm: con cá; con bọ.
11) Thành phố	Địa hạt hành chính lớn, có phố xá đông dân cư. – 2 điểm: Có phố xá đông người, đông xe cộ (dân cư, phố xá hành chính). – 1 điểm: Nói tên (thành phố hoặc 1 ý trên) giao thông lớn, nhiều cửa hàng. – 0 điểm: Có nhiều người, có nhiều cửa hàng.
12) Một đồng	– 2 điểm: Là tiền mua bán, đơn vị tiền tệ. – 1 điểm: Đồng tiền giấy. – 0 điểm: Cháu có 5 đồng.

13) Phút	Đơn vị thời gian 1/60 của giờ, hoặc là 60 giây, 1/60 của độ, đơn vị góc. – 2 điểm: Nói được 2 ý trên, đơn vị đo thời gian, đo góc. – 1 điểm: Ra chơi 5 phút (hoặc 1 ý). – 0 điểm: Phút đồng hồ.
14) Chạy	Bước những bước dài, nhanh, gót không bám đất (cả hai bàn chân có lúc rời mặt đất). – 2 điểm: Nói được 2 ví dụ về chạy: chạy, ù té chạy. – 1 điểm: Chúng tôi thường chạy trong trường, khi vội tôi chạy, nếu chỉ nêu được 1 ví dụ. – 0 điểm: Tôi chạy nhanh.
15) Bức ảnh	Hình (người, vật, phong cảnh) thu được bằng dụng cụ quang học in trên giấy ảnh. – 2 điểm: Cảnh (người, vật, phong cảnh) trên giấy ảnh để làm kỷ niệm. – 1 điểm: Nói 1 trong 2 ý trên, để làm kỷ niệm. – 0 điểm: Thợ ảnh chụp.
16) Cái cửa	Chỗ mở ở một nơi nào đó để thông với bên ngoài, có thể có cái chắn để đóng, mở khi cần thiết. – 2 điểm: Nói được là khoảng trống mở ở một chỗ nào đó và có cái chắn (cánh). – 1 điểm: 1 ý. – 0 điểm: Cái cửa ra vào.
17) Gió	Chuyển động của luồng không khí theo một hướng, do sự chênh lệch áp suất không khí. – 2 điểm: Luồng không khí mạnh chuyển động hoặc 2 tên gió. – 1 điểm: Gió mùa, gió bão. – 0 điểm: Đứng gió cho mát.
18) Đầu gối	Khớp của chi dưới nối cẳng chân với đùi. – 2 điểm: Khớp nối giữa cẳng chân với đùi. – 1 điểm: Khớp hoặc chỉ vị trí. – 0 điểm: Để gập chân; để đi.
19) Tia chớp	Vật sáng nhanh loé trên trời, do phóng tia lửa điện giữa hai đám mây tích điện trái dấu. – 2 điểm: Vật sáng nhanh loé trên trời, sinh ra khi trời mưa, là tia lửa điện.

	– 1 điểm: Nói 1 ý, khi mưa thì có chớp. – 0 điểm: ở trên trời.
20) Con lừa	Động vật có vú, bộ ngựa, tai dài, nhỏ hơn ngựa, dùng để chở hàng hay để cưỡi. – 2 điểm: Động vật có vú giống ngựa, tai dài và 1 công dụng. – 1 điểm: Nói 1 ý trên. – 0 điểm: Có 4 chân, con vật chậm chạp, giống con ngựa.
21) Tên lửa	Thứ vũ khí phóng đi bằng sức phản lực. – 2 điểm: Là vũ khí phóng lên cao bằng sức phản lực hoặc tên của một loại tên lửa. – 1 điểm: Nói tên một thứ hoặc một tên lửa. – 0 điểm: Tên lửa là vũ trụ.
22) Cái bắt tay	Nắm tay người khác để chào, tỏ tình thân mật, thống nhất hoặc đồng ý. – 2 điểm: Nói được 2 ý trên. – 1 điểm: Nói được 1 ý. – 0 điểm: Là bắt tay, khách đến là bắt tay.
23) Thông báo	Thông tin cho nhiều người biết cùng 1 lúc. – 2 điểm: Báo tin cho nhiều người biết. – 1 điểm: Thông báo trên đài, trên bảng. – 0 điểm: Viết thông báo.
24) Xiếc	Nghệ thuật leo, nhảy, nhào lộn lạ thường hoặc rùng rợn của người và vật – 2 điểm: Môn nghệ thuật của người và vật, diễn trong các nhà tròn. – 1 điểm: Xiếc ở nhà tròn, đoàn xiếc trung ương. – 0 điểm: Em đã đi xem xiếc, rất thích.
25) Bộ não	Cơ quan thần kinh trung ương cao nhất nằm trong hộp sọ, điều khiển toàn bộ các hoạt động sống của cơ thể. – 2 điểm: Cơ quan thần kinh trong hộp sọ và điều khiển các hoạt động sống của cơ thể. – 1 điểm: Nói 1 ý trên. – 0 điểm: ở trên đầu.
26) Rạp xi-nê	Rạp chiếu phim, toà nhà nơi mọi người đến xem phim. – 2 điểm: Rạp chiếu bóng hoặc nói tên 2 rạp phim.

	– 1 điểm: Nơi chiếu phim hoặc nói tên 1 rạp. – 0 điểm: Đến xem phim.
27) Kính hiển vi	Dụng cụ quang học gồm 1 hệ thống thấu kính để nhìn những vật rất nhỏ. – 2 điểm: Dụng cụ quang học, xem những vật nhỏ (nói 2 ý). – 1 điểm: Để soi vi trùng, các mẫu tế bào. – 0 điểm: Để nhìn xa.
28) Cải cách	Đổi mới cho tiến bộ hơn hay hợp quy luật hơn. – 2 điểm: Đổi mới, sửa đổi, cải tiến cho tiến bộ hơn. – 1 điểm: Đổi mới, cải tiến (một trong hai ý). – 0 điểm: Cải cách giáo dục.
29) Chuyện ngụ ngôn	Loại chuyện mượn sinh hoạt của súc vật, ngụ ý răn đời. – 2 điểm: Chuyện về các con vật, dạy đạo đức, luân lý hoặc nói tên vài truyện ngụ ngôn. – 1 điểm: 1 ý trên, 1 câu chuyện. – 0 điểm: Chuyện hay.
30) Khối lượng	Một đặc trưng cơ bản của vật thể, thể hiện mức quán tính của nó hoặc mức hấp dẫn giữa các vật. – 2 điểm: Khối lượng thể hiện quán tính của vật, là vật có trọng lượng. – 1 điểm: Mọi vật đều có khối lượng. – 0 điểm: Chỉ vật nặng nhẹ.
31) Vô trùng	Không có vi trùng. – 2 điểm: Rất sạch sẽ, đã tẩy trùng không còn vi trùng. – 1 điểm: Dụng cụ y tế vô trùng, sạch sẽ ở bệnh viện. – 0 điểm: Sạch sẽ.
32) Uy tín	Tín nhiệm của mọi người do tài năng hoặc đạo đức. – 2 điểm: Sự kính phục, trọng vọng do tài năng hoặc đạo đức. – 1 điểm: Một người được nhiều người kính trọng nghe lời. – 0 điểm: ở vị trí cao trong xã hội.
33) Độ ẩm	lượng hơi nước, tính bằng gam chứa trong 1m³ không khí. – 2 điểm: 2 ý: Lượng hơi nước chứa trong 1 khối lượng không khí.

	– 1 điểm: Đại lượng vật lý, do lượng hơi nước (1 ý). – 0 điểm: Nhà ẩm, quần áo ướt.
34) Tuỳ bút	Bài viết dạng ký, ghi lại cảm nghĩ tuỳ hứng của người viết trước sự việc. – 2 điểm: Ký viết theo cảm hứng, cảm xúc của tác giả. – 1 điểm: Một loại ký, một thể loại văn. – 0 điểm: Một bài viết của tác giả.
35) Trừu tượng	Không thể nhận biết trực tiếp bằng giác quan mà phải suy nghĩ, thường không cụ thể, khó hiểu. – 2 điểm: Không cụ thể, khó hiểu. – 1 điểm: Khó hiểu (1 ý). – 0 điểm: không rõ ràng, mơ hồ.
36) Am– pe– kế	Dụng cụ đo cường độ dòng điện. – 2 điểm: Đo cường độ dòng điện – 1 điểm: Dụng cụ đo điện. – 0 điểm: Máy đo.
37) Al– pha	Chữ cái Hy Lạp thường dùng để ký hiệu tia phóng xạ (tia al– pha) hay các góc, hay biểu thị tính chất cơ sở của vật hoặc việc. – 2 điểm: Chữ cái Hy Lạp, dùng để ký hiệu. – 1 điểm: Ký hiệu góc, tia. – 0 điểm: Chỉ góc α.
38) Thần kinh thực vật	Hệ thần kinh điều khiển cơ quan nội tạng (thường là 1 cách tự động). – 2 điểm: Nói được ý trên. – 1 điểm: Là một hệ thần kinh. – 0 điểm: một bộ phận của hệ thần kinh.
39) Kháng thể	Chất do cơ thể sống sinh ra, chống lại vật lạ xâm nhập vào cơ thể. – 2 điểm: 2 ý trên, tìm chủng sinh ra kháng thể. – 1 điểm: 1 ý. – 0 điểm: Dùng để bảo vệ cơ thể.
40) Tháo ngà	Thể hiện thái độ xa lánh xã hội, tách rời thực tế. – 2 điểm: Thể hiện sự xa lánh xã hội.

	– 1 điểm: Hình tượng văn học, hay gặp trong các sách. – 0 điểm: Tháp cao đẹp như ngà voi.

VII. KÝ HIỆU

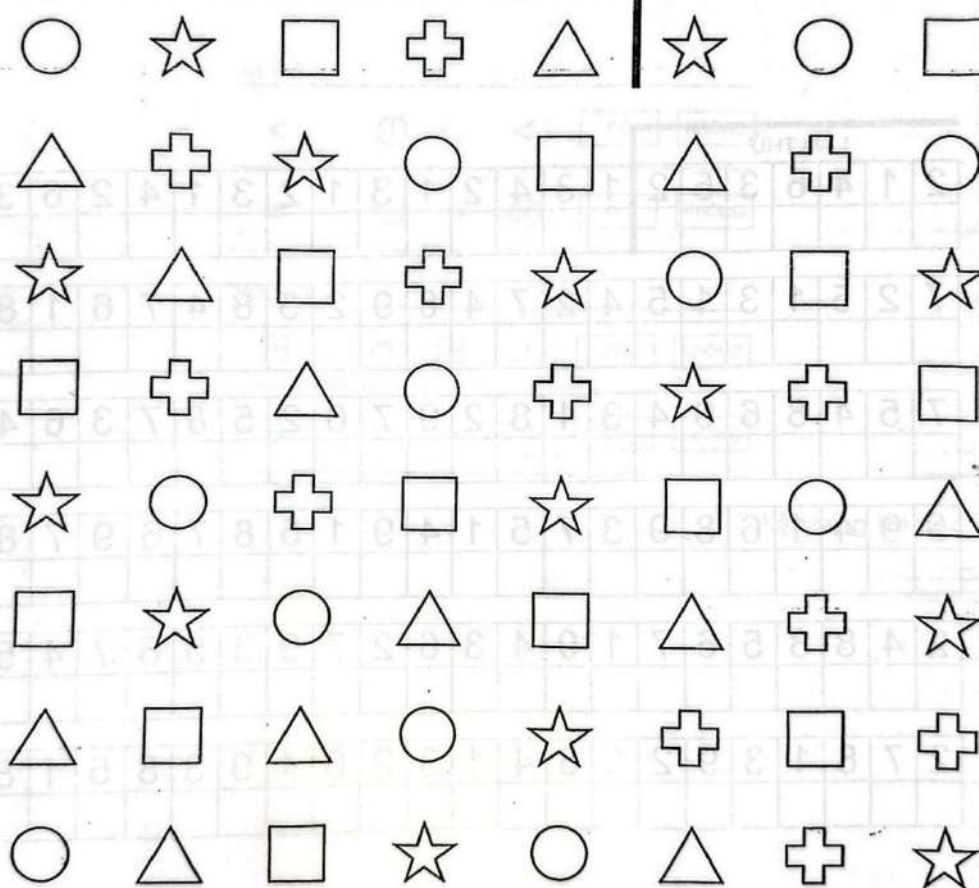
1. Dành cho trẻ dưới 8 tuổi hoặc trên 8 tuổi thiếu năng:

Mã hoá A

Tuổi 6 – 7



LÀM THỬ



2. Dành cho trẻ trên 8 tuổi trí tuệ bình thường

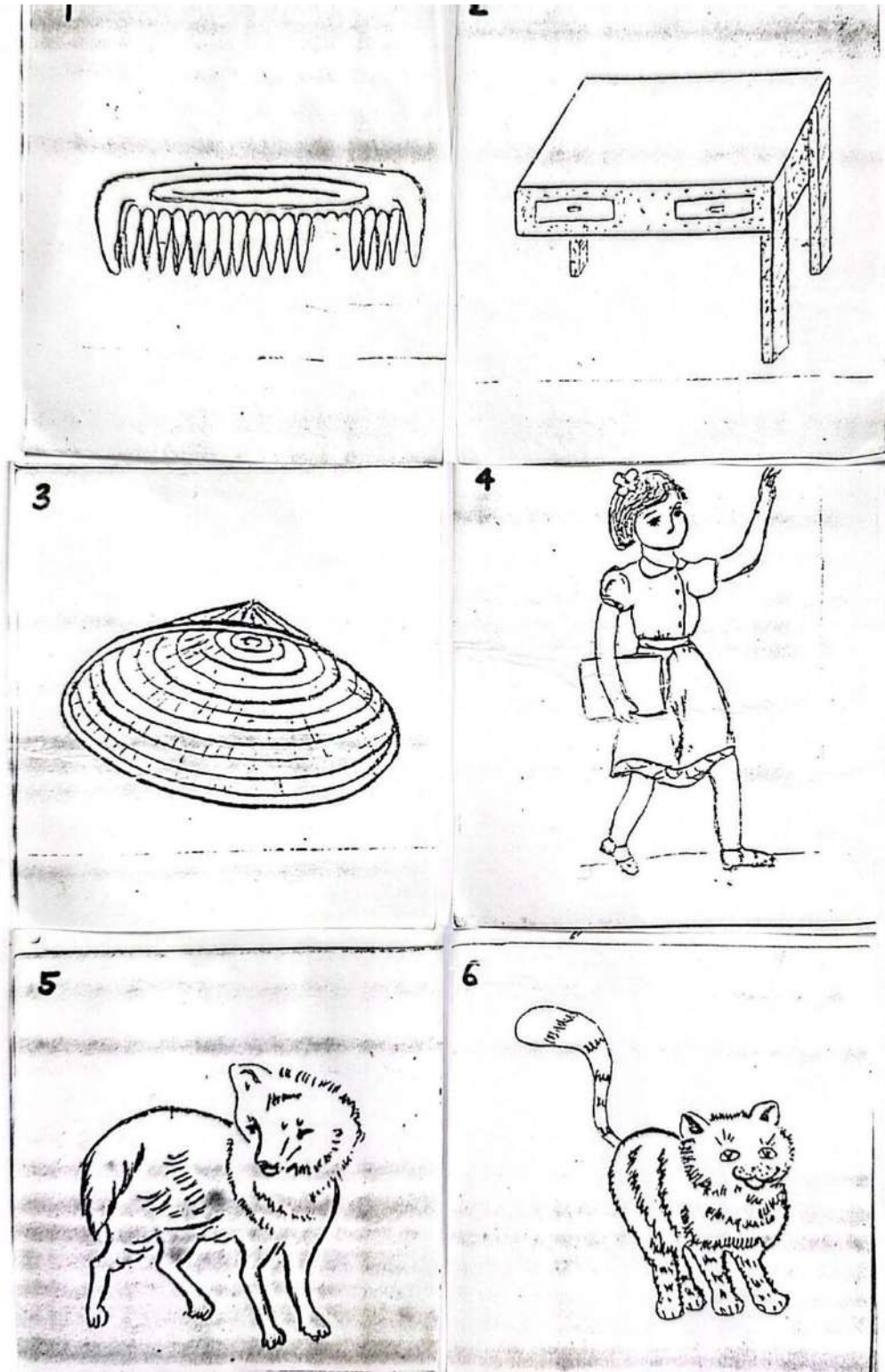
Mã hoá B

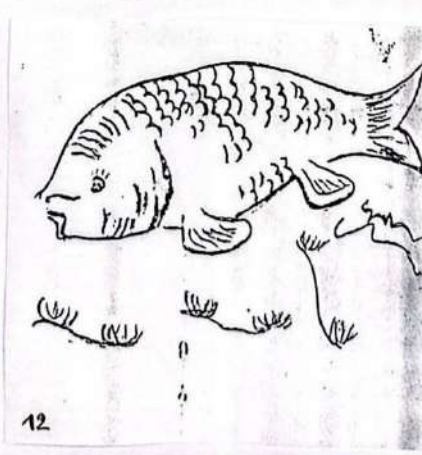
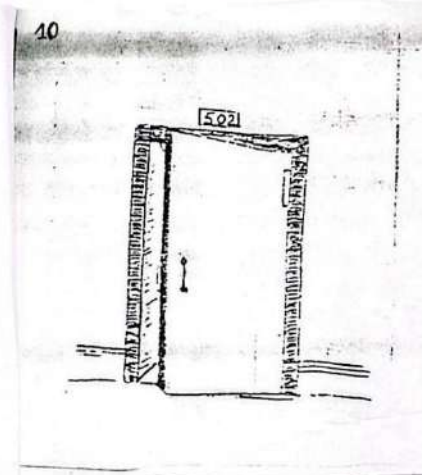
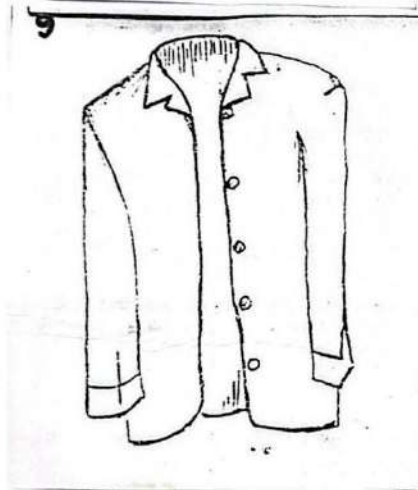
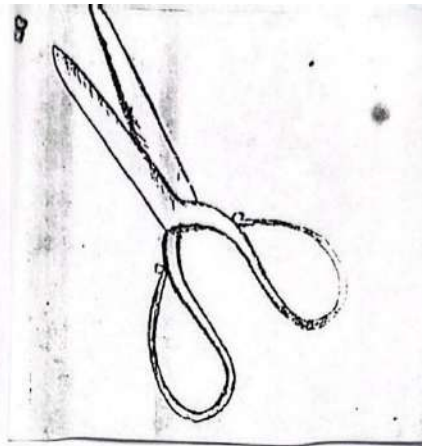
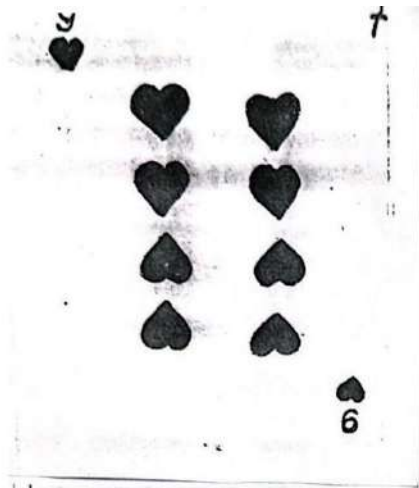
Tuổi 8 – 16

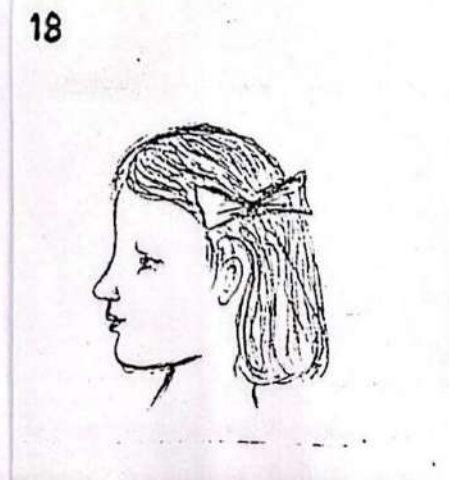
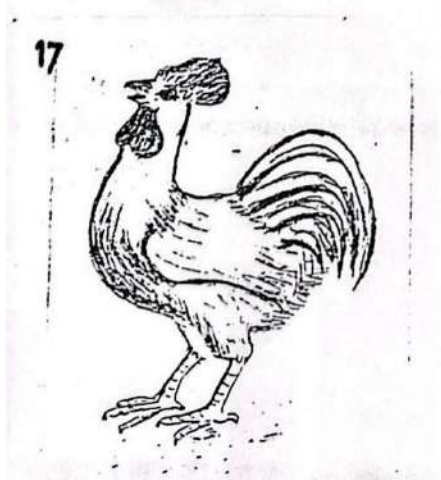
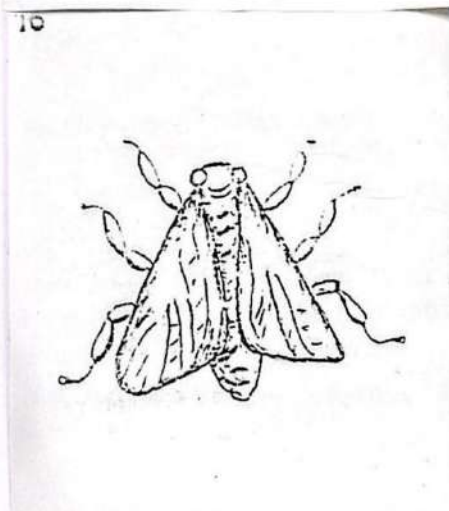
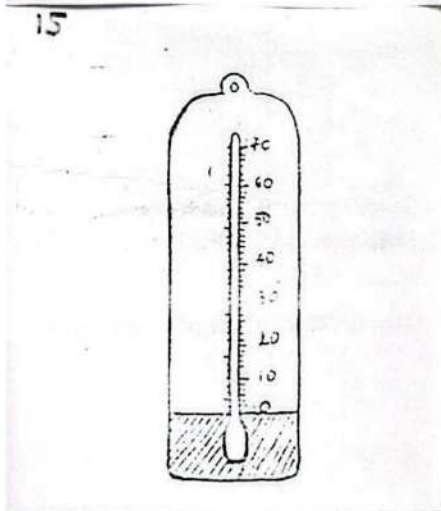
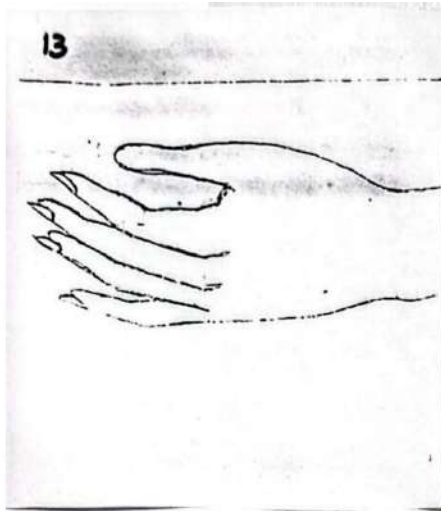
1	2	3	4	5	6	7	8	9
÷	)	+	┌	┐	√	(	÷	└

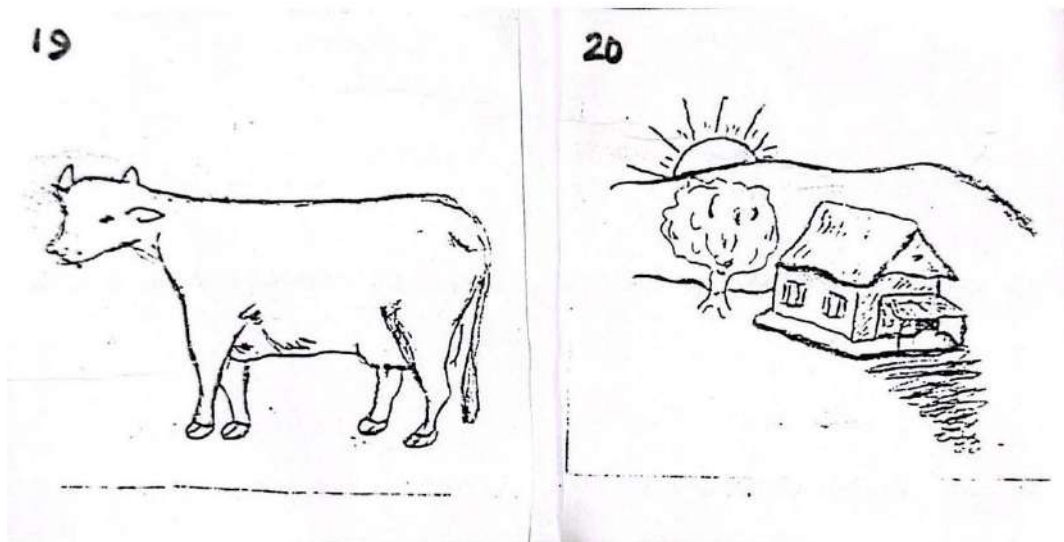
LÀM THỬ																				
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3
7	2	5	1	3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8
7	5	4	8	6	9	4	3	1	8	2	9	7	6	2	5	8	7	3	6	4
5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	9	1	5	8	7	6	9	7	8
2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	5	6	7	4	5
2	7	8	1	3	9	2	6	8	4	1	3	2	6	4	9	3	8	5	1	8

VIII. BỔ SUNG TRANH



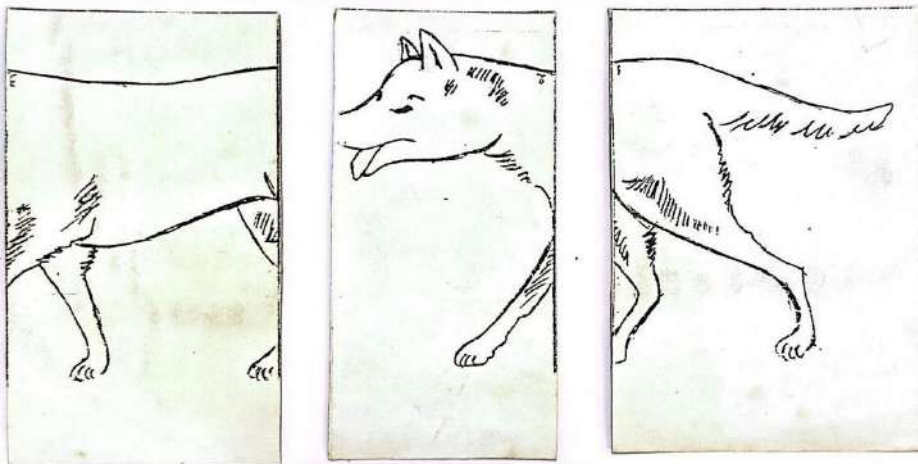




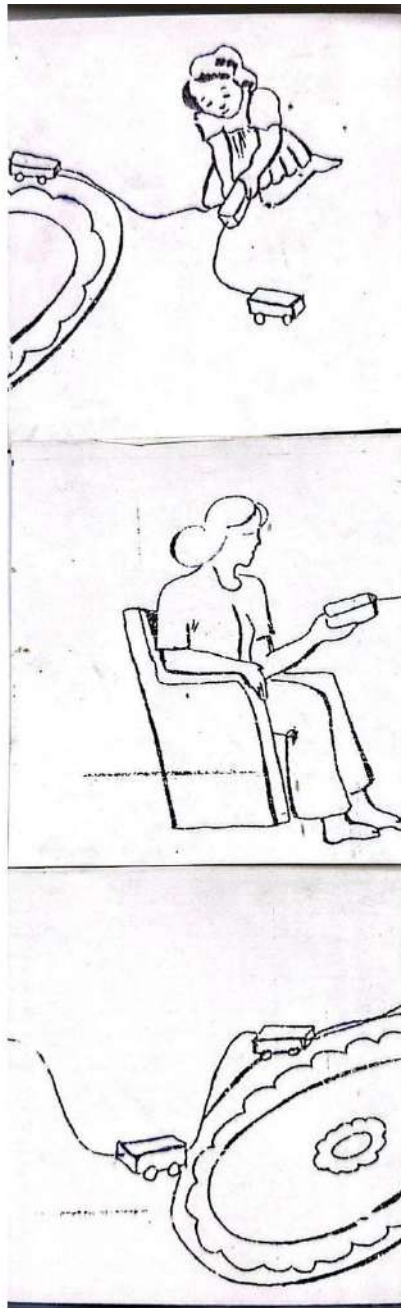


Scanned with CamScanner

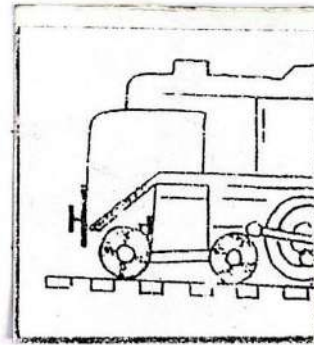
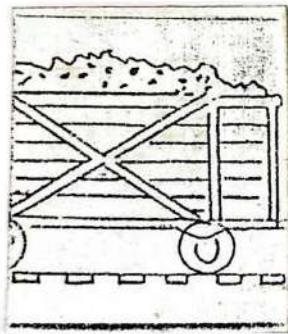
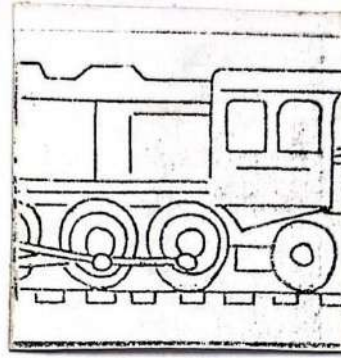
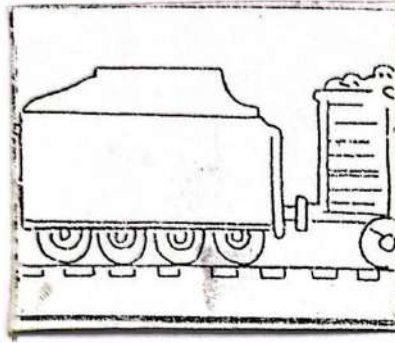
IX. SẮP XẾP TRANH



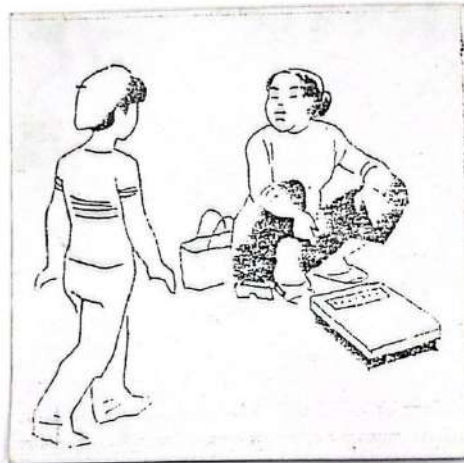
Scanned with CamScanner

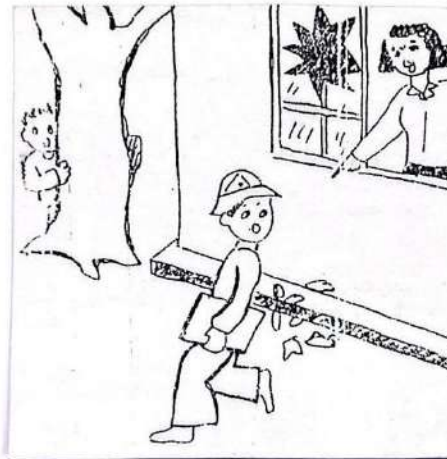
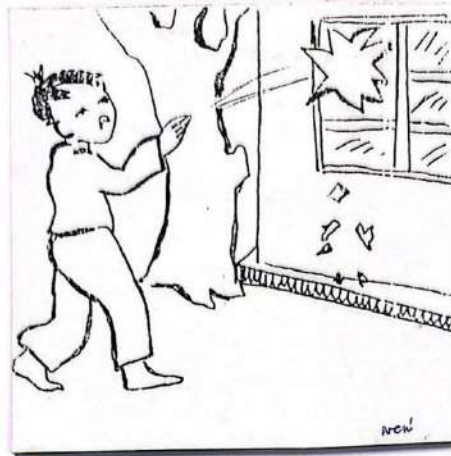


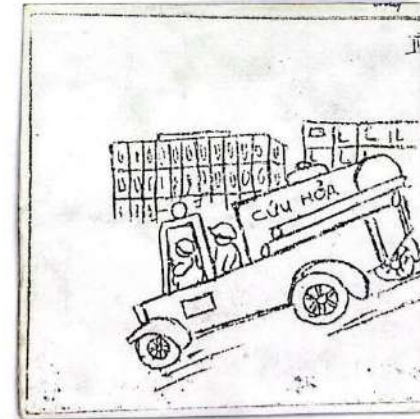
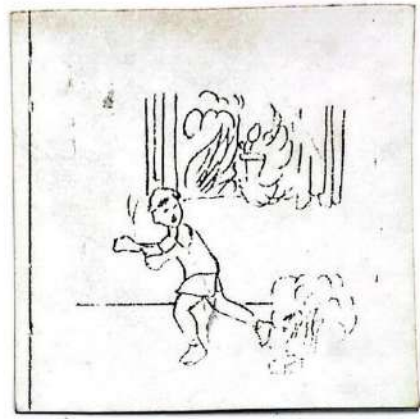
Scanned with CamScanner

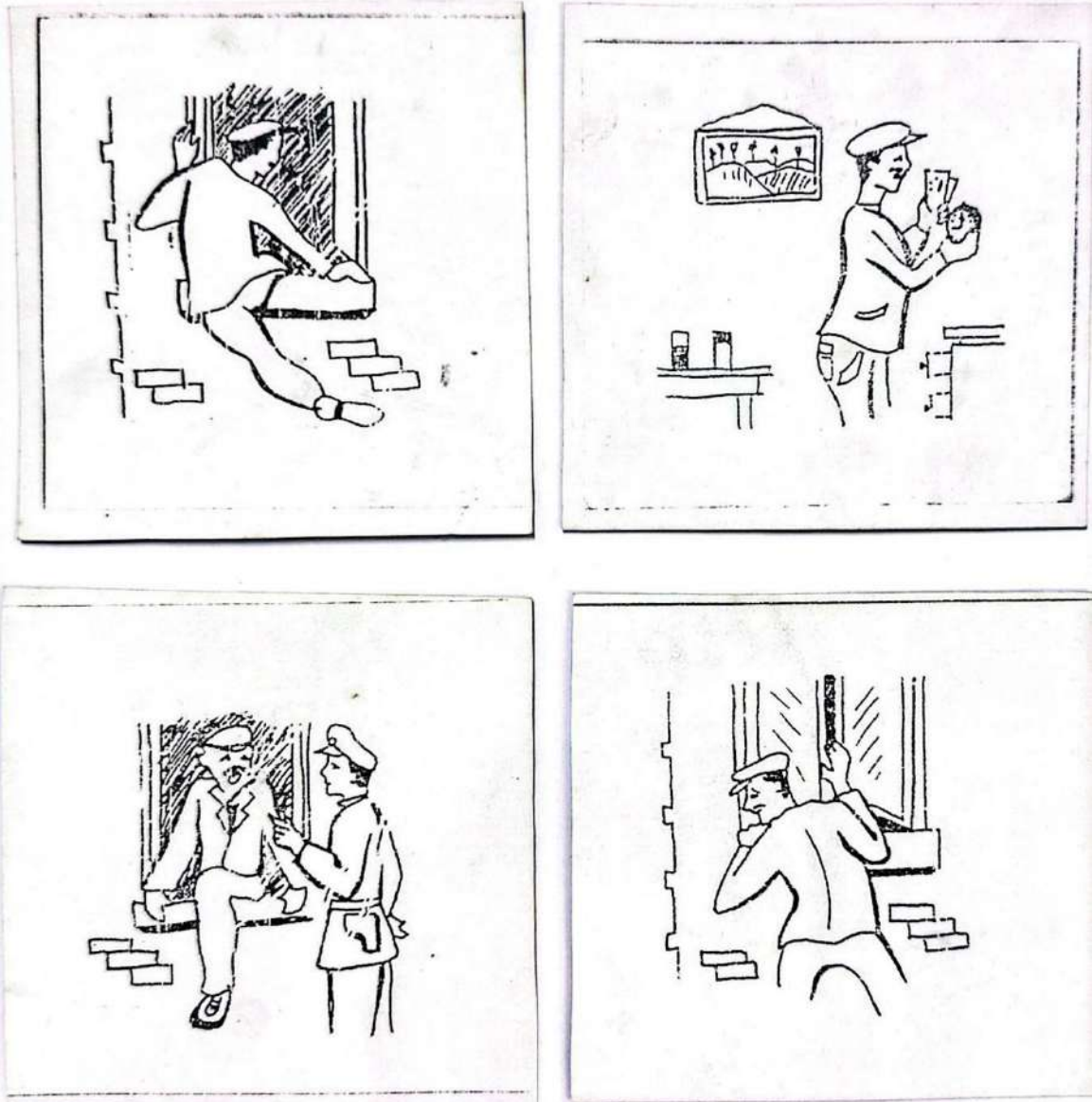


Scanned with CamScanner



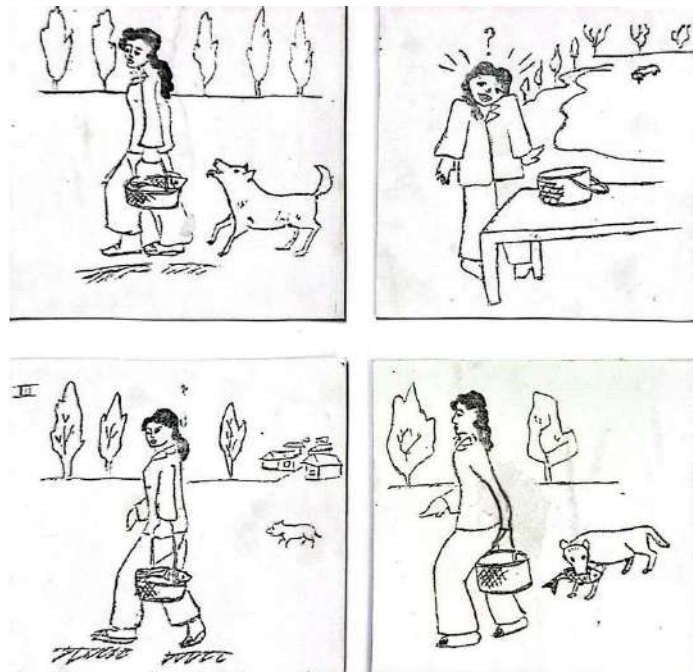




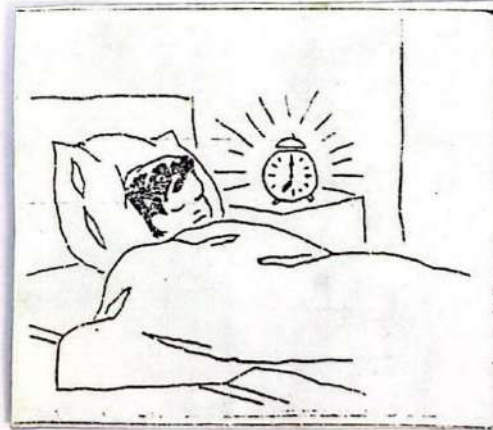
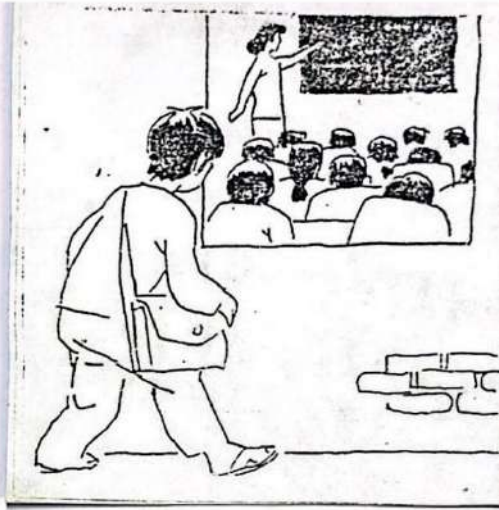


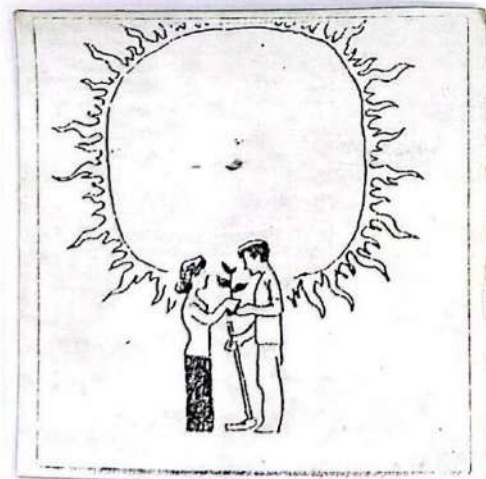
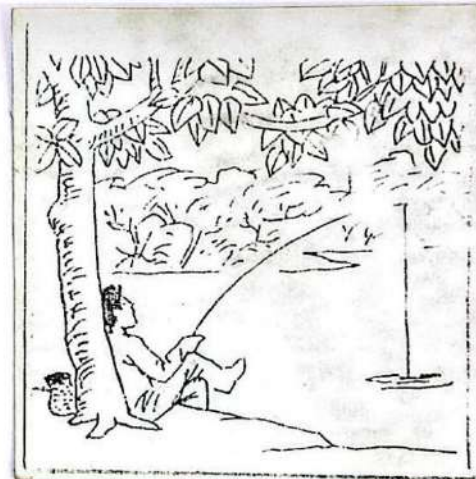
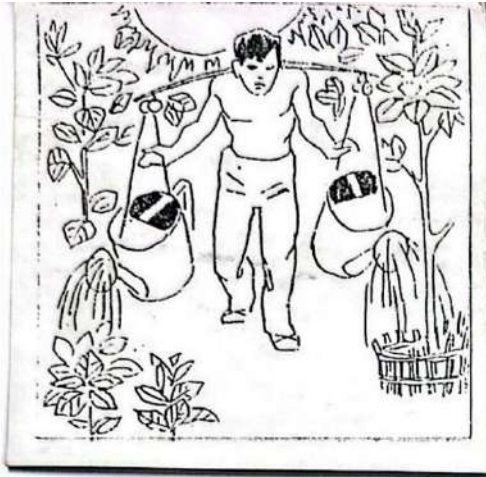


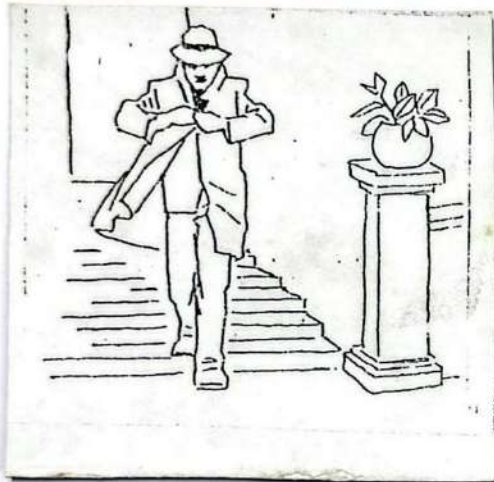
Scanned with CamScanner



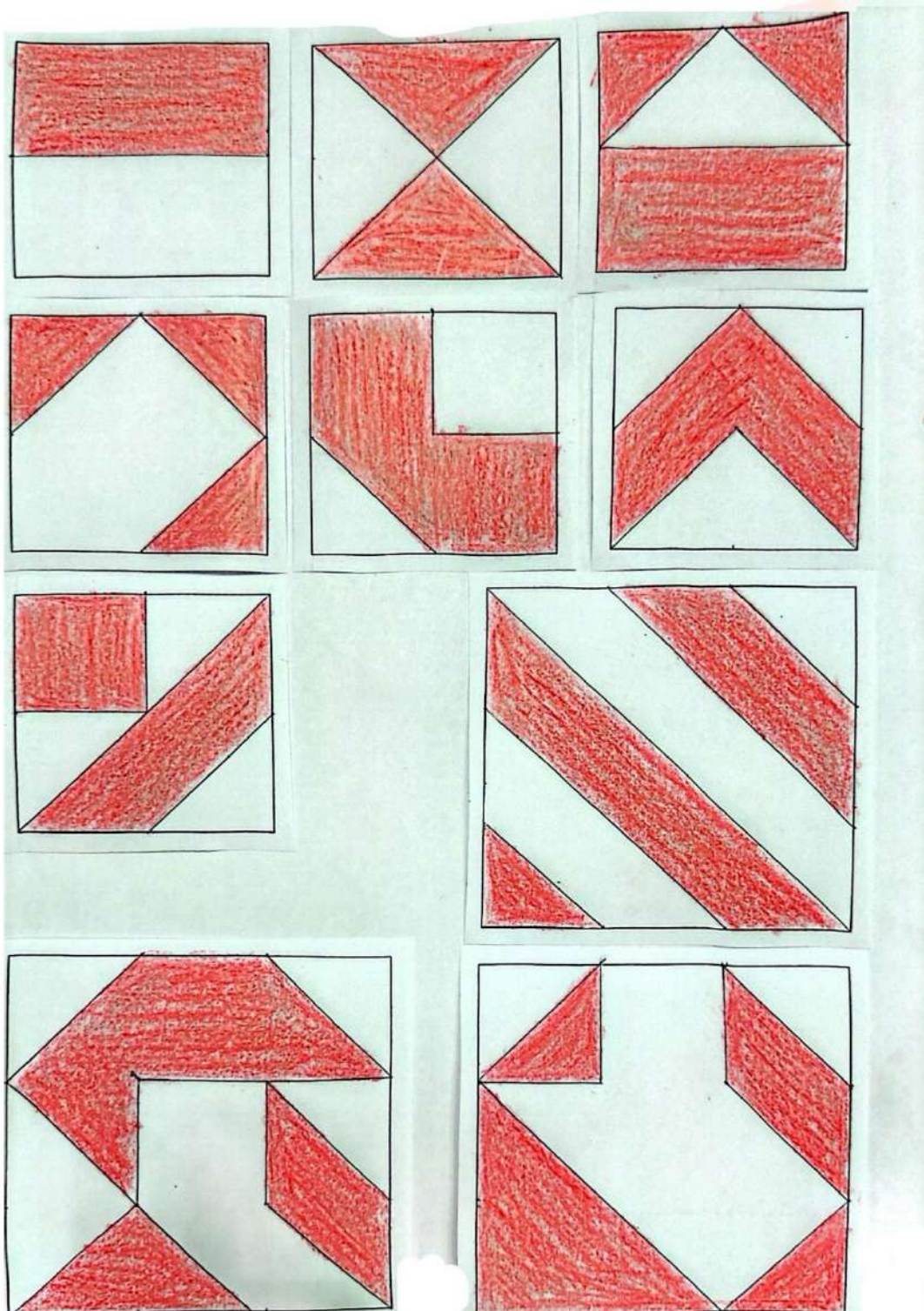
Scanned with CamScanner



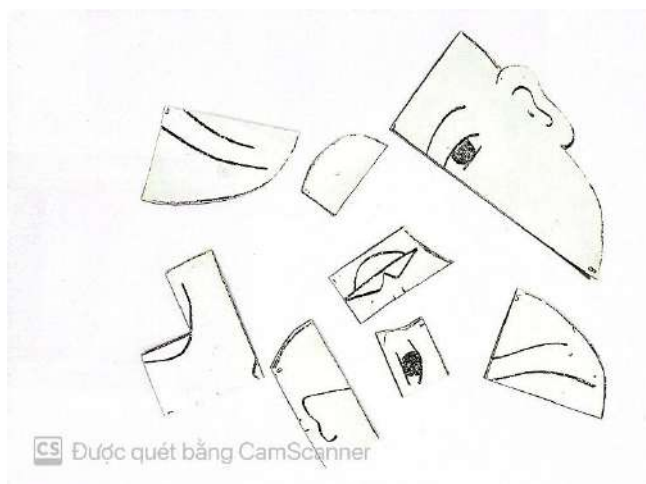
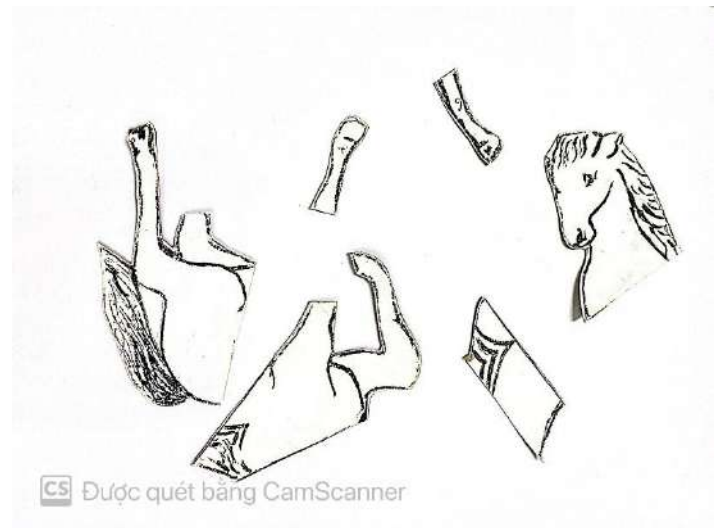
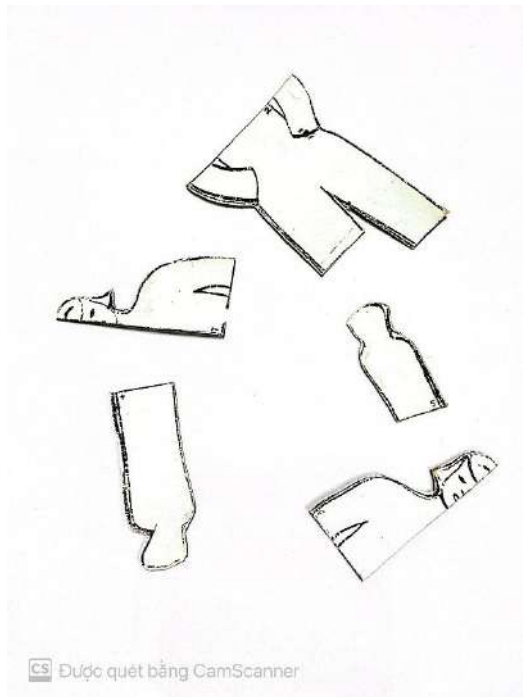




X. GHÉP HÌNH KHỐI



XI. GHÉP HÌNH



23. TRẮC NGHIỆM TRÍ NHỚ WECHSLER (WMS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá trí nhớ Wechsler (Wechsler Memory Scale-WMS) được D. Wechsler xây dựng năm 1945 và lần lượt được sửa đổi vào các năm 1987, 1997 và mới nhất, phiên bản WMS-IV được sửa đổi vào năm 2009. Thang đánh giá trí nhớ Wechsler được sử dụng cho người lớn tuổi từ 16 đến 90, và để đánh giá các chức năng trí nhớ như nhớ thính giác tức thời, nhớ thị giác tức thời, nhận thức thị giác nhớ lại, khả năng định hướng, trí nhớ tri giác...

WMS là một thang phỏng vấn, đánh giá 7 vấn đề của trí nhớ. Người bệnh sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi với một thời gian ấn định. WMS đưa ra chỉ số trí nhớ (MQ) mà theo Wechsler tương đương với chỉ số trí tuệ IQ.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc và đánh giá các rối loạn về trí nhớ cho người từ 16 đến 90.

Đánh giá tiến triển trong điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ trắc nghiệm trí nhớ Wechsler (WMS) (phụ lục), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

40-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu hướng dẫn: “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu nhằm đánh giá về trí nhớ bao gồm khả năng ghi nhớ thông tin, hình ảnh, đoạn văn, từ ngữ”.

Trong quá trình phỏng, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện để hỗ trợ thêm phần đánh giá trắc nghiệm

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Quy ước: tính điểm từng Bài tập theo quy định.

Cộng tổng điểm để có tổng điểm thô.

Tra bảng điểm hiệu chỉnh theo tuổi để tìm hằng số CA.

Cộng tổng điểm thô với hằng số CA ta được điểm sau hiệu chỉnh.

Tiến hành đánh giá mức độ trí nhớ bằng cách đối chiếu điểm sau hiệu chỉnh của người bệnh lên bảng tham chiếu.

Bảng tham chiếu mức độ trí nhớ

WMS	Điểm đánh giá
Chỉ số trí nhớ xuất sắc	≥ 130
Chỉ số trí nhớ rất tốt	120 – 129

Chỉ số trí nhớ tốt	110 – 119
Chỉ số trí nhớ trung bình	90 – 109
Chỉ số trí nhớ dưới trung bình	80 – 89
Chỉ số trí nhớ yếu	70 – 79
Chỉ số trí nhớ rất yếu	≤ 69

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. D'Elia L., Satz P., Schretlen D. (1989). Wechsler Memory Scale: a critical appraisal of the normative studies. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 11(4):551-568.
4. Phillip Kent (2013). The evolution of the Wechsler Memory Scale: a selective review. *Applied neuropsychology Adults*. 20(4):277-291.
5. Oresick R.J., Broder S.N. (1988). The psychometric structure of the Wechsler Memory Scale in comparison to the WAIS-R in a low-IQ clinical population. *Journal of clinical psychology*. 44(4):549-557.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRÍ NHỚ WECHSLER

Bài 1. Thông tin cá nhân (mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm):

1. Anh (chị) bao nhiêu tuổi?
2. Anh (chị) sinh khi nào?
3. Ai là Chủ tịch nước ta?
4. Ai là Chủ tịch trước đó ?
5. Ai là Thủ tướng Chính phủ ?
6. Ai là Chủ tịch nước Trung Quốc ?

Bài 2. Định hướng (mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm) :

1. Anh (chị) biết viết năm nào ?
2. Tháng này là tháng mấy ?
3. Hôm nay là ngày bao nhiêu ?
4. Anh (chị) ở tỉnh nào ?
5. Thành phố của tỉnh Nghệ An tên là gì ?

Bài 3. Kiểm định tâm lý :

Hướng dẫn người bệnh : “Anh (chị) hãy đếm các số từ 20 đến 1, nào bắt đầu : 20, 19, 18... đếm tiếp đi !” (*đúng, dưới 10s : 3 điểm ; đúng, dưới 30s : 2 điểm ; 1 lỗi hoặc trên 30s : 1 điểm*)

Tiếp theo : « Bây giờ anh (chị) hãy đếm nhanh cách 3, từ 1 đến 40, nào ta bắt đầu : 1, 4, 7..., đếm tiếp đi ! ». Dừng lại khi người bệnh đếm gần đến số 40 (*đúng, dưới 10s : 3 điểm ; đúng, dưới 15s : 2 điểm ; 1 lỗi hoặc trên 15s : 1 điểm*)

Hướng dẫn người bệnh thực hiện tiếp bài tập 3 ; « Còn bây giờ anh (chị) hãy nói nhanh các chữ cái A, B, C... nào tiếp tục ! » (*đúng dưới 20s: 3 điểm; đúng dưới 30s: 2 điểm; 1 lỗi hoặc trên 30s: 1 điểm*).

Bài 4. Nhớ logic : (mỗi chi tiết nhớ đúng cho 0,5 điểm)

Hướng dẫn người bệnh : « Tôi đọc một đoạn văn. Anh (chị) hãy chú ý nghe : Bà Thành + ở làng + Thượng Hà + làm nghề nuôi gà công nghiệp +. Bà đến công an xã + báo là + tối hôm qua + khi đi đường + ven đồng + bà bị ngã + và rơi mất + 500.000 đồng +. Đây là số tiền để tuần sau + nộp tiền học + cho 3 con của bà + và để mua thức ăn + cho gà +. Bà nhờ công an + thông báo +, ai nhặt được +, cho bà xin lại +. Mọi người nghe được tin này + đều thông cảm với hoàn cảnh của bà.

Tôi đã đọc xong đoạn văn, bây giờ anh (chị) hãy nói hoặc viết lại nội dung đoạn

văn đó ».

Tiếp tục hướng dẫn người bệnh : « Tôi đọc đoạn văn khác xem anh (chị) có nhớ nhiều hơn không : Một chiếc tàu biển + của Thụy Điển + đi sang Tây Ban Nha +, chiều + hôm thứ hai + đã đi đến gần bờ biển + của Hà Lan +. Dọc đường đi + đã gặp sương mù +, gió bão + và tối trời +, 60 hành khách + trong đó có 8 phụ nữ đã may mắn thoát nạn +, mặc dù tàu của họ chao đảo +, vật lộn với sóng biển +. Ngày hôm sau + họ được một tàu khách + đến cứu + và đưa lên bờ + của một bến cảng + nước Đan Mạch.

Bây giờ anh (chị) hãy nói (hoặc viết) lại nội dung đoạn văn thứ hai mà tôi vừa đọc ».

Bài 5. Nhớ dãy số :

Hướng dẫn người bệnh : « Bây giờ tôi sẽ đọc từng dãy số. Anh (chị) chú ý lắng nghe, sau đó nhắc lại ngay theo đúng thứ tự của dãy số ». Lần lượt đọc từng dãy số theo thứ tự lần lượt tăng dần, mỗi số đọc cách nhau 1 giây.

6 4 3 8

7 2 8 3

4 2 7 3 1

7 3 8 7 6

6 1 9 4 7 3

3 9 2 4 8 7

5 9 1 7 4 2 8

5 1 9 7 3 8 6

5 8 1 9 2 6 4 7

3 8 2 9 5 1 4 6

Tiếp tục hướng dẫn người bệnh : « Còn bây giờ anh (chị) hãy nhắc lại thứ tự ngược lại từng dãy số sau khi tôi đọc. Ví dụ khi tôi đọc : 1, 2, 3 thì nhắc lại là 3, 2, 1. Nào, ta bắt đầu ». (cách tiến hành và cho điểm như ở dãy số xuôi)

2 6 3

4 1 5

3 2 7 9

4 9 6 8

1 5 2 8 6

6 1 8 4 3

5 3 9 4 1 8

7 2 4 8 5 6

3 1 2 9 3 6 5

4 7 3 9 1 2 8

Chú ý :

Nếu đọc xong một dãy số mà người bệnh nhắc lại đúng thì chuyển sang đọc dãy số sau (có số lượng nhiều hơn) ; nếu người bệnh không nhắc lại đúng thì chuyển sang đọc dãy số ở hàng bên cạnh (có số lượng tương tự như dãy vừa đọc). Nếu sau khi đọc dãy số hàng bên cạnh mà người bệnh vẫn không nhắc lại đúng thì dừng lại. (điểm tối đa nhớ dãy số xuôi là 8đ, dãy số ngược là 7đ)

Bài 6. Tái hiện thị giác

(Xem các hình vẽ).

Hướng dẫn người bệnh : « Tôi sẽ đưa anh (chị) xem một hình vẽ (hình A). Hãy quan sát nó và sau đó vẽ lại ».

Đề thời gian 10 giây cho người bệnh quan sát, sau đó thu lại hình A và đưa giấy bút, yêu cầu người bệnh vẽ lại hình A vào một góc tờ giấy.

Tương tự như vậy yêu cầu người bệnh vẽ hình B vào góc bên kia tờ giấy.

Tiếp tục hướng dẫn người bệnh : « Bài tập 3 này khó hơn một chút, bởi vì có 2 hình. Cũng chỉ trong 10 giây, anh (chị) phải nhớ cả 2 hình và sau đó vẽ lại. »

Đưa người bệnh quan sát hai hình C1 và C2. Sau 10 giây người bệnh quan sát, thu hình C1, C2 lại và yêu cầu : « Bây giờ anh (chị) hãy vẽ lại một hình vào góc phía dưới tờ giấy đã vẽ hình A và một hình vẽ vào góc phía dưới tờ giấy đã vẽ hình B ». (cho điểm : hình A : tối đa 3đ ; hình B : tối đa 5đ ; hình C1 : tối đa 3đ ; hình C2 : tối đa 3đ)

Bài 7. Trí nhớ liên tưởng

Bài tập gồm 10 cặp từ sắp xếp theo thứ tự khác nhau thành 3 nhóm (mỗi nhóm gồm 10 cặp từ).

Nhóm I

(a)	(b)
Phía bắc	- Phía nam
Hoa quả	- Quả táo
Lắng nghe	- Che đậy
Hoa hồng	- Bó hoa
Trẻ em	- Tiếng khóc
Ở trên	- Ở dưới
Mớ rau	- Buồng cau
Nhà trường	- Cửa hàng
Giấc mơ	- Đêm tối
Kim loại	- Thanh sắt

Nhóm II

(a)	(b)
Mớ rau	- Buồng cau
Trẻ em	- Tiếng khóc
Kim loại	- Thanh sắt
Nhà trường	- Cửa hàng
Ở trên	- Ở dưới
Hoa hồng	- Bó hoa
Lắng nghe	- Che đậy
Hoa quả	- Quả táo
Giấc mơ	- Đêm tối
Phía bắc	- Phía nam

Nhóm III

(a)	(b)
Lắng nghe	- Che đậy
Hoa quả	- Quả táo
Trẻ em	- Tiếng khóc
Giấc mơ	- Đêm tối

Kim loại	-	Thanh sắt
<i>Nhà trường</i>	-	<i>Cửa hàng</i>
Hoa hồng	-	Bó hoa
Phía bắc	-	Phía nam
<i>Mớ rau</i>	-	<i>Buồng cau</i>
Ở trên	-	Ở dưới

Hướng dẫn người bệnh : « Lần thứ nhất tôi sẽ đọc cho anh (chị) nghe 10 cặp từ. Lần thứ 2 khi tôi đọc từ thứ nhất của cặp từ nào thì anh (chị) nói ngay từ thứ 2 của cặp từ đó. Ví dụ : lần thứ nhất tôi đọc cặp từ « Ngôi nhà – Vườn cây ». Sang lần thứ 2 tôi chỉ đọc từ « Ngôi nhà », anh (chị) nói ngay từ « Vườn cây ».

Khi người bệnh đã hiểu rõ cách làm thì lần lượt đọc nhóm 10 cặp từ thứ nhất (mỗi cặp đọc cách nhau 2 giây). Sau khi đọc xong cả 10 cặp từ thì lần lượt đọc các từ đầu (a) và yêu cầu người bệnh nhớ lại từ thứ 2 (b) của cặp từ. Thời gian để người bệnh nhớ lại từ thứ 2 của mỗi cặp không quá 5 giây. Ghi lại kết quả nhớ của người bệnh vào biên bản.

Tiếp tục thực hiện trắc nghiệm với nhóm 10 cặp từ thứ 2 và thứ 3. Thời gian nghỉ giữa mỗi nhóm cặp từ không quá 1 phút.

Cho điểm : mỗi cặp từ liên tưởng khó (in đậm và nghiêng) cho 1đ, các cặp từ khác cho 0,5đ.

BẢN GHI ĐIỂM WMS

Họ và tên : Giới.....Ngày sinh.....

Ngày làm.....

Địa chỉ :

Trình độ học vấn.....Nghề nghiệp.....

Bài tập 1 :.....điểm	Bài tập 5 :.....điểm	Hàng số CA theo tuổi:.....
Bài tập 2 :.....điểm	Bài tập 6 :.....điểm	Tổng điểm điều chỉnh :.....
Bài tập 3 :.....điểm	Bài tập 7 :.....điểm	MQ :.....
Bài tập 4 : điểm	Tổng điểm thô :.....	Kết luận :.....

Bài 1. Thông tin	1 điểm	Bài 2. Định hướng	1 điểm
1. Tuổi		1. Năm biết viết	
2. Sinh khi nào		2. Tháng mấy	
3. Chủ tịch nước		3. Ngày hôm nay	
4. Chủ tịch nước trước		4. Ở tỉnh (thành)	
5. Thủ tướng		5. Thành phố thuộc Nghệ An	
6. Chủ tịch Trung Quốc			
Tổng điểm :		Tổng điểm:	

Bài 3. Kiểm định tâm lý				Tổng điểm:	
1. Đếm ngược	Điểm	2. Đếm cách	Điểm	3. Đọc chữ cái	Điểm
Đúng, dưới 10s	3	Đúng, dưới 10s	3	Đúng, dưới 20s	3
Đúng, dưới 30s	2	Đúng, dưới 15s	2	Đúng, dưới 30s	2
1 lỗi hoặc trên 30s	1	1 lỗi hoặc trên 15s	1	1 lỗi hoặc trên 30s	1

[illegible]

Bài 7. Trí nhớ liên tưởng: 1 & 0,5 điểm		Tổng điểm
Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III
Phía bắc – Phía nam	Mớ rau – Buồng cau	Lắng nghe – Che đậy
Hoa quả - Quả táo	Trẻ em – Tiếng khóc	Hoa quả - Quả táo
Lắng nghe – Che đậy	Kim loại – Thanh sắt	Trẻ em – Tiếng khóc

Hoa hồng – Bó hoa	Nhà trường – Cửa hàng	Giấc mơ – Đêm tối
Trẻ em – Tiếng khóc	Ở trên - Ở dưới	Kim loại – Thanh sắt
Ở trên - Ở dưới	Hoa hồng – Bó hoa	Nhà trường – Cửa hàng
Mớ rau – Buồng cau	Lắng nghe – Che đậy	Hoa hồng – Bó hoa
Nhà trường – Cửa hàng	Hoa quả - Quả táo	Phía bắc – Phía nam
Giấc mơ – Đêm tối	Giấc mơ – Đêm tối	Mớ rau – Buồng cau
Kim loại – Thanh sắt	Phía bắc – Phía nam	Ở trên - Ở dưới

BẢNG TÍNH ĐIỂM WMS

I. Kết quả:

Tìm hằng số theo lứa tuổi (CA) của nghiệm thể ở bảng điều chỉnh;

Cộng điểm đạt được với hằng số theo lứa tuổi để có điểm điều chỉnh (Y).

$$Y = X + CA$$

Từ điểm điều chỉnh (Y), ta tra bảng tương ứng để tìm chỉ số trí nhớ (MQ). Theo Wechsler, chỉ số trí nhớ tương ứng với chỉ số trí tuệ (IQ).

Bảng 1. Bảng điểm điều chỉnh theo tuổi (hằng số CA):

Tuổi	Điểm số	Tuổi	Điểm số	Tuổi	Điểm số
20-24	33	35-39	38	50-54	44
25-29	34	40-44	40	55-59	46
30-34	36	45-49	42	60-64	48

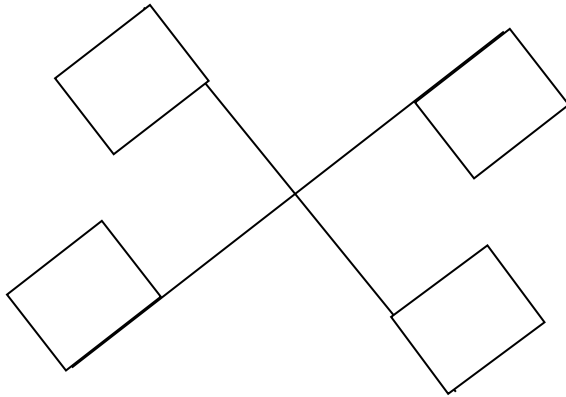
Bảng 2. Bảng tham chiếu giữa điểm của trắc nghiệm với chỉ số trí nhớ (MQ):

Điểm	MQ	Điểm	MQ	Điểm	MQ	Điểm	MQ
50	48	67	60	84	80	101	105
51	49	68	61	85	81	102	106
52	49	69	62	86	83	103	108
53	50	70	62	87	84	104	110
54	51	71	63	88	86	105	112
55	52	72	64	89	87	106	114
56	52	73	64	90	89	107	116
57	53	74	66	91	90	108	118
58	54	75	67	92	92	109	120

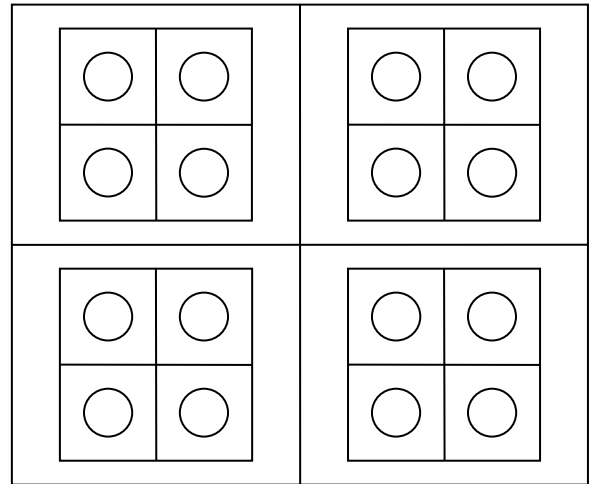
59	55	76	69	93	93	110	122
60	55	77	70	94	94	111	124
61	56	78	72	95	96	112	126
62	57	79	73	96	97	113	129
63	57	80	74	97	99	114	132
64	58	81	76	98	100	115	135
65	59	82	77	99	101	116	137
66	59	83	79	100	103	117	140
						118	143

Hình vẽ (bài tập 6)

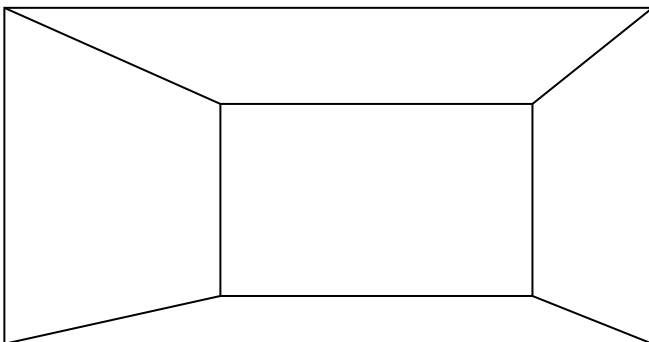
A



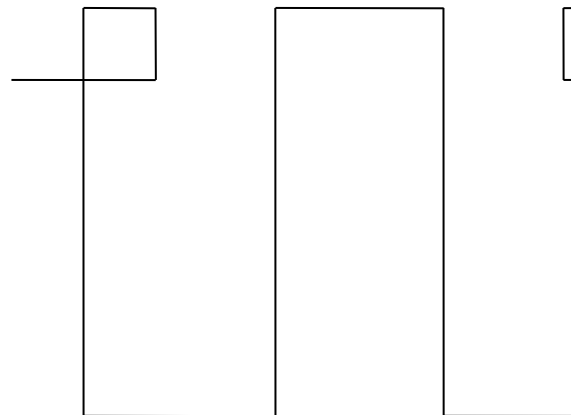
B



C1



C2



24. TRẮC NGHIỆM TẬP TRUNG CHÚ Ý BOURDON

1. ĐẠI CƯƠNG

Bảng Bourdon là trắc nghiệm nhằm khảo sát khả năng di chuyển, sự phân bố chú ý, khả năng duy trì sức bền của chú ý và khả năng lao động trí tuệ của người được thực hiện trắc nghiệm.

Bảng Bourdon có 50 dòng, mỗi dòng 40 chữ cái (gồm 8 loại), các chữ cái này nằm theo một trật tự ngẫu nhiên.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các dấu hiệu rối loạn về trí nhớ, chú ý: Thực hiện trước, trong và sau quá trình điều trị.

Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

4. THẬN TRỌNG

Các đối tượng có động cơ muốn tăng nặng hoặc giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư (được sử dụng trực tiếp, không bao gồm vật tư hành chính giấy, bút...):

Bảng Bourdon, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

40-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu dẫn: “Đây là bảng các chữ cái khác nhau. Nhiệm vụ của anh/chị là đọc lần lượt từng dòng (Đưa bảng Bourdon và bút cho người bệnh), khi thấy chữ A thì anh/chị KHOANH TRÒN, chữ C thì GẠCH CHÉO và gặp chữ K thì hãy GẠCH CHÉO THEO CHIỀU NGƯỢC LẠI theo mẫu trên bảng kiểm”

Nhấn mạnh với người bệnh: “trong quá trình anh/chị làm, tôi sẽ đánh dấu từng phút. Đừng để ý đến tôi. Hãy làm thật nhanh, nhưng không được bỏ sót và cố gắng đừng đánh dấu sai”

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm và tính thời gian.

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm đánh dấu từng phút trên bảng Bourdon của người bệnh.

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

Dừng lại sau 10 phút.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Phân tích kết quả theo bộ tài liệu hướng dẫn xử lý kết quả trắc nghiệm:

a. Tính các chỉ số:

Độ chính xác của từng phút (Cx) tính theo công thức $Cx = Đ/Đ+S$ (lấy đến 2 số sau dấu phẩy).

Trong đó: “Đ” là số chữ cái đánh dấu đúng.

“S” là số chữ cái đánh dấu sai hoặc bỏ sót.

Tính năng suất của từng phút (N) theo công thức $N = Ts \times Cx$

Trong đó: “Ts” là tổng các chữ cái đọc trong 1 phút

Tính số trung bình của 2 chỉ số Cx và N trong 10 phút

b. Tiến hành nhận xét về:

Khả năng phân bố và di chuyển chú ý.

Khả năng lao động trí tuệ.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, Bệnh viện Tâm thần trung ương 1 (2015). Tài liệu đào tạo liên tục “*Quy trình thực hiện các trắc nghiệm tâm lý*”, lưu hành nội bộ
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). “*Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng*”, NXB Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội.

PHỤ LỤC BẢNG BOURDON

Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: Giới:; Nghề nghiệp: ...

Địa chỉ:

Ngày đánh giá; Cán bộ thực hiện:

ABCDEHKLCBDELKHADBCKHLBDAHKLABDCKLBCDELK
 CADLHKBCDKHALBADCHELLBCDEKAKBLCEDAHLEDBE
 BDAKLCEDKLBCHACBHKHBBDLCKLBACBDHLBEKCLKHC
 DKHDBLDBCKKHDCBALLBCDHBDAHDCBLDHA KCDHKHCH
 KCBHABLAHCKLEDDHLBADCKCBBADCHEKBLCDBCDBE
 HEKACAKHADBK LKHCDACKKLDECBKLAKLCALECACAL
 LHC BKEHBCALHBEKDCEDH H BKLHCLDKLEDBKHHBHBH
 ELDC LHLKDCDEABLKHDA LLDHDAKH BEDAECKCKHDCK
 AELDBLBEKB CDCHADKCBAAH BCKLAHLBDLKKCADBCK
 BCEKEKAHBHKBDCBAELKBBEADBKCEHACABLCBCALB
 KHALHDCLEKHCLKCBDECKHLCKEDHABCDBLBALHBEA
 HLBEC AHBCLDKEADCBDKHKEDLKBECDAHCKDBHACDB
 LACBDEDCHALEHBLDABDLACHAECKDABKDEHCBDDKC
 CBDHBL EDKBHAKLCECDL CDEKBLDHCDLKHKEDCHELD
 BCHKCABEC DKBAHKCDLHBCDCHLKBLECALBKEAKDHE
 DELBHKCHLCBCBKEHBCKD HKADKECEHKBHCELBHLHCL
 KDKCKHDKBHDEABHKLBEKAHLAHBLKD HABDCHCEKEK
 HKEDABKEDLHKLEBABECHELBCALHDKLCKADACCABC
 LACECKHLKKADCBEBDLAEKACDBEKBBEHEKHCKABAB
 HDLBEELAKBELDLHCHBDLHCDKLBBCEDKHAKHEBCDE
 KDALLCEBDCLBAHDKKHBAEDHLKCDHLBLLCEBLDECH
 BEEKDLDCHEBLKELACCKBDLAEH BCKACEBDLDBCKHC
 EKBDKHBAEDHAHBCDDAHCKABCAHKBDHAAACLCHBKK
 KBKHHAE DKHKBLCKLLLEDDCLADELHCABDHECHLHLE
 HCDEALAECKHDEAH AHDCKABHDCLKKH BCKADELEDBC
 BLHCCKHDEL DHB DKHKCDHLKABEA HDKCDLBAKEBADA
 LABKLHEKLDEKALDKEKBLAHCKDBEKEDHACBHADBAD
 AHCDKBKHBDLACKBABEKHABDEHKCBLBEKBLCDBHCH
 HDLEACLECEBLHDCCDHKCDL BCHBCBEKECDHACKEDL
 CKEHDKBKLHDBKEALLDLKCEDLBHDKCHLDKLBDCALE
 BEALED CBDAHDCHKKDBEHLCKDEBKHLACHHKCKH BHK
 ACDKKLECAKLHDDEBB CBAKDHALKHCEBDKECELACEL
 LHKBABBDCLAKBCLLEECDHKLBEDBDHCA LLHAEDLCE
 KLCHBAHEKDBCEKBHHAADHCA LDEBAEKADBAABDCHKDC
 DKEDHCAKBEKBLBCKKEABLHACDEABCHLBADADBCHA
 BDLABAKEDELAHEDCBBKECALHKLCEDKACCDHCCACD
 EBAHCKLC EHKDALKDLCBABC EBKABLEABDKLLKBDBH
 ACHKDLKHLKBHEAELBDHCA LBDHLBBHLCD DHA AELEA
 CHBLLD EABLEHDCLHDABCHDABECLKACD HKCDELEKH
 KADHCECBDEEK BDELBLCDKCBKADH BELKKHKAKHKHE
 BCEDDKHCELDALHBCDBDHAKLDBHHCHELLALBHKHDC
 HKACHADEBDLCCKABHLEKCLKHCKBDAHBDDECD CDAE
 LEBKLHLDHBA BEECEBBLLDABELDHEBKACACDCECBL
 EDLAKBCKDHHDA LDDKKHEHBKLKEALCBEDCDEHLBCK
 CHCDAEKHLKBLKAKHDBKBKCHEDLCHDCLA HKLBCABA
 ADCLHDHLCAKHCDLKCADCLDEKCB AKEDBKDEKDBLEB
 BAKEHLBEKLDKBCEABDBDEKCHADBCEHCEHDLCEHE
 KBHAECKCDKCAHBHBLBCHBLHCEKDEHKA AKDCHLACH
 HELCAEDBLHDCLADDHLLKEHBDLCKLKLDC LCHKECKL
 LDKBCAEHADLBECKEKHKECKDLAHECBALEBABCAHDA

25. TRẮC NGHIỆM TẬP TRUNG CHÚ Ý PICTOGRAM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp Pictogram do A.R. Luria thiết kế, lúc đầu dùng để nghiên cứu trí nhớ gián tiếp. Tuy nhiên trong quá trình ứng dụng, nó không chỉ được dùng để nghiên cứu trí nhớ gián tiếp mà còn dùng để phân tích tính chất liên tưởng, mức độ khái quát, tính phê phán của tư duy cũng như phản ứng cảm xúc của khách thể. Vì vậy có thể xếp Pictogram vào nhóm các phương pháp nghiên cứu tư duy.

Trắc nghiệm Pictogram thường được thiết kế trên cơ sở lựa chọn danh mục các cụm từ không bị gò bó, điều quan trọng là phải có những cụm từ mang tính chất tương đối cụ thể, dễ biểu thị bằng hình vẽ, ví dụ như: “Lao động nặng”, có những cụm từ “tương đối” trừu tượng, ví dụ như “Công bằng”, “Hạnh phúc” và có những cụm từ dễ gây ra các phản ứng cảm xúc như “Bệnh tật” hay “Em bé đói”...

Trong lâm sàng, trắc nghiệm Pictogram được tiến hành với một số cách làm khác nhau như:

Thay đổi số lượng khái niệm các từ cần nhớ.

Có thể “cài” một số từ đặc biệt để thăm dò phản ứng cảm xúc.

Yêu cầu người bệnh tái hiện ở những thời gian khác nhau.

Chính vì vậy kết quả của trắc nghiệm Pictogram được xử lý và phân tích một cách định tính.

2. CHỈ ĐỊNH

Dùng để đánh giá trí nhớ, tư duy: Thực hiện trước, trong và sau quá trình điều trị.

Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

4. THẬN TRỌNG

Các đối tượng có động cơ muốn tăng nặng hoặc giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ câu hỏi nghiệm pháp Pictogram, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

90 -120 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Hướng dẫn người bệnh bằng câu dẫn:

“Đây là bài tập nhìn vào hình vẽ để nhớ các cụm từ (trí nhớ thị giác). Mỗi cụm từ cần nhớ tôi chỉ đọc một lần. Để cho dễ nhớ, anh/chị hãy vẽ ra giấy một hình gì đó tương ứng và sau này căn cứ vào các hình vẽ ra để nhớ lại cụm từ đó.

Anh/chị không được viết chữ hoặc đánh số. Màu của các hình vẽ do anh/chị tự chọn. Đến cuối buổi qua các hình vẽ của anh/chị tôi sẽ hỏi lại các cụm từ đã đọc”.

Sau khi hỏi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm.

Tính thời gian: Theo dõi thời gian; T0 là thời gian tiềm tàng, tính từ lúc đọc cho đến khi bệnh nhân vẽ hình. T1 là thời gian người bệnh vẽ từng hình.

Ghi vào biên bản tất cả những giải thích, phản ứng cảm xúc và hành vi kèm theo của người bệnh.

Tái hiện từ: Sau thời gian 60 phút, hỏi lại người bệnh những cụm từ cần nhớ theo từng hình vẽ. Đánh dấu (+) vào những cụm từ mà người bệnh nhớ đúng.

Ghi lại cụm từ người bệnh tái hiện sai và ghi dấu (-) vào những cụm từ mà người bệnh không tái hiện được.

Khi chỉ vào hình để yêu cầu người bệnh trả lời, nên đảo lộn trật tự ban đầu mà người bệnh đã vẽ.

6.3. Bước 3. Xử lý kết quả

Phân tích định tính:

Nêu ra những nhận xét về:

Màu sắc mà người bệnh sử dụng để vẽ hình.

Về thời gian tiềm tàng; thời gian thực vẽ hình của bệnh nhân.

Về trí nhớ gián tiếp; So sánh với kết quả nhớ trực tiếp (10 từ).

Về việc sử dụng các thao tác tư duy của người bệnh.

Về cảm xúc, hành vi của bệnh nhân trong quá trình làm bài... Cụ thể:

*** Đánh giá các thao tác tư duy:**

Khái quát, phù hợp: hình vẽ có thể là một kí hiệu, ví dụ một mũi tên để biểu thị sự phát triển. Hình vẽ cũng có thể là một vật dụng hoặc tình huống nào đó, dạng như hòn đá hay người gánh nặng để biểu thị lao động nặng. Giải thích mang tính chung chung chứ không phải là một tình huống cụ thể. Ở đây các hình vẽ xuất hiện với tư cách là “kí hiệu” - như theo lời Vurgtxki. Mối quan hệ giữa hình vẽ và nội dung khái niệm cần nhớ là mối quan hệ cơ bản và hình vẽ trở thành phương tiện ghi nhớ.

Hoàn cảnh cụ thể: Bệnh nhân vẽ một hoàn cảnh, tình huống cụ thể nào đó để biểu thị khái niệm. Đó là những hoàn cảnh, tình huống có địa chỉ cụ thể hoặc thời gian cụ thể, thậm chí là sự kiện thực. Ví dụ: “Em vẽ ngày hội ở làng em” để nhớ từ Ngày hội vui, hoặc: “em vẽ cảnh chia đường ở đơn vị em” để nhớ từ “Công bằng”.

Khái quát giả: khái quát giả thể hiện ở chỗ khách thể sử dụng những hình vẽ không có nội dung, thoát đầu tưởng chừng là rất khái quát nhưng giữa hình vẽ và nội dung khái niệm không có một sự liên quan nào mặc dù khách thể vẫn hiểu rõ là vẽ hình để nhớ từ (hình 4.2.). Khái quát giả còn là sự liên tưởng mang

tính ngẫu nhiên hoặc dựa vào dấu hiệu thứ yếu của sự vật, hiện tượng. Ví dụ, để nhớ từ “Lừa dối”, khách thể vẽ con lừa vì có cùng chữ lừa.

*** Đánh giá động thái tư duy:**

Tư duy bắc cầu: là hiện tượng các liên tưởng kế tiếp nhau, từ khái niệm cần nhớ, khách thể liên tưởng đến một hoàn cảnh nào đó rồi từ hoàn cảnh đó lại liên tưởng đến tình huống khác, thậm chí mạch liên tưởng có thể vẫn tiếp diễn. Do vậy kết quả là hành vi không “ăn nhập” với nội dung khái niệm cần nhớ. Ví dụ, “lao động nặng” làm bệnh nhân liên tưởng đến cảnh làm việc nặng nhọc như làm ruộng, gánh nặng, mặt mũi đen nhem và khách thể vẽ một mảng màu đen để nhớ từ “lao động nặng”. Như vậy có thể thấy mảng màu đen này không có mối liên hệ trực tiếp với lao động nặng, nó được vẽ như là kết quả của 2 nhịp liên tưởng.

Về mặt nội dung thao tác, có thể xếp dấu hiệu này vào nhóm khái quát giả. Tuy nhiên liên tưởng của khách thể không dựa vào những dấu hiệu ngẫu nhiên của sự vật, hiện tượng. Hình vẽ chỉ là kết quả của một chuỗi các liên tưởng kế tiếp nhau.

Tư duy định hình. Với từng khái niệm, liên tưởng của khách thể dường như là phù hợp. Ví dụ, để nhớ từ “Lao động nặng”, khách thể vẽ một hình người và giải thích rằng đây là người đang mang nặng. Tuy nhiên vấn đề là ở chỗ đối với những từ khác khách thể cũng vẽ hình người như vậy song lại có giải thích khá hợp lý. Khách thể vẽ hình 2 người để nhớ từ “Hạnh phúc” và giải thích rằng đây là 2 con người hạnh phúc. Với từ “Luồng gió mát”, khách thể vẽ một người đang đứng trước luồng gió mát; vẽ 2 người để nhớ từ “Đoàn kết”. Kết quả cuối cùng là toàn bộ bản vẽ chủ yếu là hình người với những nét giống nhau. Đến bước tái hiện, khách thể không thể nhớ được hình nào để nhớ từ gì bởi lẽ đều là hình người cả. Đây cũng là bằng chứng cho thấy tính định hình trong liên tưởng ảnh hưởng đến hiệu quả của trí nhớ.

Tư duy lai nhai. Trái ngược với tư duy định hình là tư duy lai nhai. Nếu như định hình, rập khuôn có nghĩa là khách thể có thể quy kết bất kì một khái niệm nào vào khuôn mẫu sẵn có thì tư duy lai nhai nói về hiện tượng chỉ với một chủ đề, chủ thể nói mãi mà không dứt ra được. Đây là một trong các dấu hiệu thể hiện sự trì trệ của tư duy. Ví dụ, khi được yêu cầu vẽ hình để nhớ từ “Phát triển”, khách thể có những giải thích, trình bày rất lâu về phát triển.

*** Màu sắc cảm xúc.** Trong trường hợp này, quá trình tư duy bị chi phối rất nhiều bởi các liên tưởng mang đậm màu sắc cảm xúc. Sự lựa chọn hình vẽ không chỉ dựa vào cảm xúc, mà trong quá trình giải thích các phản ứng cảm xúc cũng được bộc lộ khá rõ nét. Thậm chí những bàn luận, nhận xét về các khía cạnh khác như về khái niệm, về hình vẽ, về nhân vật trong hình vẽ và những liên tưởng kéo theo cũng mang đậm màu sắc cảm xúc.

Màu sắc cảm xúc còn thể hiện ở chỗ các hình vẽ được lựa chọn theo tiêu chí thích hay không thích, thể hiện cả cái mà khách thể thích cũng như cái không thích.

Một đặc điểm nữa của màu sắc cảm xúc là sự lựa chọn màu sắc. Những gam màu sáng, những màu mà khách thể thích thường được lựa chọn để vẽ những hình mà khách thể thích và ngược lại, những gam màu tối hoặc những màu khách thể không thích thường được dùng để biểu thị những hình mà họ không thích.

* **Trí nhớ gián tiếp.** Kết quả trí nhớ gián tiếp được đánh giá thông qua số lượng từ tái hiện đúng so với số lượng cần nhớ. Thời gian tái hiện thường là 1 giờ sau khi vẽ xong.

* **Tính phê phán, tự phê phán:** trong quá trình thực hiện bài tập, có khách thể luôn phản nản rằng trí nhớ của họ đã giảm sút nhiều sau khi bị bệnh, ngược lại cũng có người thì lại cho rằng trí nhớ của mình vẫn tốt. Cũng có khách thể rất quan tâm đến chuyện mình làm như thế đã đúng chưa và luôn “lưu ý” với người hướng dẫn rằng họ không có khả năng vẽ do đó hình vẽ chưa đẹp và họ không thể thể hiện hết được những cái họ hiểu.

Cũng có trường hợp khách thể phê phán rằng bài tập như vậy là không cần thiết, rằng khả năng vẽ của họ vẫn bình thường, trí nhớ bình thường, vẫn như xưa bởi lẽ họ không bị bệnh.

Phân tích kết quả Pictogram trong điều kiện bình thường và trong lâm sàng

*** Trong điều kiện bình thường**

Với người bình thường, trình độ học vấn từ lớp 7 trở lên, việc thực hiện pictogram không mấy khó khăn. Hình vẽ khá đa dạng, có cả hình đơn giản và hình phức tạp nhưng không có đa hình. Nội dung giải thích chủ yếu là khái quát. Cá biệt có trường hợp xuất hiện khái quát giả nhưng chỉ mang tính chất “ngẫu nhiên” sau đó lại trở về quỹ đạo thông thường. Hình vẽ của họ thường có mối liên hệ cơ bản với nội dung khái niệm. Đây chính là điều kiện thuận lợi cho sự tái hiện sau 1 giờ. Người bình thường sử dụng màu sắc cũng phong phú, cũng có những hình chỉ dùng một màu, có những hình nhiều màu. Những cụm từ nào dễ có liên tưởng đến màu sắc thì cũng thường được sử dụng màu tương thích. Ví dụ, dùng màu đen để biểu thị đêm tối. Trật tự hình vẽ của người khoẻ mạnh thường theo cách thông thường: từ trên xuống dưới hoặc từ trái qua phải, kích thước các hình tương đối đều nhau.

Do nội dung hình vẽ có liên quan mật thiết với nội dung từ cần nhớ nên chính các hình vẽ đó là phương tiện hữu hiệu để người bình thường tái hiện từ.

Do vậy sau 1 giờ, người bình thường dễ dàng tái hiện đúng khoảng 13-15 từ, những từ còn lại cũng là sát nghĩa.

*** Trong lâm sàng**

Các rối loạn liên quan đến stress:

Trong bệnh cảnh lâm sàng của các rối loạn liên quan đến stress, yếu tố tâm lý chiếm vị trí chủ đạo. Yếu tố này cũng chi phối đến kết quả pictogram của họ. Hình vẽ thường là hình phức tạp, các tình huống thường có màu sắc cảm xúc rõ nét. Có những trường hợp thể hiện tình huống có bản thân người bệnh tham gia, hoặc một hoàn cảnh có liên quan đến kinh nghiệm cá nhân của khách thể.

Theo Zeygarnik, trong trường hợp cần chẩn đoán phân biệt căn nguyên tâm lý (liên quan đến stress) với tâm thần phân liệt khởi phát, có thể cài thêm một số từ có liên quan đến hoàn cảnh được cho là gây ra stress ở khách thể để thăm dò phản ứng cảm xúc của họ. Nếu là tâm thần phân liệt, tiến trình thực hiện dường như không có biến đổi. Nếu đó là do stress thực sự, cụm từ như vậy có thể gây ra phản ứng cảm xúc ở khách thể với các mức độ khác nhau.

Cũng có những trường hợp khách thể rất quan tâm đến phối màu trong hình vẽ, khi đó các phản ứng cảm xúc càng thể hiện rõ nét hơn.

Do bị cuốn hút vào việc thể hiện các hoàn cảnh, tình huống có nhiều màu sắc cảm xúc nên kết quả tái hiện cũng bị hạn chế. Khi đó, khách thể thường hay tái hiện tình huống hoặc hoàn cảnh đã vẽ hơn là tái hiện từ căn nhớ.

Tâm thần phân liệt

Kết quả pictogram ở người bệnh tâm thần phân liệt thường khá đa dạng. Về hình vẽ có thể gặp những dạng sau:

Hình đơn giản nhưng lại mang tính rập khuôn, định hình (stereotype). Định hình thường gặp là người hoặc mặt người.

Hình không nội dung: người bệnh sử dụng những kí hiệu, thường là kí hiệu toán học hoặc tự tạo. Những hình này không liên quan gì với nội dung từ mặc dù người bệnh vẫn khẳng định rằng vẽ hình để nhớ từ. Zeygarnik gọi những thao tác dạng này là khái quát giả. Những trường hợp đang có hoang tưởng râm rộ, nội dung của hoang tưởng cũng thường được phóng chiếu vào hình vẽ, dạng như những phát minh vĩ đại (hoang tưởng phát minh) hay những vật thể siêu nhiên hay kì quái.

Mặc dù không nhiều song cũng có trường hợp người bệnh tâm thần phân liệt sử dụng đa hình: đã vẽ hình rồi sau đó lại vẽ tiếp hình nữa nhưng không phải là thay thế hình đã có.

Liên tưởng bắc cầu, ngẫu nhiên, liên tưởng đồng âm chủ yếu xuất hiện ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Trong một số trường hợp, người bệnh tâm thần phân liệt ít chú ý đến sự sắp xếp vị trí hình vẽ. Do vậy hình vẽ không nằm theo trật tự thường gặp.

Động kinh tâm thần:

Nét điển hình của động kinh tâm thần là suy giảm trí tuệ và biến đổi nhân cách theo kiểu nhân cách động kinh (tỉ mỉ, cụ thể, chi tiết, tỉn mủn, bảo thủ). Những đặc điểm này cũng được phản ánh trong pictogram.

Nội dung hình vẽ: có thể gặp những bộ phận hoặc chi tiết nhỏ. Cũng có những cụm từ được biểu đạt bằng hình phức tạp song khá rườm rà các chi tiết, hoặc có thể là một hoàn cảnh cụ thể, có địa chỉ. Do giảm sút về trí tuệ - nhận thức nên đối với họ, những cụm từ tương đối trừu tượng, ví dụ “Phát triển”, “Hạnh Phúc”, “Công bằng”... là những từ rất khó biểu thị bằng hình ảnh. Người bệnh thường phàn nàn rằng họ hiểu từ nhưng không thể vẽ được. Kết quả là hoặc họ chọn một hoàn cảnh cụ thể nào đó để biểu thị nhưng vẫn cảm thấy không vừa ý, hoặc là họ đề nghị bỏ qua và chuyển sang từ khác.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, Bệnh viện Tâm thần trung ương 1 (2015). Tài liệu đào tạo liên tục “*Quy trình thực hiện các trắc nghiệm tâm lý*”, lưu hành nội bộ.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). “*Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng*”, NXB Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM PICTOGRAM

Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: Giới:; Nghề nghiệp: ...

Địa chỉ:

Ngày đánh giá.....; Cán bộ thực hiện:

STT	Cụm từ	Nhận xét của người hướng dẫn	Hình vẽ và lời giải thích của bệnh nhân	Kết quả
1	Ngày hội vui			
2	Lao động nặng			
3	Phát triển			
4	Bữa cơm ngon			
5	Hành động dũng cảm			
6	Bệnh tật			
7	Hạnh phúc			
8	Câu hỏi độc ác			
9	Luồng gió mát			
10	Công bằng			
11	Đêm tối			
12	Sự thật			
13	Hy vọng			
14	Em bé đói			
15	Lừa dối			
16	Đoàn kết			

26. TRẮC NGHIỆM ĐA DIỆN NHÂN CÁCH MMPI

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đa diện nhân cách Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -MMPI) là một trắc nghiệm đánh giá nhân cách rất phổ biến trên thế giới, được Starke R. Hathaway và J.C. McKinley xây dựng từ những năm 1939 tại trường Đại học Minnesota (Mỹ), được xuất bản lần đầu năm 1943. MMPI được thiết kế như là một thước đo tâm lý và cấu trúc nhân cách của người lớn và là một công cụ hữu hiệu để giúp chẩn đoán các rối loạn về sức khỏe tâm thần. Phiên bản đầu tiên gồm 567 câu, phiên bản rút gọn được nghiên cứu và sửa đổi năm 1989 giúp giảm bớt số lượng câu hỏi xuống 368 câu mà không làm thay đổi cấu trúc và ảnh hưởng đến hiệu quả của trắc nghiệm.

MMPI đánh giá các vấn đề nhân cách của người bệnh thông qua 10 thang lâm sàng gồm: thang Nghi bệnh, thang Trầm cảm, thang Phân ly, thang Biến đổi nhân cách, thang Bệnh lý giới tính, thang Hoang tưởng, thang Suy nhược tâm thần; thang Tâm thần phân liệt, thang Hưng cảm và thang Hướng nội xã hội. Ngoài ra MMPI còn có 3 thang hiệu lực gồm: Thang chân thật, Thang tin cậy và Thang điều chỉnh để cung cấp thêm thông tin cho nhà lâm sàng và để hiệu chỉnh các thang lâm sàng chính.

2. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá các yếu tố nhân cách của người từ 18 tuổi trở lên.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ Trắc nghiệm đa diện nhân cách MMPI, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

75 -150 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 66-127 phút)

Câu hướng dẫn: “Sau đây là bảng trắc nghiệm có các câu phát biểu về xu hướng suy nghĩ, giải quyết vấn đề, tâm trạng của cá nhân nhằm đánh giá xu hướng nhân cách. Anh/chị hãy đọc từng câu, nếu thấy câu đó đúng với mình, hãy đánh dấu (x) vào cột “Đúng”, nếu thấy câu đó sai, hãy đánh dấu (x) vào cột “Sai”. Lưu ý rằng, không nên suy nghĩ hoặc nghiền ngẫm quá lâu cho mỗi câu hỏi bởi chúng tôi không đánh giá, phân xét câu trả lời của anh/chị”. (thời gian 6-7 phút)

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi Trắc nghiệm đa diện nhân cách MMPI (**Phần phụ lục**). (thời gian 60-120 phút)

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý:

Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 10-20 phút)

Quy ước:

Cộng điểm theo 13 thang lâm sàng, cùng phía tính 1 điểm; khác phía 0 điểm.

Đưa điểm thô của 13 thang lâm sàng lên phần điểm thô của Bảng diễn đồ

Tính giá trị tuyệt đối của điểm thô F-K để lấy điểm tin cậy.

Nếu giá trị $\{F - K\} \leq 11$: kết quả đáng tin cậy.

Hiệu chỉnh thêm điểm K lên thang Hs (0,5K), Pd (0,4K), Pt (1K), Sc (1K), Ma (0,2K).

Tính điểm sau hiệu chỉnh.

Đưa điểm đã hiệu chỉnh của 13 thang lâm sàng lên Bảng diễn đồ nam và nữ.

Đọc kết quả.

Cách đọc kết quả, diễn giải và trả kết quả:

Nếu điểm T trong giới hạn 50 ± 10 : giới hạn bình thường.

Nếu $60 < T \leq 70$: mức độ ranh giới.

Nếu $T > 70$ hoặc $T < 30$: dấu hiệu bệnh lý.

Nếu $T \geq 80$: cao rõ rệt, có giá trị trong lâm sàng.

Tiến hành đánh giá các yếu tố nhân cách của người bệnh theo bảng tham chiếu sau

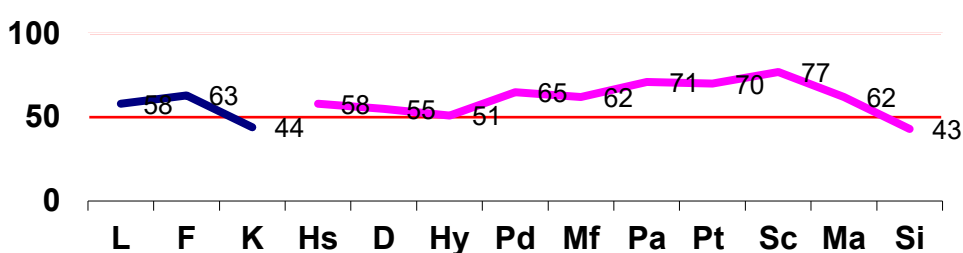
Bảng tham chiếu

MMPI	Bình thường ($\leq 64\%$)	Ranh giới (65% - 69%)	Bệnh lý ($\geq 70\%$)
Nghi bệnh			
Trầm cảm			
Phân ly – than phiền cơ thể			
Rối loạn nhân cách			
Nam tính – Nữ tính			

Hoang tưởng			
Lo âu – suy nhược			
Tâm thần phân liệt			
Hung cảm nhẹ			
Hướng nội xã hội			

Hoặc vẽ đường kết quả theo đồ thị sau (mẫu):

MMPI



Diễn giải (mẫu):

$|F - K| = 4$, Kết quả đáng tin cậy

Diễn đồ có các thang Pa (71), Pt (70) và Sc (77) cao mức bệnh lý./.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule(Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

3. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM ĐA DIỆN NHÂN CÁCH MMPI

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ: Chẩn đoán: Ngày làm:

STT	Nội dung câu hỏi	Đúng	Không đúng
1	Tôi yêu các tạp chí kỹ thuật		Mf
2	Tôi ăn ngon miệng		Hd, D, Hy
3	Tôi ngủ dậy luôn luôn khoan khoái		Hd, D, Hy
4	Tôi nghĩ là tôi rất thích công việc của người cán bộ thư viện	Mf	
5	Tiếng động làm tôi dễ thức giấc	D	
6	Tôi thích đọc mục tội phạm trong các tờ báo		Hy
7	Thường thường hai bàn tay, hai bàn chân tôi tương đối ấm		Hd, Hy
8	Cuộc sống hiện nay của tôi đầy những thú vị		D, Hy, Pd, Sc
9	Hiện nay tôi cũng có khả năng làm việc như trước đây		Hd, D, Hy
10	Nhiều khi tôi cảm thấy có gì đó vướng ở cổ họng	Hy, Pt	
11	Người ta phải cố gắng tìm hiểu các giấc mơ của mình và phải coi chúng là một điều chỉ dẫn hoặc báo trước	Ma	
12	Tôi thích những chuyện trinh thám huyền bí		Hy
13	Tôi làm việc trong trạng thái rất căng thẳng	D, Ma	
14	Đôi lúc tôi nghĩ đến những điều quá xấu xa không thể nói ra được	Pa, Pt, Sc	L
15	Tôi tin rằng tôi chắc chắn thoát ra khỏi những khó khăn trong cuộc sống	Pd, Pa, Sc	
16	Bố tôi là người trung hậu		F, Sc
17	Hiếm khi tôi bị táo bón		Hd, D
18	Khi tôi nhận một việc làm mới tôi thích được biết rõ người quan trọng có lợi cho công việc của tôi		Mf

19	Đời sống tình dục của tôi được thỏa mãn		F, Pd, Sc
20	Đã có nhiều lúc tôi rất muốn bỏ nhà ra đi	Pd, Sc, Ma	
21	Đôi lúc tôi có các cơn cười hoặc cơn khóc mà tôi không thể làm chủ được	Pa, Pt, Sc, Ma	
22	Tôi khó chịu vì những cơn buồn nôn và nôn	F, Hd, D, Hy	
23	Hình như không ai hiểu tôi	Pd, Pa, Sc	
24	Tôi thích là ca sỹ	Mf	Si
25	Tôi cho rằng điều tốt nhất cho tôi là giữ im lặng khi bị lâm vào một hoàn cảnh rủi ro		Hy, Mf
26	Đôi khi tôi bị ma quỷ nhập vào người	F, Pa	
27	Nếu có ai làm điều xấu cho tôi thì về nguyên tắc tôi thấy rằng phải trả thù		Mf
28	Hàng tuần, nhiều lần tôi thấy nóng rực trong dạ dày	Hd	
29	Đôi lúc tôi thèm muốn chửi thề		L, K, D, Hy
30	Tôi hay bị ác mộng	F	
31	Tôi không thể tập trung chú ý	D, Hy, Pd, Pt, Sc, Si	
32	Tôi đã trải qua những thử nghiệm rất đặc biệt và lạ thường	Pd, Sc	Si
33	Thường thường tôi hay bị ho	F	
34	Nếu không có ai bày mưu kế chống lại tôi thì tôi đã tiến rất xa	F, Pd, Pa, Sc	
35	Hiếm khi tôi lo lắng đến sức khỏe tôi		D, Pt
36	Tôi chưa bao giờ khó chịu vì tác phong tình dục của tôi		Pd, Sc
37	Thuở nhỏ, đôi khi tôi đã ăn cắp vặt	Pd, Sc	
38	Đôi khi tôi thích đập phá đồ đạc		K, D
39	Phần lớn thời gian tôi thích ngồi và mơ mộng hơn là làm bất cứ việc gì	F, Sc	
40	Đôi khi hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng, tôi không quan tâm đến bất cứ việc gì vì tôi không quan tâm đến bất cứ việc gì vì tôi không thể trăn	D, Pt, Sc	

	tĩnh được (không làm chủ được)		
41	Gia đình tôi không ưa công việc mà tôi đã chọn (hoặc nghề mà tôi định chọn)	F, Pd	
42	Tôi ngủ không yên và hay thức giấc	Hd, D, Hy	
43	Thường thường toàn bộ đầu tôi làm tôi khó chịu	Hy	
44	Tôi không luôn luôn nói sự thật		L
45	Năng lực phán đoán của tôi tốt hơn bao giờ hết		D
46	Hàng tuần, một lần hay nhiều lần tôi cảm thấy người nóng lên không có lý do rõ ràng	Hy, Sc	
47	Ở chỗ đông người tôi khó chịu vì nghe những điều lạ thường	K	
48	Sẽ tốt hơn rất nhiều nếu bỏ đi hầu hết các luật lệ	F	
49	Linh hồn tôi đôi lúc rời khỏi thể xác tôi	F	
50	Sức khỏe của tôi cũng tốt như đa số các bạn của tôi		Hd, D, Hy
51	Tôi thích lơ đi các bạn học hoặc người quen cũ mà từ lâu tôi không gặp, trừ khi họ gọi và bắt chuyện trước với tôi.	D, Sc	
52	Tôi được đa số người quen quý mến		F
53	Hiếm khi tôi cảm thấy đau ở tim hay trong ngực		Hd, Hy
54	Thuở nhỏ, tôi đã bị đuổi học một hay nhiều lần vì vô kỷ luật	F	
55	Tôi là người rất cởi mở		D, Si
56	Tôi hay phải nhận mệnh lệnh từ một người không biết rõ công việc như tôi	Ma	
57	Hàng ngày tôi không đọc bài xã luận trong báo		L
58	Tôi đã làm hỏng cuộc đời mình	Pd	
59	Đâu đây trong cơ thể tôi thường có cảm giác nóng bỏng, kim châm, kiến bò hoặc tê cóng	Hd	
60	Đôi khi tôi quá nhấn mạnh vào một sự việc làm cho người khác sốt ruột	Ma	D
61	Tôi yêu bố tôi		F, Sc
62	Tôi nhìn thấy xung quanh tôi những đồ vật, thú vật và người mà những người khác không trông	F	

	thấy		
63	Tôi cũng muốn sung sướng như những người khác	D, Pd, Pt, Si	
64	Hiếm khi tôi đau ở gáy		Hd
65	Tôi cho rằng nhiều người cường điệu tai họa của mình chỉ để người khác thông cảm và giúp đỡ		K, Hy
66	Hàng ngày hoặc vài ngày một lần tôi thấy khó chịu ở vùng dạ dày	Hd	
67	Tôi là một nhân vật quan trọng	Ma	
68	Tôi thường mong ước được là con gái (chưa hề hối tiếc vì đã là con gái)	Mf	
69	Tôi rất hay bị sâu uất	Hy, Pt, Sc	
70	Tôi thích các tiểu thuyết tình ái	Mf	
71	Tôi yêu thơ	Mf	
72	Tình cảm tôi không dễ dàng bị xúc phạm		Mf
73	Đôi khi tôi trêu chọc súc vật		D, Mf
74	Tôi nghĩ là tôi rất yêu công việc của người gác rừng		Mf
75	Tôi thường thua trong các cuộc tranh luận	Si	Pd
76	Người nào có khả năng và làm việc nghiêm túc sẽ có nhiều cơ may để thành công	F	
77	Hiện nay tôi dễ dàng mất hy vọng trở thành người có ích	Pd	
78	Tôi bị cuốn hút mạnh vào các đồ vật riêng như giày dép, găng tay... đến mức tôi muốn kiểm được chúng hay ăn trộm chúng mặc dù tôi không cần chúng	F	
79	Tôi thực sự thiếu tin tưởng vào bản thân	D, Pt	
80	Tôi thích làm người bán hoa	Mf	
81	Thường thường tôi có cảm giác là đời đáng sống		D
82	Để thuyết phục số đông người về một sự thật ta phải tranh luận nhiều		K,D,Hy,Mf
83	Có lần tôi đã hoãn đến ngày mai việc mà lẽ ra tôi phải làm hôm nay		L

84	Tôi không bận tâm đến điều gì xảy ra cho tôi		Pd, Si
85	Tôi thích làm y tá	Mf	
86	Tôi tin là phần đông người ta nói dối để có lợi		Hy, Pa
87	Tôi làm nhiều điều mà tôi hối tiếc (hình như tôi hối tiếc hơn người khác)	Pd, Pt	
88	Hầu hết các tuần tôi đi lễ nhà thờ (hoặc ngày Rằm, mùng Một tôi hay thắp hương)		D
89	Tôi ít tranh cãi với những người trong gia đình tôi	K	Pd
90	Đôi khi từ bên trong tôi bị thúc đẩy lảng nhục người khác hoặc bản thân	Sc, Ma	
91	Tôi tin là Đức chúa Giêsu sẽ tái sinh		D
92	Tôi thích đến phòng tiếp khách hoặc cuộc họp có nhiều trò vui ồn ào		Si, Mf
93	Có khi tôi gặp những vấn đề có nhiều giải pháp đến nỗi cuối cùng tôi không quyết định được	Ma	
94	Tôi cho rằng phụ nữ cũng phải được tự do trong tình dục như nam giới		Ma
95	Những cuộc đấu tranh gay go nhất là với bản thân	Pd, Pt	
96	Tôi không thấy các bắp thịt của tôi rung giật bất thường làm tôi khó chịu		Hd, Hy, Sc
97	Tôi dường như không quan tâm đến điều xảy ra với tôi	D, Sc	
98	Đôi lúc khi cảm thấy không khỏe khoắn tôi bực bội cáu gắt		L, Ma
99	Nhiều lúc tôi có cảm giác là đã làm điều gì sai trái lệch lạc	Pd, Pt	
100	Tôi cảm thấy luôn luôn hạnh phúc		D, Hy, Pd, Pa
101	Thường tôi có cảm giác nặng trong đầu hoặc trong mũi	Hd	
102	Có những người tỏ ra độc đoán đến mức tôi cảm thấy có nhu cầu làm ngược lại điều họ nói, dù tôi chắc chắn là họ có lý	Ma	

103	Có những người âm mưu chống lại tôi	Pd, Pa	
104	Tôi chưa làm điều gì nguy hiểm chỉ vì hiếu kỳ hoặc để vui chơi	Si	Pa, Ma
105	Tôi thấy cần phải tự buộc mình tuân theo những điều tôi cho là đúng		F, Mf
106	Đôi lúc tôi có cảm giác như bị một cái đai thắt chặt vào đầu	Hd, Hy	
107	Tôi tin là có kiếp sau		F, Mf
108	Tôi thích hơn hết là đánh cuộc trong môn chạy đua hoặc trong một trò chơi		Mf
109	Nhiều người trở nên lương thiện vì sợ bị bắt	Si	Mf
110	Hồi còn đi học, đôi khi tôi phải đến gặp thầy hiệu trưởng vì hành vi xấu	Pd	
111	Cách nói của tôi lúc nào cũng vậy (không nhanh hơn, không chậm hơn, không khàn khàn, không ngập ngừng hơn)		Sc, Ma, Si
112	Ở nhà cách ăn uống của tôi không phải luôn luôn tốt như khi với bạn bè		L, Mf, Ma
113	Tôi tin rằng người ta âm mưu chống lại tôi	F, Pa, Sc	
114	Tôi cho rằng tôi cũng có khả năng và khéo léo như mọi người		D, Pt
115	Tôi có cảm giác bị theo dõi	F, Pa	
116	Phần lớn mọi người sẽ dùng những phương sách không đẹp để thắng và được lợi hơn là để mình bị thua thiệt	Si	K, Hy, Pa
117	Tôi rất hay bị rối loạn ở dạ dày	Hd	
118	Tôi thích sân khấu	Mf	Si
119	Tôi biết ai là người gây các khó khăn cho tôi	Pd, Pa, Ma	
120	Khi nhìn thấy máu, tôi không sợ hãi, không ốm, không ngất xỉu		Hy
121	Đôi khi không hiểu vì sao tôi bực bội và cáu kỉnh		K, Hy
122	Tôi không hề nôn hoặc ho ra máu	D	Hd
123	Tôi không bận tâm về những bệnh mà tôi có thể mắc phải		D

124	Tôi thích sưu tập các loại hoa hoặc trồng cây cảnh	Mf	
125	Tôi chưa hề có hành vi tình dục bất thường	Mf+	Mf-
126	Đôi khi các ý nghĩ của tôi đến quá nhanh làm tôi không thể nói ra được	Mf	K, Pd
127	Nếu có thể vào rạp chiếu bóng không có vé và chắc chắn không bị phát hiện thì tôi nhất định làm việc đó		L
128	Tôi thường tự hỏi vì lý do che giấu gì mà người ta tử tế với tôi		Hy
129	Tôi tin là cuộc sống gia đình tôi cũng dễ chịu như phần đông những người mà tôi quen biết		Hy, Pd
130	Phê phán và chế giễu làm tôi bị xúc phạm dữ dội	D, Si	K
131	Đôi khi tôi cảm thấy phải làm hại bản thân mình hoặc ai đó	F	
132	Tôi thích nấu ăn	Mf	
133	Tác phong của tôi phụ thuộc rất nhiều vào các thói quen của những người thân cận		Hy, Pd
134	Nhiều lúc tôi tự cảm thấy mình vô dụng	D, Pt	K
135	Hồi nhỏ tôi đã theo một băng nhóm cố gắng bảo vệ cho nhau và chống lại mọi người	Ma	Si
136	Tôi thích là bộ đội		Mf
137	Đôi khi tôi thích đánh nhau		D
138	Đôi khi tôi thích lang thang vì cảm thấy dễ chịu	F	
139	Hay xảy ra thất bại đối với tôi vì tôi đã không quyết định nhanh chóng, kịp thời	Si	Hy
140	Tôi sốt ruột khi có người hỏi ý kiến hoặc làm gián đoạn lúc tôi đang làm một công việc quan trọng		K, Ma
141	Tôi đã viết nhật ký	Mf	
142	Trong trò chơi tôi thích thắng hơn là thua		L
143	Có người nào đó muốn đầu độc tôi	F, Pa	
144	Phần nhiều tôi ngủ không bị những suy nghĩ và những ý nghĩ quấy rầy		D, Pt

145	Trong những năm gần đây sức khỏe của tôi nói chung là tốt		Hd, D, Hy
146	Tôi không béo lên cũng không gầy đi		Hd, D, Hy
147	Tôi đã có những thời kỳ hành động mà về sau tôi không biết là tôi đã làm gì	F, Sc, Ma	
148	Tôi nghĩ nhiều khi tôi đã bị phạt vô cớ	Pa, Sc, Ma	
149	Tôi dễ khóc	D, Pa	
150	Tôi không hiểu tốt như trước những gì tôi đọc	D, Pt, Sc	
151	Sức khỏe của tôi chưa bao giờ tốt hơn hiện nay		K, D, Hy
152	Đôi lúc tôi cảm thấy rất nhạy cảm trên đỉnh đầu	Hd	
153	Tôi không thích người nào dùng cách quanh co để tỏ ý muốn làm lợi cho họ		Hy
154	Tôi không nhanh mệt		Hd, Hy
155	Tôi thích nghiên cứu và đọc những bài báo có liên quan đến công việc của tôi		F, Pt
156	Tôi thích quen biết những ông lớn bởi vì họ làm cho tôi tự cảm thấy mình là một nhân vật quan trọng		L
157	Tôi sợ nhìn từ trên cao xuống		Ma
158	Tôi không khó chịu nếu có người thân phạm pháp	Ma	
159	Trí nhớ của tôi tăng giảm thất thường	F, Sc	
160	Tôi không sợ phải chi tiêu nhiều tiền		F
161	Tôi không khó chịu vì những gì mà người khác nghĩ về tôi		K, Hy, Pd
162	Tôi chơi ngược ngạo trước một nhóm bạn bè dù mọi người đều tham gia vào đó	Si	K, Pd, Ma
163	Tôi thường phải đấu tranh bản thân để tỏ ra không rụt rè	Si	Hy
164	Trước kia tôi thích đi học		Pd
165	Tôi không hề bị ngắt		Hy
166	Hiếm khi hoặc không khi nào tôi có con chổng mặt		Hd, Hy
167	Tôi không quá sợ rắn		Mf

168	Mẹ tôi là người tốt		F, Sc
169	Trí nhớ của tôi tốt		D, Pt, Sc
170	Tôi bị day dứt bởi các vấn đề tình dục	Hy, Sc	Mf+
171	Tôi rất khó bắt đầu nói chuyện với mọi người khi tôi chìm đắm vào các điều hiểu biết mới	Si	Ma
172	Khi tôi bắt đầu chán, tôi thích bày ra trò tiêu khiển	Ma	
173	Tôi sợ bị điên	D, Pt, Sc	
174	Tôi chống lại nguyên tắc cho ăn mỳ tiền		K, Pd
175	Tôi thường nghe những tiếng nói không rõ từ đâu tới	F	
176	Chắc là tôi nghe cũng tốt như đa số những người khác		F
177	Thường thường tôi nhận thấy bàn tay tôi run lên khi cố gắng làm một việc gì	Hy	
178	Các bàn tay của tôi không trở nên vụng về thiếu khéo léo	Mf	
179	Tôi có thể đọc lâu không mỏi mắt		Hd, Hy
180	Đôi lúc tôi cảm thấy yếu toàn thân	Hd, D, Hy, Pt	
181	Rất ít khi tôi bị đau đầu		Hd, Hy
182	Đôi khi bị quấy rầy, tôi bắt đầu ra mồ hôi làm tôi khó chịu		D
183	Tôi không có chút khó khăn nào để giữ thăng bằng khi đi lại		Hd, Hy, Sc
184	Tôi không có cơn sốt theo mùa hoặc hen	D	Si
185	Tôi đã có những cơn không thể làm chủ cử động và lời nói của mình nhưng vẫn biết được những gì đã xảy ra xung quanh	Sc, Ma	
186	Tôi không thích tất cả mọi người mà tôi quen biết		L
187	Tôi thích đến những nơi mà tôi chưa hề biết trước đây		F, Sc
188	Có người nào đó muốn trấn lột tôi	F	

189	Ban ngày ít khi tôi buồn ngủ		Mf
190	Người ta phải dạy cho trẻ con tất cả các điều chính của vấn đề tình dục		F
191	Có những người cố ý lợi dụng những suy nghĩ và ý định của tôi	F	
192	Tôi cầu mong là không quá nhút nhát		Hy, Pd
193	Tôi tin chắc tôi là một người bị lên án	F, Pa, Sc	
194	Nếu tôi là phóng viên thì tôi thích mục săn khấu	Mf	
195	Tôi thích là nhà báo	Mf	
196	Đôi khi tôi không thể ngăn mình ăn trộm hay ăn cắp một cái gì đó	F	
197	Tôi rất thích các trò chơi giải trí khác nhau		D
198	Tôi thích tán tỉnh		D, Si
199	Tôi tin chắc rằng các tội lỗi của tôi là không thể tha thứ được	F	
200	Đối với tôi thế nào cũng được		F, Sc
201	Tôi ngủ được ban ngày, ban đêm không ngủ được	F	
202	Các họ hàng, bạn bè tôi thường coi tôi là trẻ con hơn là người lớn	Sc, Ma	
203	Khi đi đường tôi chú ý bước đúng chỗ quy định		Hy, Mf
204	Tôi đã không bao giờ bị dị ứng ở da, điều mà tôi đã lo lắng		Mf
205	Tôi đã lạm dụng thức uống có chất cồn (rượu)	F, Pd	
206	So với các gia đình khác, tôi nhận thấy trong gia đình tôi ít tình thương và ít ấm cúng hơn	Pd	
207	Tôi phải thừa nhận là có khi tôi đã quá lo lắng vì một lý do không thực tế	Mf, Pt	K
208	Tôi không buồn phiền lắm khi nhìn thấy các con vật đau đớn	F	
209	Tôi nghĩ là tôi yêu công việc của người khoán thầu xây dựng		Mf
210	Tôi yêu mẹ tôi		F, Sc
211	Tôi yêu khoa học		Mf

212	Tôi dễ dàng yêu cầu bạn bè giúp đỡ tôi, mặc dù tôi không thể giúp lại họ	Ma	
213	Tôi rất thích săn bắn		Mf
214	Bố mẹ tôi thường hay phê phán những người mà tôi giao du cùng	Pd	
215	Có lúc tôi đặt điều nói xấu chút ít		L
216	Một số người trong gia đình tôi có những thói quen làm tôi buồn phiền và quấy rầy tôi nhiều	Mf, Ma	
217	Người ta nói là tôi đứng lên và đi lại trong khi ngủ	F	
218	Đôi khi tôi có cảm giác là có thể quyết định một việc gì đó dễ dàng một cách lạ thường	Ma	
219	Tôi thích tham gia vào nhiều câu lạc bộ hoặc nhóm bạn		Hd, Hy
220	Hầu như không bao giờ tôi cảm thấy đánh trống ngực và hiếm khi tôi bị hụt hơi		Hy
221	Tôi thích nói về vấn đề tình dục	Mf-	Pd, Mf+, Si
222	Tôi thích thú một chương trình sống căn cứ trên bốn phận mà tôi đã chú ý tuân theo	Ma	
223	Có khi tôi ngăn cản người khác làm một việc gì đó không phải vì để gây khó dễ mà chỉ vì nguyên tắc	Ma	D
224	Tôi dễ dàng nổi cáu và quên ngay lúc ấy		K, Hy
225	Tôi hoàn toàn độc lập và không bị ràng buộc bởi mọi quy tắc gia đình		Pd
226	Tôi cảm thấy mình bị tan nát ra từng mảnh	D, Si	
227	Hầu hết họ hàng tôi đều có cảm tình với tôi		Pd
228	Tôi có những thời kỳ bị kích thích đến mức không thể ngồi lâu một chỗ được	Hy, Pd, Sc, Ma	
229	Tôi đã bị thất vọng trong tình yêu	Pd, Mf	
230	Tôi không bao giờ bận tâm đến vẻ bề ngoài của tôi	Ma	
231	Tôi thường nằm mơ những điều mà tôi thích giữ cho riêng tôi	Sc	D
232	Tôi nghĩ là tôi không dễ bị kích thích hơn so với		D

	nhiều người khác		
233	Tôi ít cảm thấy hoặc không cảm thấy bị đau		Hd, Hy
234	Cách tôi hành động hay bị người khác hiểu lầm	Pd	
235	Bố mẹ và gia đình tôi thấy ở tôi nhiều khuyết điểm mà tôi không có	F, Pd	
236	Cổ tôi thường hay đỏ lên	F	
237	Tôi có lý do để ganh tỵ với một hay nhiều người trong gia đình tôi	F	
238	Không lý do đặc biệt và dù sự việc xấu đi, đôi khi tôi vẫn cảm thấy vô cùng sung sướng		D, Pd
239	Tôi không chê trách người nào muốn lợi dụng mọi cái có thể lợi dụng được trên thế gian này	Ma	
240	Tôi đã có những cơn trong đó tôi mất khả năng hành động và mất cả ý niệm về những gì đã xảy ra quanh tôi	Sc, Ma	
241	Chẳng ai quan tâm đến những gì có thể xảy ra cho bạn	F	
242	Tôi có thể làm bạn với những người có những hành động mà tôi lên án	Hy	
243	Tôi thích tham gia vào một nhóm trong đó mọi người trêu chọc lẫn nhau		Mf, Si
244	Có lúc trong bầu cử tôi bỏ phiếu cho những người mà tôi biết rất ít		L
245	Phản duy nhất làm tôi quan tâm đến trong các tờ báo là trang giải trí	F	
246	Nói chung tôi trông chờ sự thành công trong công việc tôi tiến hành		F
247	Tôi rất khó khởi động trong công việc	D, Sc	
248	Ở trường, tôi học khó khăn		Mf
249	Nếu tôi làm họa sỹ, tôi thích vẽ hoa	Mf	
250	Vẻ bề ngoài không đẹp, đối với tôi không can hệ gì		Mf, Si
251	Tôi ra mồ hôi rất dễ dàng ngay cả khi trời mát	Ma	D
252	Tôi hoàn toàn tự tin		Mf
253	Chắc chắn hơn cả là không nên tin vào ai		Hy

254	Tôi thường hay vô cớ nổi cáu	Pt, Sc, Ma	
255	Khi tôi ở trong một nhóm, tôi khó tìm ra được những điều đúng để nói ra	Si	K, Hy, Pd, Ma
256	Một công việc lý thú hầu như luôn làm tôi ra khỏi sầu muộn	Ma	
257	Tôi dễ dàng làm cho người khác sợ, đôi lúc tôi làm như vậy chỉ vì đùa	F	
258	Khi ra khỏi nhà, tôi không lo lắng là đã đóng hết cửa sổ, cửa ra vào chưa		D
259	Tôi không chê trách một người hám lợi đã để cho kẻ khác lợi dụng	Ma	D
260	Từng lúc tôi tràn đầy nghị lực		F, K, D
261	Tôi cảm thấy tê cóng tại một hoặc nhiều vùng trên da	Hd, Sc	
262	Thị lực của tôi không giảm		Hd, Hy
263	Có ai đó kiểm soát các ý nghĩ của tôi	F, Pa	
264	Tôi yêu trẻ con		F, Sc
265	Có lúc tôi rất thích thú nhìn thấy sự khôn khéo của một tên tội phạm mà tôi hy vọng nó không bị tóm cổ	Ma	
266	Tôi thường hay có cảm giác là có người lạ nhìn tôi, theo dõi để phê phán	Mf, Si	
267	Hàng ngày tôi uống quá nhiều nước	Ma	Hy
268	Phản đông người ta kết bạn vì những người này có thể có lợi cho mình về sau		Mf
269	Hiếm khi tôi cảm thấy tiếng vo ve, ù tai		Hd, Pa, Sc, Si
270	Đôi khi tôi thấy ghét những người trong gia đình tôi mà tôi vẫn thường yêu mến	Mf, Sc	
271	Nếu tôi là phóng viên, tôi rất thích viết bài về thể thao		Mf
272	Tôi chắc chắn là có nhiều người nói về tôi	Pd, Pa	
273	Đôi khi tôi cười đùa thô tục		L, D
274	Tôi cảm thấy hạnh phúc nhất khi có thể ở lại một mình	F	

275	Tôi cảm thấy ít bị khiếp sợ hơn so với các bạn tôi		Pd
276	Tôi luôn luôn chán ngấy công lý khi một kẻ tội phạm được trả tự do nhờ vào lý lẽ của một trạng sư thông minh		Hy, Pd, Ma
277	Ở một hay nhiều giai đoạn trong đời tôi, tôi đã có cảm giác là có người cố thôi miên tôi	Sc	
278	Tôi không nói chuyện với những người lạ trước khi họ hỏi tôi	Si	Hy
279	Có người nào đó tác động vào suy nghĩ của tôi	F, Pa	
280	Tôi chẳng bao giờ gặp rắc rối với pháp luật		Pd, Pa
281	Có những thời kỳ, tôi cảm thấy đầy hào hứng không có lý do đặc biệt		K, D, Pd, Si
282	Tôi muốn rằng tôi không bị day dứt bởi các ý nghĩ về tình dục	Mf-, Sc	
283	Nếu người ta lâm vào một trường hợp rủi ro, tốt hơn hết là họ nên tin vào một điều gì đó	Ma	
284	Tôi nghĩ rằng tôi nhạy cảm hơn những người khác	Mf, Pa	
285	Trong đời tôi không khi nào tôi thích chơi búp bê		Mf
286	Cuộc sống đối với tôi thường nặng nề phiền muộn	Pt, Sc	
287	Có một số vấn đề đụng chạm đến tôi một cách tế nhị, đến mức tôi không thể nói về chúng được	Sc	
288	Ở trường phổ thông, phải nói trước lớp là điều khó khăn cho tôi	Pt, Si	
289	Ngay cả khi cùng với đông người, nhiều khi tôi vẫn cảm thấy cô đơn	Pa, Pt, Sc	
290	Tôi được mọi thiện cảm mà tôi mong muốn		Sc
291	Tôi từ chối tham dự vào một số trò chơi bởi vì tôi không thạo	Sc	
292	Hình như tôi kết bạn cũng nhanh như bất cứ ai		Sc, Si
293	Tôi ghét có những người quanh tôi	Sc	
294	Người nào dễ nảy sinh sự căm dỗ do không bảo		Pa

	vệ các đồ vật quý, cũng đáng trách ngang với kẻ ăn cắp		
295	Tôi tin là hầu hết mọi người sẽ nói dối để vượt qua bước khó khăn	Si	K, Pa
296	Tôi nhạy cảm hơn đa số những người khác	Pa, Pt	
297	Trong thâm tâm, phần đông người ta không thích tự làm phiền mình để giúp đỡ người khác		Pa
298	Phần lớn các giấc mộng của tôi có liên quan đến các vấn đề tình dục	Sc	
299	Tôi dễ bị lúng túng	Pt, Si	
300	Tôi buồn phiền về những vấn đề tiền nong và công việc		K, Sc
301	Tôi chưa hề yêu ai	Sc	
302	Những hành động của một số người trong gia đình tôi làm tôi khiếp sợ	Sc	
303	Bố hoặc mẹ tôi thường ra những lệnh mà tôi tuân theo mặc dù tôi thấy rằng nó không hợp lý		Pa
304	Rất hiếm khi tôi ngủ mê		Pt
305	Tôi chưa hề bị liệt và chưa hề cảm thấy một bắp thịt nào trong người tôi yếu đi bất thường		Sc
306	Đôi lúc tôi bị mất tiếng, thay đổi giọng dù tôi không bị cảm lạnh	Sc, Si	
307	Có những lúc tôi ngửi thấy mùi đặc biệt	Sc	
308	Tôi không hề tập trung mọi suy nghĩ của tôi vào một công việc	Sc	
309	Tôi dễ mất kiên nhẫn với người khác	Pt, Si	
310	Hầu như lúc nào tôi cũng lo lắng cho ai đó hoặc cho việc gì đó	Pt	
311	Tôi chắc chắn là tôi đã có nhiều điều phải lo lắng	Pa	
312	Tôi thường mong được chết	Sc	
313	Đôi lúc tôi quá kích thích đến nỗi khó ngủ	Pt	
314	Đôi khi tôi nghe thấy quá rõ đến nỗi làm tôi khó chịu	Pa, Sc	
315	Tôi quên đi ngay những gì người khác nói với tôi	Pt, Sc	

316	Thường thường tôi phải dừng lại suy nghĩ trước khi bắt tay vào hành động dù với những việc không đáng kể	Pt	
317	Tôi thường hay đi qua bên kia đường để tránh gặp mặt ai đó	Pt	
318	Tôi hay có cảm giác là sự vật không có thực	Sc	
319	Tôi có thói quen đếm các đồ vật không chút quan trọng như bóng đèn, tín hiệu điện...	Pt	
320	Tôi không có kẻ thù thực sự muốn làm hại tôi		Pa
321	Tôi hay cảnh giác với những người có thái độ quá thân tình hơn tôi mong đợi		Pa
322	Tôi có những ý nghĩ lạ thường và đặc biệt	Pt, Sc	
323	Khi tôi ở một mình tôi nghe thấy những điều lạ thường	Sc	
324	Tôi trở nên lo lắng và bị đảo lộn khi tôi phải xa nhà một thời gian	Pt	
325	Tôi đã khiếp sợ những đồ vật và những người mà tôi biết rằng không thể làm hại tôi	Pt, Sc	
326	Tôi không sợ phải đi vào một căn phòng có nhiều người đang tụ tập nói chuyện		Pt, Sc
327	Tôi sợ dùng dao hoặc đồ vật sắc và nhọn khác	Sc	
328	Đôi khi tôi thích đùa bằng cách làm hại người mình yêu	Sc	
329	Tôi tập trung tư tưởng khó khăn hơn nhiều người	Pt, Sc	
330	Nhiều lần tôi tự bỏ công việc nào đó vì tôi không tự tin vào bản thân	Pt, Si	
331	Hay có những từ bất nhã, những từ kinh khủng đến trong đầu óc tôi mà tôi không thể nào dứt bỏ đi được	Pt	
332	Có khi một số ý nghĩ không chút quan trọng đọng lại trong đầu óc tôi trong nhiều ngày	Pt	Sc
333	Trong nhiều ngày điều gì đó xảy ra làm tôi hoảng sợ	Pt, Sc	
334	Tôi có xu hướng coi mọi việc là quan trọng	Pt	
335	Đôi khi tôi thích thú khi bị người tôi yêu làm tôi	Sc	

	bực tức hoặc bị xúc phạm		
336	Nhiều người có nhận xét xúc phạm và thô bỉ đối với tôi	Pa, Sc	
337	Tôi cảm thấy khó chịu khi ở trong nhà	Pa	
338	Tôi cảm thấy đầu óc tôi hình như làm việc chậm hơn thường lệ		K
339	Trong các cuộc họp, tôi thích ngồi riêng một mình hay ngồi cùng ai đó hơn là hòa mình vào đám đông	Si	K
340	Người ta thường hay làm tôi thất vọng	Si	K
341	Tôi rất thích đến các buổi khiêu vũ		Si
342	Đôi khi tôi có cảm giác là tôi sẽ không bao giờ vượt qua được những khó khăn chồng chất		K
343	Đôi lúc tôi nghĩ cầu mong sao tôi vẫn còn là đứa trẻ	Si	K
344	Nếu cho tôi dịp may tôi có thể làm những điều rất có ích cho thiên hạ		Si
345	Tôi thường phải gặp những người được cho là thành thạo nhưng thực ra họ không biết nhiều hơn tôi		K
346	Sự thành thạo của một người mà tôi rất quen đối với tôi coi như là sự thất bại	Si	
347	Nếu được dịp chắc chắn tôi sẽ trở thành người lãnh đạo tốt		Si
348	Tôi luôn luôn khó chịu khi nghe những câu chuyện bần thiêu	Si	
349	Nói chung người ta đòi hỏi được tôn trọng quyền lợi của cá nhân mình hơn là có ý định tôn trọng quyền lợi người khác	Si	
350	Tôi cố gắng nhớ lại càng nhiều càng tốt những chuyện thú vị để kể lại		Si
351	Tôi thích các trò chơi đánh cuộc nhỏ		Si
352	Tôi rất thích tiếp khách đơn giản chỉ vì muốn ở nơi có nhiều người		Si
353	Tôi thích sự náo động và đám đông		Si
354	Những phiền muộn của tôi hình như biến mất		Si

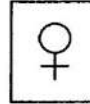
	khi tôi ở giữa một nhóm bạn bè vui vẻ		
355	Rất nhiều khi tôi không tham dự vào các cuộc đàm thoại hoặc chuyện phiếm trong nhóm có mặt tôi	Si	
356	Tôi không muốn dừng lại dù ngăn ngui một công việc mà tôi đã bắt đầu		K
357	Tôi luôn luôn muốn tránh đám đông	Si	
358	Gặp gỡ người lạ không gây phiền phức gì cho tôi		Si
359	Tôi nhớ là đã giả vờ ốm để tránh một việc gì đó		Si
360	Trên xe lửa, xe buýt tôi hay nói chuyện với người lạ		Si
361	Tôi có xu hướng nhanh chóng từ bỏ những sự việc khi chúng xấu đi	Si	
362	Tôi muốn cho mọi người biết lập trường quan điểm của tôi		K
363	Đôi khi tôi bị kích thích đến mức không thấy có nhu cầu ngủ		Si
364	Bản thủ làm tôi sợ hãi và kinh tởm	Si	K, Hy, Pa, Si
365	Trong một nhóm, tôi không lúng túng khi được chỉ định bắt đầu tranh luận hoặc phát biểu ý kiến về một vấn đề mà tôi biết rõ		Si
366	Tôi thích đến chỗ tiệc tùng hội họp		Si
367	Tôi sợ phải đối mặt với những tình thế gay go bởi những khó khăn	Si	
368	Tôi rất có thể bỏ rơi công việc mà tôi đang làm vì rằng người khác thấy nó chẳng đáng công làm	Si	

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

Diễn đồ MMPI dành cho Nữ và Nam:

Bệnh viện Bạch Mai
Viện sức khỏe Tâm thần
Phòng Tâm lý thực nghiệm

MMPI



T	?	L	F	K	Hd +0,5K	D	Hy	Pd +0,4K	Mf	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +0,2K	Si	T
130															130
120			50		45		55						50		120
110			45		40	60	50	60							110
100			40		35	55	45	55			80		45	70	100
90			35		30	50	45	50		35	70		40	60	90
80		15	30		25	40	40	45	60	30	60		35	50	80
70	130	25	25	30	20	35	35	35	50	25	50		30		70
60	120	20	20	25	15	30	30	30	40	20	40		25		60
50	110	10	15	20	10	25	25	25	30	15	30		20		50
40	100	5	5	15	5	20	20	20	20	5	20		15	20	40
30	90	0	0	10	0	15	15	15	10	0	10		10		30
20	80	0	5	5	0	10	10	10	5	0	0		5	0	20
10	70					5	5	5					0		10
0	60												0		0
	50														
	40														
	30														
	20														
	10														
	0														
T	?	L	F	K	Hd +0,5K	D	Hy	Pd +0,4K	Mf	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +0,2K	Si	T

K	.5	.4	.2	K	.5	.4	.2
30	15	12	6	15	8	6	3
29	15	12	6	14	7	6	3
28	14	11	6	13	7	5	3
27	14	11	5	12	6	5	2
26	13	10	5	11	6	4	2
25	13	10	5	10	5	4	2
24	12	10	5	9	5	4	2
23	12	9	5	8	4	3	2
22	11	9	4	7	4	3	1
21	11	8	4	6	3	2	1
20	10	8	4	5	3	2	1
19	10	8	4	4	2	2	1
18	9	7	4	3	2	2	1
17	9	7	3	2	1	1	0
16	8	6	3	1	0	0	0

Điểm thô _____

Điểm K _____

Điểm thô + Điểm K _____

Họ tên: _____

Căn b _____

Nghề nghiệp: _____ Nơi gian làm: _____

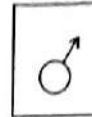
Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

Người hướng dẫn: _____

Bác sỹ yêu cầu xét nghiệm: _____ Ngày: _____

MMPI



T	?	L	F	K	Hd +0,5K	D	Hy	Pt +0,4K	Mf	Pa	PF +1K	Sc +1K	Ma +0,2K	Si	T
130			45		50	60		60							130
120			40		45	55		55			80				120
110			35		40	50		50			70		45	70	110
100			30		35	45		40		35	60		40	60	100
90			25		30	40		35		30	50		35	50	90
80	130	15	20	30	25	35		30		25	40		30		80
70	120									20	30		25	40	70
60	110	10	15	25	20	30		25	20	15	30		20	30	60
50	100		10	20	15	25		20	30	10	20		15	20	50
40	90		5	15	10	20		15	40	5	10		10	10	40
30	80		0	10	5	15		10	50	0	0		5	0	30
20	70		0	5	0	10		5					0		20
10	60			0		5									10
0	50														0
T	?	L	F	K	Hd +0,5K	D	Hy	Pd +0,4K	Mf	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +0,2K	Si	T

K	.5	.4	.2	K	.5	.4	.2
30	15	12	6	15	6	6	3
29	15	12	6	14	7	6	3
28	14	11	5	13	7	5	2
27	14	11	5	12	6	5	2
26	13	10	5	11	6	4	2
25	13	10	5	10	5	4	2
24	12	10	5	9	5	4	2
23	12	9	5	8	4	3	2
22	11	9	4	7	4	3	1
21	11	8	4	6	3	2	1
20	10	8	4	5	3	2	1
19	10	8	4	4	2	2	1
18	9	7	3	3	2	1	0
17	9	7	3	2	1	1	0
16	8	6	3	1	0	0	0

Điểm thô

Điểm K

Điểm thô + Điểm K

Họ tên:.....

Căn bệnh:.....

Nghề nghiệp:.....Thời gian làm.....

Ngày sinh:.....

Địa chỉ:.....

Người hướng dẫn:.....

Bác sỹ yêu cầu xét nghiệm:.....Ngày:.....

27. TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH CAT

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhân cách là tổ hợp những thuộc tính tâm lý của một cá nhân biểu hiện ở bản sắc và giá trị xã hội của người ấy. Phóng chiếu là phương pháp nghiên cứu nhân cách một cách gián tiếp, dựa trên việc xây dựng những tình huống kích thích đặc trưng, linh hoạt. Bằng việc phản ứng với những tình huống này, chủ thể bộc lộ được trạng thái cảm xúc, trải nghiệm và những mối quan tâm, tính cách của bản thân. Đặc biệt với trẻ em, do sự hạn chế truyền tải các thông tin về cảm xúc, suy nghĩ, sử dụng các trắc nghiệm phóng chiếu là cách thức giúp cho trẻ dễ dàng bộc lộ, giúp cho nhà chuyên môn hiểu rõ được vấn đề của trẻ, bao gồm sự tự chủ, động lực, kỳ vọng, nỗi sợ hãi, các khuynh hướng bị ức chế tiềm ẩn, sự phức tạp và xung đột của tính cách.

Trắc nghiệm đánh giá nhân cách CAT (Children's Apperception Test) được xuất bản lần đầu tiên năm 1949 bởi Leopold Bellak và Sonya Sorel Bellak, phát triển dựa trên trắc nghiệm TAT (Christina Morgan và Henry Murray, 1938, 1943). CAT là trắc nghiệm đánh giá phản ứng của trẻ đối với các kích thích tiêu chuẩn được trình bày dưới dạng hình ảnh động vật (CAT-A) hoặc hình ảnh con người (CAT-H) trong các tình huống xã hội thông thường.

Trắc nghiệm nhân cách CAT bao gồm 10 bức tranh màu đen trắng, bức tranh là hình ảnh về những con vật với những hoạt cảnh cụ thể. Trẻ sẽ được xem từng bức tranh theo thứ tự từ 1 đến 10, sau đó trẻ sẽ tự kể lại những điều đã nhìn thấy trong bức tranh. Dựa vào câu chuyện và cách kể chuyện của trẻ, cán bộ thực hiện trắc nghiệm sẽ phân tích để đưa ra những kết luận về đặc điểm nhân cách và các vấn đề trẻ gặp phải.

Mục đích của trắc nghiệm: đánh giá nhân cách, nhận biết các nhu cầu, động cơ, cảm xúc, mâu thuẫn vô thức và có ý thức, mức độ trưởng thành và các vấn đề tâm lý – xã hội của trẻ em.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá nhân cách trẻ em và vị thành niên từ 6-18 tuổi
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Tạm thời trì hoãn hoặc thận trọng nếu:

- Trẻ không được thông báo trước hoặc không sẵn sàng thực hiện.
- Trẻ không có khả năng sử dụng ngôn ngữ hoặc có vấn đề sức khỏe thể chất làm cản trở quá trình thực hiện trắc nghiệm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm nhân cách CA, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

75-150 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm làm quen, giải thích cho cha mẹ/người chăm sóc và trẻ hiểu nội dung và mục đích của trắc nghiệm. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật và xin phép được ghi âm. Buổi trắc nghiệm diễn ra chỉ bao gồm nhà chuyên môn và trẻ, không có sự tham gia của cha mẹ.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm đưa trẻ xem lần lượt từng bức tranh theo một thứ tự nhất định. Sau đó trẻ được khuyến khích, động viên kể lại những gì quan sát được trong mỗi bức tranh, bao gồm:

- Chủ đề chính.

- Nhân vật chính.
- Các nhân vật phụ khác.
- Sự đồng nhất của trẻ với các thành viên trong gia đình.
- Những nhân vật hoặc hoàn cảnh được trẻ kể.
- Những điều hoặc những nhân vật có mâu thuẫn.
- Những nỗi sợ hãi.
- Những xung đột.
- Những hình phạt không theo luật lệ.
- Giải pháp cho các vấn đề.
- Tiềm năng cho sự thay đổi.

Quá trình thực hiện có thể dành thời gian cho trẻ suy nghĩ nếu cần, không thúc giục, không chen ngang hoặc không gợi ý. Tôn trọng những điều mà trẻ kể ra, giúp trẻ bằng cách đưa ra các câu hỏi mở về nội dung mà trẻ đang kể, hoặc hỏi trẻ về diễn biến tiếp theo. Tạo không khí thoải mái bằng cách lắng nghe chú tâm, khen ngợi mọi cố gắng của trẻ. Cán bộ thực hiện trắc nghiệm ghi âm lại lời kể của trẻ.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Dựa vào các câu chuyện của trẻ, cán bộ thực hiện trắc nghiệm phân tích các đặc điểm về tính cách, các vấn đề tâm lý – xã hội của trẻ được bộc lộ qua mỗi tình huống. Những phân tích này được trình bày theo một mẫu đánh giá chung, trong đó kết luận về các vấn đề cảm xúc và nhận thức của trẻ về các tình huống, có phù hợp hay không phù hợp với tuổi, có bất thường hay không.

Ghi lại vấn tắt nội dung từng bức tranh mà trẻ kể và kết quả vào phiếu kết quả trắc nghiệm.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả cho người được đánh giá (có thể sau thời gian người bệnh thực hiện trắc nghiệm vài ngày).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

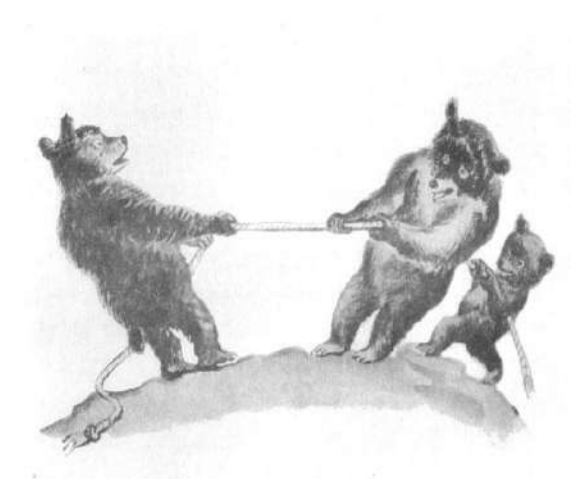
7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

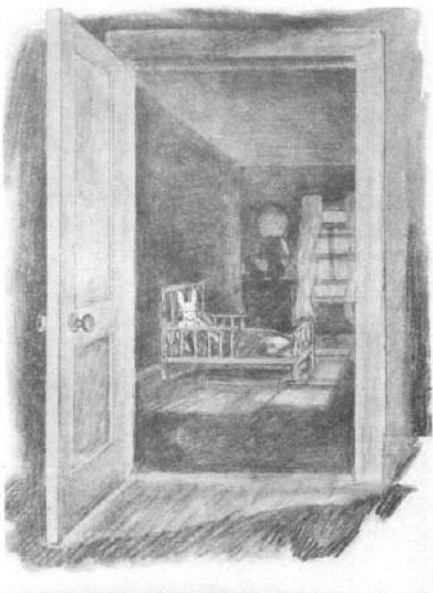
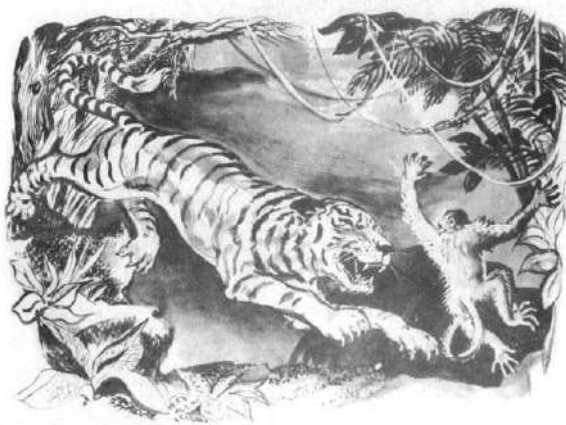
7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Camara, W. J., et al. (2000). Psychological test usage: implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141–54.
2. Litchfield C. A., Quinton G., Tindle H., Chiera B., Kikillus K. H. Roetman P (2017). The ‘Feline Five’: An exploration of personality in pet cats (*Felis catus*). *PLoS ONE*, 12(8),e0183455.
3. McCoy, Dorothy (2005). *The Ultimate Guide to Personality Tests*. Inglewood, CA: Champion Press.
4. Merikangas K. R., He J. P., Burstein M, et al (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study- Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49 (10), 980-989.
5. Paul, Annie Murphy (2004). *The Cult of Personality: How Personality Tests Are Leading Us to Miseducate Our Children, Mismanage Our Companies, and Misunderstand Ourselves*. Riverside, NJ: Simon & Schuster.

PHỤ LỤC
BỘ CÔNG CỤ TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH CAT





28. TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH TAT

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm nhân cách theo chủ đề (Thematic Apperception Test - TAT) được phát triển từ năm 1935 bởi Christina Morgan và Henry Murray và được hoàn thiện vào các năm 1938 và 1943.

Tài liệu của trắc nghiệm bao gồm 30 bức tranh và một hình trắng (blank card), trong đó có các bức tranh dành riêng cho lứa tuổi và giới và có các bức tranh được sử dụng chung. Chủ thể được quan sát và mô tả lần lượt dưới dạng một câu chuyện.

Về tổng thể, các bức tranh có thể cùng gợi về một số chủ đề như: nhóm tranh gợi lo âu, gợi hung tính, gợi vấn đề tình dục, gợi sự tự khẳng định, gợi các vấn đề gắn bó, gợi sự ân hận, gợi chủ đề gia đình – quan hệ bố mẹ - con cái, gợi chủ đề nữ tính, và cảm nhận về cuộc sống (tự đánh giá bản thân).

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá nhận thức và nhân cách ở đối tượng từ 10 tuổi trở lên.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm nhân cách TAT.
- Bút viết, đồng hồ bấm giây,...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

75-150phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh: “Bây giờ anh/chị sẽ làm bài tập về trí tưởng tượng. Cách làm như sau. Tôi sẽ đưa cho anh/chị xem các bức tranh. Anh/chị sẽ nghĩ ra cho mỗi bức tranh một câu chuyện. Anh/chị hãy kể xem điều gì đang xảy ra trên bức tranh; hãy cố gắng mô tả các nhân vật của chúng ta đang làm gì, những suy nghĩ, cảm xúc của họ ra sao, điều gì đã xảy ra và cái gì sẽ diễn ra tiếp theo. Đây là bài tập về trí tưởng tượng và mỗi bức tranh anh/chị hãy kể trong vòng 5 phút. Hãy cố gắng tưởng tượng ra câu chuyện càng sinh động càng tốt. Nào ta bắt đầu nhé”. Tùy theo mục đích sử dụng, có thể lựa chọn một số tranh khác nhau. Có thể sử dụng 10 tranh đầu hoặc một nhóm tranh tập trung vào chủ đề cần quan tâm.

- Ghi lại các thông số: từ lúc người bệnh bắt đầu quan sát tranh cho đến khi trả lời, thời gian kể cho mỗi bức tranh, tất cả các câu chuyện của người bệnh, những nhận xét về test: phê phán, bình luận...và ghi lại nhận xét về thái độ, hành vi của người bệnh: tích cực, hợp tác, vội vã hay thờ ơ.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Phân tích kết quả theo bộ hướng dẫn xử lý kết quả TAT.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

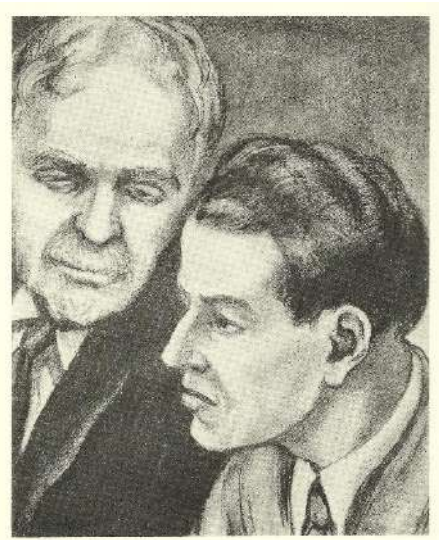
TÀI LIỆU THAM KHẢO

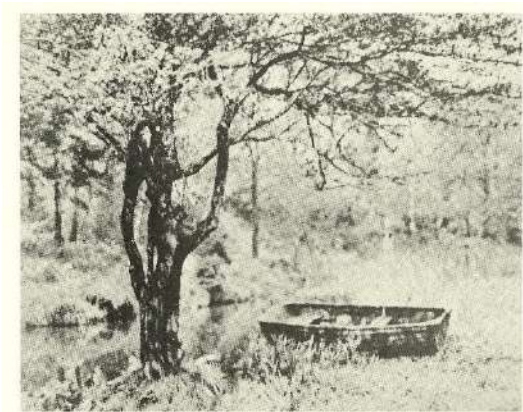
1. Murray, H.A. (1943). Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, MA: Harvard University Press.
2. Aronow, E., Weiss, K. A., & Rezinkoff, M. (2001). A Practical Guide to the Thematic Apperception Test. Philadelphia: Brunner Routledge.

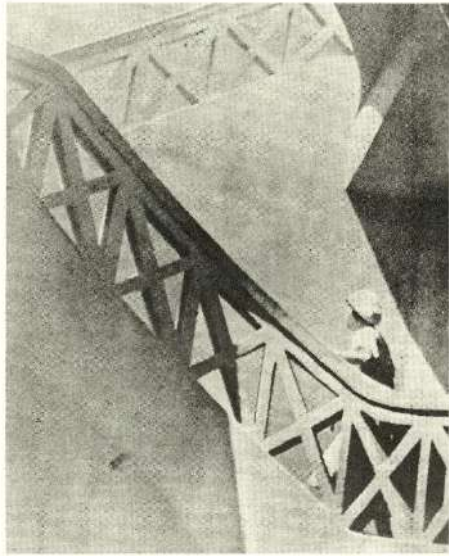
PHỤ LỤC
BỘ CÔNG CỤ TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH TAT

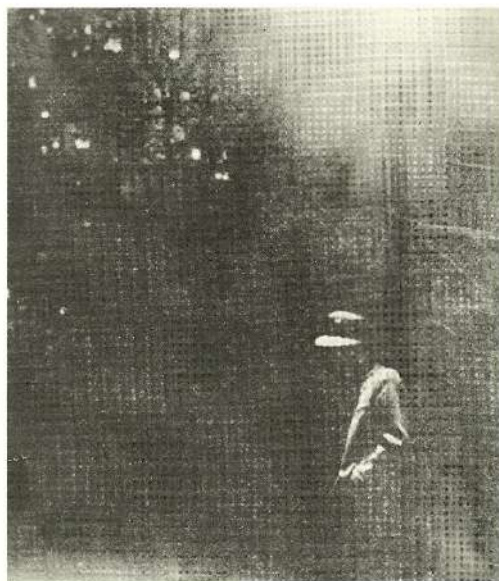












29. TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH CATELL

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm nhân cách Catell (Sixteen Personality Factor Questionnaire – 16PF) là trắc nghiệm tâm lý đánh giá các yếu tố nhân cách do R. B. Catell phát triển năm 1949. Đây là phương pháp nhằm xác định 16 yếu tố nhân cách. Các yếu tố này như là những hội chứng phức hợp, tương ứng với những thuộc tính, tạo nên các thành tố của cấu trúc nhân cách. Sử dụng trắc nghiệm Cattell để xác định thành phần khí chất của nhân cách, khí chất có ý nghĩa đặc biệt trong cơ chế hình thành các loại bệnh tâm căn.

Trong 16PF, có hai yếu tố có độ tin cậy lớn nhất là tính lo âu và tính hướng ngoại. Yếu tố hướng nội – hướng ngoại là yếu tố thứ phát.

Trắc nghiệm 16PF có hai phiên bản A và B, mỗi phiên bản gồm 187 câu và phiên bản rút gọn gồm 105 câu. Cán bộ thực hiện trắc nghiệm được lựa chọn 1 trong 3 đáp án có sẵn phù hợp nhất với mình và đánh dấu vào vị trí tương ứng trong phiếu trả lời. Xử lý bằng cách tính tổng số điểm của từng yếu tố nhân cách rồi quy từ điểm thô của các yếu tố ra điểm chuẩn.

Các đặc điểm nhân cách được đánh giá như sau: 1. Ám áp; 2. Lý luận; 3. Cảm xúc ổn định; 4. Sự thống trị; 5. Sống động; 6. Luật lệ - Ý thức; 7. Mạnh dạn xã hội; 8. Độ nhạy; 9. Cảnh giác; 10. Mong tưởng; 11. Sự riêng tư; 12. Sự e ngại; 13. Cởi mở để thay đổi; 14. Tự chủ; 15. Cầu toàn; 16. Căng thẳng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá về nhân cách và kiểu khí chất ở đối tượng từ 16 tuổi trở lên.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ trắc nghiệm nhân cách Cattell, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

75-150 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích. (thời gian 1-3 phút)

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 66-127 phút)

- Hướng dẫn người bệnh: “Bây giờ anh/chị sẽ đọc lần lượt từng câu hỏi, sau đó trả lời bằng cách lựa chọn 1 trong 3 phương án được ghi sẵn bên dưới mỗi câu hỏi. Anh/chị hãy chọn câu trả lời xuất hiện đầu tiên trong đầu, và tránh các câu trả lời trung gian. Trả lời từng câu theo thứ tự, không bỏ cách quãng. Những câu hỏi đề cập đến vấn đề nào không quen thuộc, hãy hình dung và trả lời theo suy nghĩ của mình”. (thời gian 6-7 phút)

- Sau khi người bệnh hiểu hướng dẫn, đề nghị người bệnh bắt đầu tiến hành trả lời bảng hỏi. Sau khi người bệnh thực hiện xong, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm có thể hỏi lại những câu trả lời trung gian và đề nghị người bệnh suy nghĩ thêm, hoặc hỏi lại những phần chưa rõ ràng. (thời gian 60-120 phút)

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 10-20 phút)

Quy ước:

- + Tính điểm thô của từng yếu tố nhân cách theo bảng tính điểm
- + Đối chiếu điểm thô theo tuổi và giới tính để có điểm chuẩn.
- + Căn cứ điểm chuẩn diễn giải 16 yếu tố nhân cách (điểm chuẩn trung bình là 5.)
- Bảng tham chiếu và diễn giải 16 yếu tố nhân cách:

16PF		Kết quả	Diễn giải
1	A – Hướng nội – Hướng ngoại		
2	B – Năng lực trí tuệ		
3	C – Tính ổn định của cảm xúc		
4	E – Sự kiểm soát hay phục tùng		
5	F – Sự bận tâm hay vô tư		
6	G – Ý thức tuân thủ		
7	H – phản ứng với các tác động bên ngoài		
8	I – Sự nhạy cảm của cảm xúc		
9	L – Sự tin tưởng hay hoài nghi		
10	M – Tính thực tiễn hay mơ mộng		
11	N – Tính cởi mở hay riêng tư		
12	O – Tính tự hài lòng hay bất an		
13	Q1 – Tính bảo thủ hay cởi mở		
14	Q2 – Tính phụ thuộc hay tự chủ		
15	Q3 – Tính cẩn thận hay có tổ chức		
16	Q4 – Tính điềm tĩnh hay căng thẳng		

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cattell, H.E.P. & Mead, A.D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G.J.Boyle, G.Matthews, & D.H. Saklofske (Eds), The Sage Handbook of Personality Theory and Assessment: Volumn 2, Personality Measurement and Testing. Los Angeles, CA: Sage Publishers.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.

PHỤ LỤC

BỘ CÔNG CỤ TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH CATTELL

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm

Anh/chị hãy đọc lần lượt từng câu hỏi, sau đó trả lời bằng cách lựa chọn 1 trong 3 phương án được ghi sẵn bên dưới mỗi câu hỏi. Anh/chị hãy chọn câu trả lời xuất hiện đầu tiên trong đầu, và tránh các câu trả lời trung gian. Trả lời từng câu theo thứ tự, không bỏ cách quãng. Những câu hỏi đề cập đến vấn đề nào không quen thuộc, hãy hình dung và trả lời theo suy nghĩ của mình. Đừng bỏ sót câu hỏi nào!

1. Bạn đã hiểu rõ những hướng dẫn trả lời câu hỏi?
 - a. Đúng
 - b. Trung gian
 - c. Không
2. Bạn đã sẵn sàng và sẽ trả lời các câu hỏi một cách chân thành.
 - a. Đúng
 - b. Trung gian
 - c. Không
3. Nếu phải chọn, bạn thích sống một thời gian:
 - a. Ở ngoại thành đông đúc
 - b. Trung gian
 - c. Đơn độc ở trong rừng
4. Bạn cảm thấy đủ sức lực để vượt qua những khó khăn của mình.
 - a. Đúng
 - b. Trung gian
 - c. Không đúng
5. Bạn cảm thấy hơi mất bình tĩnh khi gặp thú dữ, kể cả khi nó ở trong cũi.
 - a. Đúng
 - b. Trung gian
 - c. Không đúng
6. Bạn biết kiềm chế khi người ta phê bình hay nhận xét về bạn.
 - a. Đúng
 - b. Trung gian
 - c. Không đúng
7. Bạn có những nhận xét châm biếm, thậm chí là cay độc đối với người đáng phải như vậy.
 - a. Thường xuyên
 - b. Đôi khi
 - c. Không bao giờ
8. Bạn thích nhạc cổ điển hơn là nhạc mới.
 - a. Đúng
 - b. Không rõ
 - c. Không
9. Nếu gặp trẻ con hàng xóm đánh nhau, bạn:
 - a. Kê cho chúng tự dàn xếp
 - b. Không rõ
 - c. Đứng ra phân xử
10. Khi giao tiếp với mọi người, bạn:
 - a. Sẵn sàng trò chuyện
 - b. Trung gian
 - c. Thích yên lặng
11. Theo bạn sẽ là hay hơn nếu trở thành:

- a. Kỹ sư xây dựng b. Không rõ c. Nhà viết kịch
12. Bạn dừng lại để xem các bức tranh trên đường phố nhanh hơn là dừng lại để xem đám đánh nhau.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
13. Bạn luôn luôn có thể hòa thuận với những người tự cao tự đại, mặc dù họ hay khoe khoang, bốc đồng.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
14. Nhìn mặt một người hoàn toàn có thể biết người đó không trung thực.
- A. Đúng b. Không rõ c. Không
15. Bạn thích những kỳ nghỉ mát dài ngày và các ngày đó đều được tận dụng.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không
16. Bạn thích những công việc nhiều tiền nhưng không phải làm liên tục hơn là những công việc ít tiền nhưng đều đặn.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không
17. Bạn bày tỏ tình cảm của mình.
- a. Chỉ khi nào cần thiết b. Trung gian c. Bất kỳ lúc nào
18. Đôi khi bạn bỗng nhiên lo lắng hoặc sợ hãi mà không rõ nguyên do.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không
19. Khi mà bạn không có lỗi mà bị phê bình
- a. Vẫn cảm thấy bình thường b. Trung gian c. Dù sao mình cũng có lỗi.
20. Tiền có thể mua được tất cả.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
21. Những quyết định của bạn dựa trên cơ sở:
- a. Tình cảm b. Trung gian c. Lý trí
22. Mọi người sẽ hạnh phúc nếu như họ gần gũi và cư xử bình đẳng với nhau.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
23. Nhìn vào gương, đôi khi bạn khó xác định được đâu là bên phải, đâu là bên trái.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
24. Khi nói chuyện bạn thích:

a. Nói ngay suy nghĩ của mình b. Trung gian c. Sắp xếp lại ý
rồi mới nói

25. Bạn thường nhanh chóng nguôi giận.

a. Đúng b. Trung gian c. Không

Trả lời hết cột I

26. Nếu thời gian và tiền công như nhau, thì tốt hơn là làm nghề:

a. Thợ mộc, hoặc đầu bếp b. Không rõ c. Mậu dịch viên

27. Bạn được bầu vào các chức vụ xã hội

a. Rất ít b. Đôi khi c. Nhiều lần

28. “Xẻng” đi với “Xúc” cũng như dao đi với:

a. “Sắc” b. “Cắt” c. “Gõ”

29. Đôi khi bạn không ngủ được vì một ý nghĩ luẩn quẩn trong đầu.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

30. Trong cuộc sống, bạn hầu như luôn luôn đạt được các mục đích đã đặt ra.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

31. Cần thay đổi các điều luật cũ

a. Sau khi đã thảo luận kỹ b. Không rõ c. Càng nhanh càng tốt

32. Khi phải làm một việc thật nhanh chóng và chính xác mà kết quả của nó có thể gây ảnh hưởng đến người khác thì bạn cảm thấy hơi bối rối.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

33. Nhiều người cho bạn là người có tài kể chuyện.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

34. Khi nhìn thấy những người ăn mặc lôi thôi, bạn:

a. Vẫn cho là bình thường b. Trung gian c. Cảm thấy khó
chịu

35. Bạn thấy hơi bối rối một chút khi bỗng nhiên mọi người chú ý đến mình.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

36. Bạn luôn luôn vui vẻ hòa mình với mọi người.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

37. Thời học phổ thông, bạn thích:

a. Học hát, học nhạc b. Trung gian c. Học nghề

38. Nếu được bổ nhiệm làm thủ trưởng đơn vị, bạn sẽ yêu cầu mọi người phải thực hiện tốt các mệnh lệnh, nếu không bạn sẽ từ chối sự bổ nhiệm này.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

39. Chủ yếu bố mẹ phải:

- a. Giúp con cái biết kiềm chế tình cảm
c. Day cho con tự phát triển

tình cảm

40. Khi tham gia các hoạt động tập thể, bạn muốn:

- a. Quan tâm đến công tác tổ chức

c. Quan tâm đến kết quả và sự chấp hành kỷ luật

41. Đôi khi bạn muốn làm những công việc năng nhọc.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

42. Bạn thích tiếp xúc với những người nhã nhặn hơn là những người thiếu tế nhị, hay phản đối.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

43. Bạn cảm thấy bị xúc phạm khi bị phê bình trước mặt người khác.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

44. Nếu như lãnh đạo gọi bạn đến gặp thì bạn

- a. Nhân dịp này đề nghị những gì có lợi cho mình b. Trung gian
c. Cảm thấy lo lắng vì có lẽ mình có sơ suất gì chăng

45. Hiện nay chúng ta cần những người

- a. Giàu kinh nghiệm và bình tĩnh b. Trung gian
c. Sôi nổi, nhiều hoài bão cho tương lai tốt đẹp

46. Khi đọc một tác phẩm, bạn lập tức nhận ra ngay điều mà tác giả muốn khẳng định

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

47. Lúc còn trẻ bạn tham gia hoạt động thể dục thể thao.

- a. Rất ít b. Trung gian c. Thường xuyên

48. Trong căn phòng của mình, bạn luôn để đồ đạc gọn gàng, ngăn nắp.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

49. Đôi khi bạn thấy căng thẳng, lo lắng khi nhớ lại những việc đã xảy ra.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

50. Thỉnh thoảng bạn hoài nghi: có đúng những người mà bạn đã nói chuyện đều quan tâm đến những điều bạn nói?

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

Trả lời hết cột II

51. Nếu phải lựa chọn thì bạn sẽ làm:

- a. Người kiểm lâm b. Không rõ c. Giáo viên phổ thông

52. Trong ngày lễ, ngày tết, bạn cho rằng tặng quà cho nhau là việc làm:

- a. Thích thú b. Không rõ c. Không thoải mái

53. “Mệt” đi với “Công việc” như là “Khen thưởng” đi với:

- a. “Nụ cười” b. “Thành tích” c. “Hạnh phúc”

54. Trong số những vật sau đây, vật nào khác về bản chất so với 2 vật còn lại:

- a. Nến b. Mặt trăng c. Đèn điện

55. Bạn bè phản bội bạn

- a. Rất ít khi b. Không rõ c. Thường xuyên

56. Bạn có những đức tính tốt hơn hẳn những người khác

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

57. Khi buồn bạn cố giấu không cho người khác biết

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

58. Bạn tham gia vào những trò chơi giải trí, vô bổ.

- a. Nhiều hơn những người khác b. Như những người khác

c. Ít hơn những người khác

59. Bạn cho rằng cư xử với nhau một cách tự nhiên tốt hơn là phải tỏ ra lịch sự tuân theo những nguyên tắc đạo đức.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

60. Bạn thường im lặng khi có mặt người lớn tuổi, giàu kinh nghiệm và có chức vụ cao hơn a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

61. Bạn khó diễn thuyết, khó nói trước đông người

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

62. Bạn dễ dàng xác định đúng các hướng Nam, Bắc, Đông, Tây khi đến một nơi mới lạ.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

63. Nếu như có người giận bạn, bạn sẽ:

- a. Cố làm lành với họ b. Trung gian c. Giận lại họ

64. Khi gặp điều chương tai gai mắt, bạn dễ dàng bỏ qua hơn là phản ứng lại
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
65. Bạn hay quên những cái thông thường như tên phố, tên cửa hàng...
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
66. Bạn thích công việc của bác sĩ thú y, thích điều trị, phẫu thuật động vật.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
67. Bạn ăn rất ngon, nhưng đôi lúc ăn cũng không được cẩn thận, tụt tụt như những người khác. A. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
68. Cũng có những lúc bạn chẳng muốn nói chuyện cùng ai
- a. Rất ít khi b. Trung gian c. Thường xuyên
69. Đôi khi người ta cũng nhắc nhở rằng bạn đang mất bình tĩnh.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
70. Thời thanh niên, khi có những ý kiến bất đồng với cha mẹ, bạn sẽ:
- a. Giữ nguyên ý kiến của mình b. Trung gian c. Làm theo ý họ
71. Bạn thích những công việc làm một mình hơn là những công việc cần làm chung với người khác
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
72. Bạn thích cuộc sống thư thái hơn là cuộc sống sôi động với những vinh quanh, thành tích a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
73. Trong đa số các trường hợp, bạn cảm thấy mình là người chững chạc.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
74. Nhận xét, phê bình của một số người làm cho bạn cảm thấy khó chịu hơn là nhận sự giúp đỡ của họ.
- a. Thường xuyên b. Thỉnh thoảng c. Không bao giờ
75. Bạn luôn làm chủ được tình cảm của mình.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
- Trả lời hết cột III
76. Giả sử cần thực hiện những nghiên cứu phát minh có ích, bạn phải:
- a. Nghiên cứu trong phòng thí nghiệm b. Trung gian
c. Nghiên cứu trong thực tiễn

77. “Ngạc nhiên” đi với “Kỳ quặc” cũng như “Sợ hãi” đi với:

- a. “Dũng cảm” b. “Lo lắng” c. “Khủng khiếp”

78. Trong 3 phân số dưới đây, phân số nào khác với 2 phân số còn lại:

- a. $\frac{3}{7}$ b. $\frac{3}{11}$ c. $\frac{3}{9}$

79. Hình như có một số người phớt lờ, tránh mặt bạn mà bạn không hiểu vì sao.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

80. Mọi người đối xử với bạn không được tương xứng với dụng ý tốt của bạn.

- a. Thường xuyên b. thỉnh thoảng c. Không khi nào

81. Bạn thấy khó chịu về những lời nói thiếu văn hóa, kể cả khi không có mặt người khác giới.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

82. Bạn có ít bạn bè hơn những người khác.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

83. Bạn không thích những nơi không có người đề mà trò chuyện.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

84. Đôi khi mọi người cho rằng bạn là người cầu thả, mặc dù họ vẫn nghĩ rằng bạn là người dễ chịu.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

85. Khi phát biểu trước đông người, bạn cảm thấy hồi hộp.

- a. Thường xuyên như vậy b. thỉnh thoảng c. Không bao giờ

86. Ở những chỗ đông người, bạn thích im lặng để nghe người khác nói.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

87. Ban thích đọc:

- a. Các sách mô tả hiện thực cuộc đấu tranh chính trị, vũ trang
b. Trung gian
c. Tiểu thuyết giàu cảm xúc và trí tưởng tượng

tương

88. Khi người khác tìm cách sai khiến bạn lại làm ngược lại

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

89. Thủ trưởng hoặc những người trong gia đình chỉ phê phán bạn khi họ có những chứng cứ xác thực.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

90. Ở ngoài phố hoặc trong các cửa hàng bạn không thích một số người cứ nhìn chăm chăm vào người khác.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

91. Khi đi xa bằng tàu, bạn thích: a. Đọc một cái gì đó nghiêm túc nhưng lý thú

- b. Trung gian c. Trò chuyện với người khác.

92. Trong hoàn cảnh có thể gặp nguy hiểm, bạn nói chuyện rất to, mặc dù biết rằng làm như thế là không lịch sự và gây ồn ào.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

93. Nếu người thân đối xử lạnh nhạt, không tốt với bạn thì bạn cho rằng: a. Điều đó chẳng hề gì b. Trung gian c. Làm bạn buồn

94. Bạn rất khó chịu khi người khác tán dương, khen ngợi bạn.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

95. Bạn thích những công việc:

- a. Có lương đều đặn và tùy thuộc vào khả năng của mình
b. Trung gian c. Có lương cao và có thể chứng tỏ được mình.

96. Bạn muốn biết được thông tin

- a. Qua giao tiếp với người khác b. Trung gian c. Qua sách báo

97. Bạn tham gia tích cực vào các công tác xã hội

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

98. Khi phải thực hiện nhiệm vụ, bạn chỉ cảm thấy yên tâm khi mọi chi tiết đã được giải quyết cặn kẽ.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

99. Đôi khi chỉ một thất bại nhỏ cũng dẫn dắt bạn một cách ghê gớm

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

100. Bạn luôn luôn ngủ say, không bao giờ nói mê hoặc bị mộng du

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

Trả lời hết cột IV

101. Bạn thích những công việc mà khi làm, bạn

- a. Cần phải nói chuyện với người khác b. Trung gian
c. Cần phải tính toán, ghi chép

102. “Kích thước” đi với “Chiều dài” như là “Thiếu thật thà” đi với:

- a. “Nhà tù” b. “Phá phách” c. “Trộm cắp”
103. “AB” đi với “CD” như là “QR” đi với
a. “PO” b. “TU” c. “OP”
104. Khi có người xử sự một cách vô lý, thì bạn: a. Im lặng
b. Không rõ c. Thể hiện ngay thái độ của mình
105. Nếu có người nói chuyện to lúc bạn đang nghe nhạc, thì bạn:
a. Vẫn tập trung nghe, không bị phân tán b. Trung gian
c. Cảm thấy khó chịu và mất hứng thú
106. Bạn thích người ta nhận xét bạn là người:
a. Lịch sự và bình tĩnh b. Trung gian c. Sôi nổi
107. Với các hoạt động xã hội, bạn chỉ tham gia trong trường hợp cần thiết, còn các trường hợp khác thì lảng tránh.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
108. Bạn có cho rằng cẩn thận và đừng quá chờ đợi vào những điều tốt lành hơn là luôn lạc quan và trông chờ vào kết quả.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
109. Khi nghĩ tới những khó khăn trong công việc bạn
a. Cố gắng lập kế hoạch khắc phục trước khi khó khăn đến
b. Trung gian c. Khi nào khó khăn đến sẽ có cách giải quyết
110. Bạn dễ dàng làm quen với tất cả mọi người ở các cương vị hoạt động xã hội khác nhau. a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
111. Khi cần ngoại giao, thuyết phục và động viên người khác làm một việc gì đó, người ta thường nhờ đến bạn.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
112. Sẽ là tốt nếu làm a. Người hướng nghiệp cho thanh niên
b. Không rõ c. Người lãnh đạo một xí nghiệp kỹ thuật
113. Nếu như bạn thấy một người xử sự không công bằng, ích kỷ bạn sẽ vạch trần điều đó, mặc dù làm như vậy có thể gây ra một sự khó chịu.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
114. Đôi khi bạn nói những điều ngớ ngẩn để đùa cợt, làm cho mọi người ngạc nhiên và để xem họ sẽ nói gì

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

115. Bạn cũng thích công việc của người phê bình báo trong các mục sân khấu, ca nhạc.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

116. Khi họp lâu, không bao giờ bạn vẽ nghịch hoặc mân mê vật gì đó trên tay.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

117. Nếu có ai đó nói với bạn một điều không đúng thì bạn nghĩ ngay rằng:

- a. Đây là người nói dối b. Trung gian c. Người này chưa biết rõ điều đó

118. Bạn cảm thấy như có một sự trừng phạt nào đó đang đe dọa, cả khi bạn không làm việc gì xấu.

- a. Thường xuyên b. Đôi khi c. Không đúng

119. Có ý kiến cho rằng, bệnh do nguyên nhân tâm lý, vật lý ngày càng nhiều.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

120. Về trang trọng, tôn kính của các nghi lễ truyền thống cần được giữ gìn.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

121. Ý nghĩ hình như mọi người cho bạn là không bình thường, làm bạn:

- a. Rất lo lắng b. Không rõ c. Không lo lắng

122. Khi làm một việc gì đó, bạn thích:

- a. Làm tập thể b. Không rõ c. Làm một mình

123. Có những thời kỳ trong lòng bạn nặng trĩu u buồn, thương thân, trách phận. Những suy nghĩ đầy cứ luận quần trong bạn.

- a. Thường xuyên b. Trung gian c. Không khi nào

124. Thường bạn rất nhanh nổi cáu với người khác.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

125. Bạn dễ dàng bỏ ngay những thói quen cũ.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

Trả lời hết cột V

126. Nếu cùng một mức lương thì bạn thích làm:

- a. Luật sư b. Không rõ c. Phi công hoặc thuyền trưởng

127. “Tốt hơn” đi với “Cực kỳ xấu” cũng như “Chậm hơn” đi với:

- a. “Nhanh” b. “Tốt hơn” c. “Cực kỳ nhanh”

128. Tập hợp chữ nào dưới đây sẽ là tiếp tục của dãy chữ ROOORROOORRR.

- a. ORRR b. ROOO c. OOOR

129. Đôi khi bạn có ý định làm một việc gì theo kế hoạch từ trước thì lại không muốn làm nữa.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

130. Bạn thường có thể làm việc một cách cẩn thận mà không bị sự ồn ào của xung quanh chi phối.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

131. Đôi khi bạn nói cả những điều quan trọng với người không hề quen biết.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

132. Nhiều lúc rồi rồi, bạn thường kể với bạn bè về những điều lý thú trước kia.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

133. Bạn thích tạo ra các trò đùa tinh nghịch, mạo hiểm, dũng cảm để giải trí

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

134. Bạn rất khó chịu khi thấy căn phòng bừa bãi

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

135. Bạn cho mình là người cởi mở, rộng rãi.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

136. Khi tiếp xúc với mọi người, bạn thích:

- a. Tự do thể hiện tình cảm của mình b. Trung gian
c. Kiểm chế sự biểu lộ tình cảm

137. Bạn thích nhạc:

- a. Nhẹ, sống b. Trung gian c. Gây nhiều cảm xúc

138. Bạn khâm phục vẻ đẹp của thơ ca hơn là vẻ đẹp của vũ khí được chế tạo hoàn hảo.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

139. Nếu mọi người xung quanh không quan tâm đến những lời nhận xét đúng đắn của bạn, thì bạn:

- a. Bỏ qua không nhắc lại b. Trung gian c. Nói lại

140. Bạn thích làm phóng viên nhiếp ảnh.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

141. Phải thận trọng khi tiếp xúc với người lạ vì có thể bị lây bệnh.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

142. Khi đi tham quan, bạn thích theo sự chỉ đạo của người hướng dẫn hơn là tự mình lập chương trình để đi

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

143. Người ta đánh giá bạn một cách công bằng là người cần cù, yêu lao động, song không hay gặp may mắn, thuận lợi.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

144. Nếu có người lợi dụng lòng tốt của bạn vào mục đích riêng của họ, thì bạn không khó chịu và sẽ nhanh chóng quên đi điều đó.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

145. Nếu gặp cuộc tranh cãi “nảy lửa” về một vấn đề, thì bạn thích:

- a. Xem ai chiến thắng b. Trung gian c. Dàn hòa

146. Bạn thích tự mình lập kế hoạch, không cần sự giúp đỡ của người khác.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

147. Đôi khi lòng ghen tị ảnh hưởng đến hành động của bạn.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

148. Bạn tin chắc rằng không phải thủ trưởng nào cũng đúng, song họ có quyền của người thủ trưởng.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

149. Khi nghĩ đến những công việc cần phải làm tiếp, bạn thấy căng thẳng.

- a. Đúng b. Đôi khi c. Không đúng

150. Trong thi đấu, bạn hầu như không bị ảnh hưởng bởi những lời hò hét của khán giả.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

Trả lời hết cột VI

151. Sẽ hay hơn nếu trở thành:

- a. Họa sĩ b. Không rõ c. Người tổ chức về công tác văn hóa

152. Trong số những từ dưới đây, từ nào không đi với 2 từ còn lại:

- a. “Bất kỳ” b. “Một số” c. “Đa số”

153. “Ngọn lửa” đi với “Đám cháy” cũng như “Hoa hồng” đi với:

- a. “Nhiều gai” b. “Hoa đẹp” c. “Hoa thơm”

154. Bạn khó ngủ vì những giấc mơ rất rõ nét.

- a. Thường xuyên b. Đôi khi c. Không bao giờ

155. Nếu như trên con đường đi tới thắng lợi có những cản trở nghiêm trọng thì bạn thấy cần phải mạo hiểm.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

156. Khi ở nhóm tiến hành công việc thì đương nhiên bạn là nhóm trưởng

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

157. Bạn thích mặc quần áo bình dị như những người khác hơn là mặc những quần áo làm nổi bật mình lên.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

158. Bạn thích dùng buổi tối để làm những công việc nhẹ nhàng, ưa chuộng hơn là tham gia vào một nhóm náo nhiệt.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

159. Bạn không quan tâm đến những lời khuyên chân thành của người khác, kể cả khi lời khuyên đó có ích cho bạn.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

160. Khi hành động, bạn luôn cố gắng tuân thủ các nguyên tắc xử sự chung đã được xã hội thừa nhận.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

161. Bạn không thích người khác nhìn bạn khi bạn làm việc.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

162. Đôi khi buộc phải sử dụng sức mạnh, vì không phải lúc nào sự thuyết phục cũng đạt được kết quả

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

163. Trong trường phổ thông, bạn thích môn:

- a. Văn học b. Không rõ c. Toán

164. Đôi khi bạn thấy buồn chỉ vì đôi mắt của mình làm người khác có ác cảm, mặc dù điều đó không có cơ sở.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

165. Nói chuyện với những người luôn cứng nhắc:

- a. Bạn vẫn thấy thú vị và phong phú b. Trung gian
c. Làm bạn khó chịu vì có cảm giác như bị gò ép.

166. Có những điều làm cho bạn khó chịu đến nỗi hầu như không bao giờ bạn nói tới nó nữa. a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

167. Trong giáo dục, điều quan trọng là:

a. Phải đối xử với trẻ đầy tình thương yêu b. Trung gian
c. Tạo cho trẻ những thói quan cần thiết và cách cư xử đúng đắn trong xã hội.

168. Mọi người cho rằng, bạn là người nhã nhặn, may mắn, không gặp những oan trái của số phận.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

169. Bạn cho rằng xã hội cần phải được lãnh đạo bằng trí tuệ, vứt bỏ những thói quen cũ kỹ và những tập tục không cần thiết.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

170. Bạn nghĩ rằng, thế giới ngày nay, điều quan trọng nhất là phải giải quyết :

a. Các vấn đề về đạo đức b. Trung gian c. Sự bất đồng giữa các nước

171. Bạn nắm được vấn đề tốt hơn khi :

a. Đọc quyển sách viết tốt b. Trung gian c. Tham gia tranh luận

172. Bạn thích hoạt động theo cách riêng của mình hơn là theo các nguyên tắc đã có sẵn. a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

173. Bạn chỉ nêu ra lý lẽ, luận chứng sau khi đã tự mình khẳng định là đúng

a. Luôn luôn b. Trung gian c. Khi cần thiết

174. Có những điều nhỏ nhặt đôi khi tác động lên tinh thần làm bạn không thể chịu nổi, mặc dù biết rằng điều đó không đáng quan tâm đến như thế.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

175. Bạn ít khi nói những điều bột phát mà sau đó phải hối hận

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

176. Nếu người khác yêu cầu bạn tham gia các hoạt động từ thiện, thì bạn:

A. Đồng ý b. Không rõ c. Từ chối khéo

177. Từ nào trong số 3 từ dưới đây không đi với hai từ còn lại

a. “Rộng” b. “Thẳng” c. “Dích dắc”

178. “Nhanh” đi với “Không khi nào” cũng như “Gần” đi với:

- a. “Không nơi nào” b. “Xa xôi” c. “Nơi nào đó”

179. Nếu bạn vô tình vi phạm những nguyên tắc đạo đức ở chỗ đông người, thì bạn cho rằng điều đó không sao cả

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

180. Người ta cho bạn là người hay có sáng kiến

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

181. Bạn có thể tỏ rõ khả năng của mình:

- a. Lúc khó khăn, đòi hỏi sự tự chủ b. Không rõ
c. Khi đòi hỏi sự khéo léo kéo dãn xếp với mọi người.

182. Người ta cho rằng bạn là người giàu nhiệt tình.

- A. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

183. Bạn thích những công việc luôn biến động, đa dạng, luôn lưu động, thậm chí cả những công việc dễ gây nguy hiểm.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

184. Bạn là người tương đối khắt khe, luôn yêu cầu mọi người phải làm đúng.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

185. Bạn thích những công việc đòi hỏi phải tận tâm, tận lực và những kỹ năng, kỹ xảo chính xác.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

186. Bạn thuộc loại người sôi nổi, luôn luôn bận rộn.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

187. Bạn tin rằng mình đã không bỏ qua câu hỏi nào và đã trả lời theo đúng ý của mình

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

Phiếu trả lời 16PF:

b. Phiếu trả lời trắc nghiệm Cattell R.B.

	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
1				26			51			76			101			126			151			176
2				27			52			77			102			127			152			177
3				28			53			78			103			128			153			178
4				29			54			79			104			129			154			179
5				30			55			80			105			130			155			180
6	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
6				31			56			81			106			131			156			181
7				32			57			82			107			132			157			182
8				33			58			83			108			133			158			183
9				34			59			84			109			134			159			184
10				35			60			85			110			135			160			185
11	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
11				36			61			86			111			136			161			186
12				37			62			87			112			137			162			187
13				38			63			88			113			138			163			
14				39			64			89			114			139			164			
15				40			65			90			115			140			165			
16	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
16				41			66			91			116			141			166			
17				42			67			92			117			142			167			
18				43			68			93			118			143			168			
19				44			69			94			119			144			169			
20				45			70			95			120			145			170			
21	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
21				46			71			96			121			146			171			
22				47			72			97			122			147			172			
23				48			73			98			123			148			173			
24				49			74			99			124			149			174			
25				50			75			100			125			150			175			

149

150

c. Bảng điểm trắc nghiệm Cattell R.B.

	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c														
1			26		1	2	51		1	2	76		1	2	101		2	1	126		2	1	151		1	2	176		2	1	A				
2			27			1	2	52		2	1	77			1	102			1	127			1	152			1	177		1	B				
3	2	1		28			1	53			1	78			1	103			1	128			1	153			1	178		1					
4	2	1		29			1	2	54			79			1	2	104		2	1	129		1	2	154		1	2	179		2	1			
5		1	2	30		2	1		55		2	1	80			1	2	105		2	1	130		2	1	155		2	1	180		2	1		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c		E			
6		1	2	31			1	2	56			2	81			1	2	106		1	2	131		2	1	156			2	1	181		2	1	
7	2	1		32			1	2	57			1	2	82			1	2	107			1	2	132		2	1	157			2	1			
8		1	2	33		2	1		58		2	1	83		2	1		108			1	2	133		2	1	158			1	2	183		2	1
9		1	2	34			1	2	59			1	2	84			1	2	109		2	1	134		2	1	159			1	2	184		2	1
10	2	1		35			1	2	60			1	2	85			1	2	110		2	1	135		2	1	160		2	1	185		2	1	
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c		H			
11		1	2	36		2	1		61			1	2	86			1	2	111		2	1	136		2	1	161			1	2	186		2	1
12	2	1		37		2	1		62			1	2	87			1	2	112		2	1	137		2	1	162			1	2	187			
13		1	2	38		2	1		63			1	2	88		2	1		113		2	1	138		2	1	163		2	1			I		
14		1	2	39		2	1		64			1	2	89			1	2	114		2	1	139			1	2	164		2	1			L	
15		1	2	40		2	1		65		2	1		90			1	2	115		2	1	140		2	1	165			1			M		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c		N			
16		1	2	41			1	2	66			1	2	91		2	1		116		2	1	141			1	2	166			1	2			
17	2	1		42		2	1		67			1	2	92			1	2	117		2	1	142		2	1	167		2	1					
18	2	1		43		2	1		68			1	2	93			1	2	118		2	1	143		2	1	168			1	2		O		
19		1	2	44			1	2	69		2	1		94		2	1		119		2	1	144			1	2	169		2	1		Q1		
20	2	1		45			1	2	70		2	1		95			1	2	120			1	2	145		2	1	170			1	2			
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c		Q2			
21		1	2	46		2	1		71		2	1		96			1	2	121			1	2	146		2	1	171		2	1				
22		1	2	47		2	1		72		2	1		97			1	2	122			1	2	147			1	2	172			1	2		
23		1	2	48		2	1		73		2	1		98		2	1		123			2	1	148		2	1	173		2	1		Q3		
24		1	2	49		2	1		74		2	1		99		2	1		124			2	1	149		2	1	174		2	1		Q4		
25		1	2	50		2	1		75			1	2	100			1	2	125			1	2	150			1	2	175			1	2		

d. Các bảng diễn hình

d.1. Bảng dành cho nữ từ 16 đến 18 tuổi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	0-4	5-6	7-8	9-10	11	12-13	14-15	16	17-18	19-20
B	0-1	2	3	4	5	6	7	8-9	10	11-13
C	0-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21	22-26
E	0-3	4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-15	16-17	18-19	20-26
F	0-6	7-8	9-11	12-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23	24-26
G	0-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14	15-16	17	18	19-20
H	0-2	3-4	5-7	8-9	10-12	13-14	15-17	18-20	21-22	23-26
I	0-5	6-7	8	9-10	11	12-13	14	15	16-17	18-20
L	0-2	3	4-5	6	7-8	9	10-11	12-13	14	15-20
M	0-6	7	8-9	10	11-12	13-14	15-16	17	18-19	20-26
N	0-5	6	7	8	9-10	11	12-13	14	15	16-20
O	0-4	5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-26
Q1	0-3	4	5	6	7-8	9	10-11	12	13-14	15-20
Q2	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-20
Q3	0-4	5-6	7	8-9	10	11-12	13	14	15-16	17-20
Q4	0-3	4-5	6-8	9-11	12-13	14-16	17-19	20-21	22-23	24-26

161

d.2. Bảng dành cho nam giới từ 16 đến 18 tuổi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12	13-14	15-18	17-20
B	0-1	2	3	4	5	6	7	8-9	10	11-13
C	0-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20	21-22	23-26
E	0-6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-26
F	0-5	6-8	9-11	12-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23	24-26
G	0-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17	18	19-20
H	0-2	3-4	5-6	7-10	11-13	14-16	17-18	19-20	21-22	23-26
I	0-2	3	4	5-6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16-20
L	0-3	4	5-6	7-8	9	10-11	12-13	14	15-16	17-20
M	0-4	5-6	7	8-9	10-11	12-13	14	15-16	17-18	19-26
N	0-5	6-7	8	9	10	11-12	13	14-15	16	17-20
O	0-3	4	5-6	7-8	9-10	11	12-13	14-15	16-17	18-26
Q1	0-4	5	6	7-8	9	10-11	12	13	14-15	16-20
Q2	0-3	4	5-6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-20
Q3	0-3	4-5	6	7-8	9-10	11	12-13	14	15-16	17-20
Q4	0-2	3-4	5-6	7-8	9-12	13-15	16-17	18-19	20-21	22-26

162

d.3. Bảng dành cho nữ giới từ 19 đến 28 tuổi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	0-4	5-6	7	8-9	10-12	13	14-15	16	17-18	19-20
B	0-1	2	3	4	5	6	7	8-9	10	11-13
C	0-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-26
E	0-3	4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-26
F	0-5	6-7	8-10	11-12	13-15	16-17	18-19	20-21	22	23-26
G	0-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13	14-15	16-17	18	19-20
H	0-2	3-4	5-7	8-9	10-12	13-15	16-17	18-20	21-22	23-26
I	0-5	6	7-8	9-10	11-12	13	14	15	16-17	18-20
L	0-1	2-3	4	5	6-7	8-9	10	11-12	13-14	15-20
M	0-5	6-7	8	9-10	11-12	13-14	15-18	17	18-19	20-26
N	0-5	6	7	8	9-10	11	12-13	14	15-16	17-20
O	0-3	4	5-6	7	8-9	10-12	13-14	16-18	17-18	19-26
Q1	0-3	4	5	6-7	8	9	10-11	12-13	14	15-20
Q2	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-20
Q3	0-4	5	6-7	8-9	10	11-12	13	14	15-16	17-20
Q4	0-3	4-5	6-7	8-10	11-12	13-15	16-18	19-20	21-22	23-26

153

d.4. Bảng dành cho nam giới từ 19 đến 28 tuổi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12-13	14	15-16	17-20
B	0-1	2	3	4	5	6	7	8-9	10	11-13
C	0-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22	23-26
E	0-6	7-8	9	10-11	12-13	14-16	17-18	19	20-21	22-26
F	0-5	6-8	9-19	11-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-26
G	0-4	5-6	7-9	10-11	12	13-14	15-16	17	18-19	20
H	0-2	3-4	5-7	8-10	11-13	14-16	17-18	19-20	21-22	23-26
I	0-2	3	4-5	6	7-8	9-19	11-12	13-14	15	16-20
L	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12	13-14	15	16-20
M	0-5	6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16-17	18	19-26
N	0-5	6-7	8	9	10	11-12	13	14-15	16	17-20
O	0-3	4	5-6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-26
Q1	0-4	5	6	7-8	9	10	11-12	13	14-15	16-20
Q2	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-20
Q3	0-3	4-5	6	7-8	9-10	11	12-13	14	15-16	17-20
Q4	0-3	4	5-7	8-9	10-12	13-14	15-17	18-19	20-21	22-26

164

d.5. Bảng dành cho nữ giới từ 29 đến 70 tuổi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	0-4	5-6	7-8	9-10	11	12-13	14-15	16	17-18	19-20
B	0-1	2	3	4	5	6	7	8-9	10	11-13
C	0-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-20	21-22	23-24	25-26
E	0-2	3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-14	15-16	17-18	19-26
F	0-4	5-6	7-8	9-10	11-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-26
G	0-6	7	8-9	10-11	12-13	14-15	16	17	18-19	20
H	0-2	3-4	5-7	8-9	10-12	13-14	15-17	18-20	21-22	23-26
I	0-5	6-7	8	9-10	11	12-13	14	15-16	17	18-20
L	0-1	2	3-4	5	6-7	8	9-10	11	12-13	14-20
M	0-6	7	8-9	10-11	12	13-14	15-16	17	18-19	20-26
N	0-5	6	7	8-9	10	11	12-13	14	15	16-20
O	0-3	4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20
Q1	0-3	4	5	6-7	8	9	10-11	12-13	14	15-20
Q2	0-3	4	5-6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-20
Q3	0-5	6-7	8	9-10	11	12-13	14	15-16	17	18-20
Q4	0-2	3-4	5-7	8-10	11-12	13-15	16-17	18-20	21-22	23-26

155

d.6. Bảng dành cho nam giới từ 29 đến 70 tuổi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	0-3	4	5-6	7	8-9	10-11	12-13	14	15-16	17-20
B	0-1	2	3	4	5	6	7	8-9	10	11-13
C	0-7	8-10	11-12	13-14	15-16	17	18-19	20-21	22-23	24-26
E	0-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-26
F	0-3	4-5	6-8	9-10	11-13	14-15	16-17	18-19	20	21-26
G	0-4	5-7	8-10	11-12	13	14-15	16-17	18	19	20
H	0-3	4-5	6-8	9-11	12-14	15-16	17-19	20-21	22-23	24-26
I	0-2	3	4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15	16-20
L	0-2	3	4-5	6-7	8	9-10	11-12	13	14-15	16-20
M	0-5	6-7	8	9-10	11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-26
N	0-6	7	8-9	10	11	12-13	14	15	16-17	18-20
O	0-2	3	4-5	6-7	8-9	10-11	12	13-15	16-17	18-26
Q1	0-4	5-6	7	8	9-10	11	12-13	14	15-16	17-20
Q2	0-3	4	5-6	7-8	9-10	11	12-13	14-15	16-17	18-20
Q3	0-4	5-6	7-8	9	10-11	12	13-14	15	16-17	18-20
Q4	0	1-2	3-5	6-7	8-10	11-12	13-15	16-17	18-19	20-26

166

Diễn giải 16 yếu tố nhân cách Cattell

1. Yếu tố A	
“A-”: Hướng nội Kín đáo, biệt lập, phê phán, lạnh nhạt, kiên định	“A+”: Hướng ngoại Thân mật, hiền lành, vô tư, giao thiệp rộng
1.1. Phê phán 1.2. Giữ ý kiến của mình 1.3. Lạnh nhạt 1.4. Chính xác, khách quan 1.5. Đa nghi 1.6. Quá lạnh nhạt (đến thô bạo) 1.7. Cáu kỉnh, buồn rầu	- Hiền lành, vô tư - Sẵn sàng hợp tác - Chú ý đến người khác - Nhân hậu, cầu thả - Cả tin - Dễ thích nghi, dễ bị chi phối - Nhiệt tình - Vui vẻ
2. Yếu tố B	
“B-”: Trí tuệ thấp Không tập trung tư tưởng, tối dạ	“B+”: Trí tuệ cao Tập trung tư tưởng, sáng dạ
2.1. Năng lực trí tuệ thấp 2.2. Không có khả năng giải các bài tập trừu tượng.	- Năng lực trí tuệ cao - Thông minh, sáng dạ
3. Yếu tố C	
“C-”: “Cái tôi” yếu, cảm xúc không bền vững. Dễ bị ảnh hưởng của tình cảm, dễ phiền muộn, hay thay đổi.	“C+”: “Cái tôi” mạnh. Cảm xúc bền vững. Biết kiềm chế, bình thản, nhìn nhận sự việc tỉnh táo.
1.1. Mất cân bằng tinh thần khi phiền muộn 1.2. Dễ thay đổi trong các mối quan hệ; hứng thú không bền vững 1.3. Dễ lo lắng, ưu tư 1.4. Không muốn chịu trách nhiệm, dễ nhân nhượng, từ chối công việc.	- Cảm xúc bền vững - Ổn định, các hứng thú bền vững - Bình thản - Đánh giá thực tế theo tình huống, điều khiển hoàn cảnh - Trốn tránh khó khăn

1.5. Hay tranh luận	
4. Yếu tố E	
“E-“: Ngoan ngoãn, phục tùng Dịu dàng, dễ bảo, hay giúp đỡ, nhã nhặn	“E+“: Thích có ưi thế, thích quyền lực. Kiên trì, tự tin, cứng rắn, bướng bỉnh, hay gây sự.
4.1. Ngoan ngoãn 4.2. Phục tùng 4.3. Ngoại giao, khách sáo 4.4. Dễ biểu lộ tình cảm 4.5. Dễ bảo 4.6. Dễ bối rối trước người lãnh đạo 4.7. Khiêm tốn	- Kiên trì - Độc lập - Thô bạo, hay thù oán - Rầu rĩ - Ương bướng - Cương trực - Đòi hỏi sự khâm phục
5. Yếu tố F	
“F-“: Hay lo lắng Bình thản, im lặng, nghiêm túc, ít nói	“F+“: Vô tư Dễ phấn khởi, cầu thả, không cẩn thận
5.1. Hay im lặng 5.2. Ân cần 5.3. Hay băn khoăn, lo lắng 5.4. Không thích giao thiệp 5.5. Chậm chạp, cẩn thận	- Nói nhiều - Vô tư - Dễ biểu lộ tình cảm - Sôi nổi, thoải mái
6. Yếu tố G	
“G-“: “Siêu tôi” thấp, thiếu phù hợp với các chuẩn mực đạo đức chung	“G+“: “Siêu tôi” cao, tính cách mạnh. Có lương tâm, tận tụy, kiên trì, hay dạy đời, già dặn, cân bằng.
6.1. Hay thay đổi 6.2. Dễ bị nghi ngờ 6.3. Dễ từ bỏ các ý định của mình 6.4. Cầu thả, lười 6.5. Độc lập 6.6. Dễ quên trách nhiệm	- Bền bỉ, quyết đoán - Được lòng tin - Nghiêm khắc về mặt tình cảm - Chững chạc - Tuân theo các mẫu chuẩn đạo đức - Có lương tâm, có trách nhiệm
7. Yếu tố H	
“H-“: Ngượng ngùng, không cương	“H+“: can đảm

quyết. Dè dặt, thận trọng, sợ sệt	Tháo vát, dũng cảm, kém nhạy cảm
- Ngượng ngùng, rụt rè - Khó chịu khi có mặt người lạ - Kìm chế tình cảm - Cáu gắt - Cứng nhắc, nguyên tắc - Không quan tâm rộng rãi	- Mạo hiểm, giao thiệp rộng - Tích cực, thích quan tâm đến người khác giới - Giàu cảm xúc, thích mơ mộng - Hiền lành - Tự phát, bột phát - Vô tư, không thấy hết nguy hiểm - Vị tha
8. Yếu tố I	
“I-“: Kém nhạy cảm Vô tình, khô khan, không hy vọng hảo huyền	“I+”: Nhạy cảm Vị tha, mẫn cảm, phụ thuộc, quá cần thận
- Khô khan, ít chờ đợi ở cuộc sống - Tự tin, dám chịu trách nhiệm - Nghiêm khắc (đến mức tro tráo) - Có chút năng khiếu nghệ sĩ (có óc thẩm mỹ) - Không hảo huyền, phóng đại - Hành động thực tế và logic - Vững vàng - Không chú ý đến sức khỏe	- Hiếu động, bận rộn, thích mọi người chú ý đến mình - Dễ bị ám ảnh, không vững vàng tìm kiếm sự đồng tình, giúp đỡ - Hiền lành, mềm mỏng, nhẫn nhục - Sành sỏi, kiểu cách, khoa trương, vờ vĩnh - Phóng đại trong khi nói chuyện với cả bản thân - Hành động theo cảm tính - Thay đổi, hời hợt - Nghi bệnh, lo lắng về sức khỏe
9. Yếu tố L	
“L-“: Cả tin. Yếu đuối, dễ buông thả	“L+”: Hay nghi ngờ Ghen tuông, “tự bảo vệ”, căng thẳng nội tâm
- Cảm thấy mình vô dụng - Than phiền về những thay đổi - Không nghi kỵ	- Ghen tuông - Giáo điều - Nghi kỵ

- Dễ quên khó khăn - Dễ tha thứ, thông cảm, chịu đựng - Không đề ý đến những nhận xét, góp ý - Dễ tính, hay nhân nhượng	- Chú ý đến những thất bại - Bạo ngược - Đòi hỏi mọi người chịu trách nhiệm về những sai lầm - Nóng tính
10. Yếu tố M	
“M-”: Thực tế, bình dị Không phóng đại	“M+”: Mơ mộng, lý tưởng hóa Giàu tưởng tượng, hay lơ đãng.
- Dễ dàng giải quyết các vấn đề thực tế - Làm theo hứng thú của cá nhân mình - Đơn giản, lảng tránh những gì không bình thường - Dựa vào thực tế khách quan, vững vàng trong đánh giá thực tế - Trung thực, bình thản, cứng nhắc	- Say mê với các tư tưởng của mình - Thích nghệ thuật và các học thuyết tôn giáo - Say mê với các ảo tưởng bên trong - Động đảnh, dễ rút lui khi có các ý kiến chính đáng - Dễ dàng khâm phục, không cân bằng
11. Yếu tố N	
“N-”: Ngây thơ, đơn giản Thẳng thắn, bộc trực, tự nhiên	“N+”: Sắc sảo, láu lỉnh Kinh nghiệm, láu cá, lão luyện
- Thẳng thắn nhưng không té nhị - Có đầu óc trừu tượng - Giao tiếp rộng, biểu lộ tình cảm - Tự nhiên, trực tiếp - Thảm mỹ bình thường - Không có kinh nghiệm phân tích các nguyên nhân - Bằng lòng với những cái đã có - Tin mù quáng vào bản chất	- Thanh lịch, biết cách cư xử trong xã hội - Có đầu óc chính xác - Ít biểu lộ tình cảm - Điều bộ - Sành sỏi, thâm mỹ - Sáng suốt, chu đáo trong quan hệ với mọi người - Hám danh vọng, khó tin tưởng - Thận trọng, hay “đi tắt”

vốn có của từng con người	
12. Yếu tố O	
“O-“: Cầu thả, tự tin Quá tự tin, ôn hòa, tử tế	“O+”: Cảm thấy tội lỗi Đầy sợ hãi, lo âu, có nhiều linh cảm, tự buộc tội, không tin vào bản thân
- Tự tin hoặc quá tự tin - Vui vẻ, yêu đời - Ôn hòa, bình thản - Không thích sự đồng tình hoặc khen ngợi của mọi người - Vô tư - Mạnh mẽ - Không sợ hãi - Không quá suy nghĩ, đắn đo	- Lo lắng, bồn chồn - U sầu, dễ khóc - Tự ái, dễ theo cảm tính - Ý thức trách nhiệm cao, nhạy cảm với phản ứng của mọi người - Tất bật, chi li - Hay nghi bệnh - Có các triệu chứng sợ hãi - Cô đơn, u sầu, buồn bã
13. Yếu tố Q1	
“Q1-“: Bảo thủ Có các quan điểm bảo thủ, chịu đựng các khó khăn sẵn có, chấp nhận “sự thử thách của thời gian”, nghi kỵ những người mới	“Q+”: Cấp tiến Thích thí nghiệm, tự do chủ nghĩa, thích lý giải, biết nhiều
14. Yếu tố Q2	
“Q2-“: Phụ thuộc vào nhóm, hiểu biết xã hội ít, cầu cứu sự giúp đỡ của người khác.	“Q2+”: Độc lập, tự chủ, nhanh trí, có thể làm người chỉ huy, không cần sự giúp đỡ.
15. Yếu tố Q3	
“Q3-“: Tự kiểm tra yếu, ý kiến riêng kém, cầu thả, không chính xác, dựa vào cảm tính, thiếu trách nhiệm.	Q3+”: Sĩ diện, ý kiến riêng cao, chính xác, có ý chí, có thể tự điều khiển bản thân, hành động theo kế hoạch định trước, chỉ huy có hiệu quả.
16. Yếu tố Q4	
“Q4-“: Mức độ căng thẳng nội tâm thấp, yếu đuối; chịu đựng, chậm chạp, điềm tĩnh,	“Q4+”: Căng thẳng nội tâm cao, chững chạc, sôi nổi, mạnh mẽ, tích cực, dễ cáu giận,

không câu gắt

không quen mặt mới.

30. TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH EYSENCK (EPI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm nhân cách Eysenck (Eysenck Personality Inventory - EPI) được giáo sư tâm lý học người Anh Eysenck HJ. Xây dựng vào năm 1947 để đánh giá cấu trúc hướng nội hướng ngoại của nhân cách. Theo Eysenck, cấu trúc nhân cách có hai nhân tố chính: tính hướng nội – hướng ngoại và tính thần kinh (ổn định – không ổn định).

Bảng nghiệm kê gồm 57 câu hỏi, được cấu trúc phân trả lời Đúng hoặc Không đúng, trong đó có 24 câu hỏi về tính hướng nội – hướng ngoại; 24 câu hỏi về tính thần kinh (ổn định – không ổn định) và 9 câu hỏi để kiểm tra độ tin cậy của các câu trả lời. Bảng nghiệm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại xác định điểm khí chất theo 4 khuynh hướng khí chất: Ưu tư; Nóng nảy; Bình thản và Hăng hái. EPI cũng giúp xác định các chỉ số cao mang tính khuynh hướng bệnh lý nhân cách, hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chỉ định đánh giá khuynh hướng nhân cách.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ trắc nghiệm nhân cách EPI, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 16-32 phút)

Câu hướng dẫn: “Sau đây là bảng nghiệm kê gồm 57 câu hỏi nhằm đánh giá xu hướng nhân cách. Anh/chị hãy đọc từng câu, nếu câu đó đúng với mình hãy đánh dấu vào ô “Đúng”, nếu câu đó sai hãy đánh dấu vào ô “Không đúng”. Anh/chị làm đầy đủ và không bỏ trống câu nào”. (thời gian 2-4 phút)

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **Trắc nghiệm nhân cách Eysenck (EPI) - phần Phụ lục**. (thời gian 14-28 phút)

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

Lưu ý:

Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

Quy ước:

Tiến hành đánh giá

Chỉ số trung bình của tính hướng nội – hướng ngoại: 7 – 15 điểm;

Chỉ số trung bình của tính thần kinh: 8 – 16 điểm;

Nhân tố I trực giao với nhân tố N:

Chỉ số cao về tính thần kinh và tính hướng ngoại thì có khuynh hướng Hysteria;

Chỉ số cao về tính thần kinh và tính hướng nội thì có khuynh hướng trầm cảm.

Kết quả: Đối chiếu kết quả trả lời với bảng khóa của trắc nghiệm để tiến hành:

Kiểm tra độ tin cậy của các câu trả lời (theo cột S). Số câu trả lời trùng với “S” từ 4 trở xuống là kết quả đáng tin cậy.

Tính điểm nhân tố I theo cột “HN”. Những câu trùng hợp được tính 1 điểm. Sau đó tính tổng số điểm của nhân tố I.

Tính điểm nhân tố N theo cột “KOD”. Những câu trùng hợp được tính 1 điểm. Sau đó tính tổng số điểm của nhân tố N.

Xác định đặc điểm khí chất:

Tìm điểm thứ nhất trên trục “Hướng nội – hướng ngoại” (trục được chia thành 24 điểm, tính từ trái qua phải).

Tìm điểm thứ hai trên trục “Ổn định – Không ổn định” (trục được chia thành 24 điểm, tính từ dưới lên trên).

Căn cứ vào điểm có tọa độ trên rơi vào góc nào để xác định đặc điểm khí chất theo sơ đồ diễn giải các yếu tố khí chất cơ bản.

Đánh giá:

Chỉ số trung bình của tính hướng nội – hướng ngoại: 7 – 15 điểm;

Chỉ số trung bình của tính thần kinh: 8 – 16 điểm;

Nhân tố I trực giao với nhân tố N:

Chỉ số cao về tính thần kinh và tính hướng ngoại thì có khuynh hướng Hysteria;

Chỉ số cao về tính thần kinh và tính hướng nội thì có khuynh hướng trầm cảm.

Sơ đồ kiểu khí chất:



6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn (2010). Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm tâm lý. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. Abraham Verghese, Annamma Abraham (1972). The Eysenck Personality Scores in a Group of Psychiatric Patients. The British Journal of Psychiatry. 120(559):681-682.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH EYSENCK (EPI)

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ: Chân đoán: Ngày làm:

Hãy đọc kỹ từng câu sau đây, trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu chéo “X” vào ô vuông “Có” hoặc “Không”. Đừng bỏ sót đề mục nào!

Stt	Câu hỏi	Có	Không
1	Bạn thường mong muốn những điều mới lạ, gây hồi hộp.		
2	Bạn cần những người bạn có thể hiểu, đồng viên, an ủi mình.		
3	Bạn là người vô tư, không bận tâm đến điều gì.		
4	Bạn cảm thấy khó khăn trong việc từ chối một điều gì đó		
5	Bạn có suy nghĩ kỹ trước khi quyết định một việc gì đó.		
6	Bạn luôn giữ lời hứa bất kể điều đó có thuận lợi hay không đối với bạn.		
7	Tâm trạng của bạn thường hay thất thường.		
8	Bạn thường hành động hay phát ngôn rất nhanh không cần suy nghĩ.		
9	Bạn thường cảm thấy mình bất hạnh mà không rõ nguyên nhân.		
10	Bạn thường bảo vệ đến cùng ý kiến của mình trong các cuộc tranh luận.		
11	Bạn thường cảm thấy rụt rè, ngượng ngùng khi nói chuyện với người khác giới không quen.		
12	Đôi lúc bạn không kiềm chế được và nổi nóng.		
13	Bạn thường hành động một cách bùng bột.		
14	Bạn thường day dứt vì đã làm một việc lẽ ra không nên làm.		
15	Bạn thường thích đọc sách hơn là gặp gỡ mọi người.		
16	Bạn dễ tự ái, phật lòng.		
17	Bạn thích nhập hội với bạn bè.		
18	Đôi lúc bạn có ý nghĩ mà bạn đầu không muốn cho người khác biết.		
19	Đôi khi bạn cảm thấy mình đầy nghị lực, nhiệt tình làm mọi việc nhưng có lúc lại hoàn toàn uể oải.		
20	Bạn thích tha ít bạn nhưng thân còn hơn.		

21	Bạn hay mơ mộng.		
22	Bạn phản ứng lại ngay khi người ta nói nặng lời với bạn.		
23	Bạn thường day dứt khi mình có lỗi.		
24	Tất cả những thói quen của bạn đều là tốt và cần thiết.		
25	Bạn có khả năng truyền cảm hứng và gây cười trong nhóm bạn bè.		
26	Bạn là một người nhạy cảm.		
27	Bạn là một người hoạt bát, vui vẻ.		
28	Sau khi làm một việc quan trọng, bạn thường có cảm giác rằng lẽ ra có thể làm việc đó tốt hơn.		
29	Bạn thường im lặng ở chốn có người lạ.		
30	Bạn cũng có lúc đồn chuyện, phao tin.		
31	Bạn thường mất ngủ vì những ý nghĩ khác nhau trong đầu.		
32	Nếu muốn biết điều gì đó bạn thường thích tự tìm hiểu hơn là hỏi người khác.		
33	Bạn thường hay hồi hộp.		
34	Bạn thích công việc đòi hỏi phải tập trung chú ý liên tục.		
35	Cũng có lúc bạn run lên vì vui sướng hay sợ hãi.		
36	Bạn luôn trả cước phí giao thông đầy đủ mặc dù không bị kiểm soát.		
37	Bạn cảm thấy khó chịu khi ở nơi mà người ta hay châm chọc nhau.		
38	Bạn dễ nổi giận.		
39	Bạn thích công việc đòi hỏi hành động nhanh chóng.		
40	Bạn thấy hồi hộp khi cảm thấy những việc bất lợi có thể xảy ra.		
41	Bạn đi đứng ung dung, chậm rãi.		
42	Đã có lúc bạn đến nơi hẹn hoặc đi làm muộn.		
43	Bạn thường có ác mộng.		
44	Bạn thích trò chuyện đến nỗi không bao giờ bỏ qua cơ hội bắt chuyện với cả những người không quen biết.		
45	Bạn hay lo lắng vì có chỗ đau nào đó trên cơ thể.		
46	Bạn cảm thấy khổ sở khi lâu không được giao thiệp rộng rãi		

	với mọi người.		
47	Bạn là người dễ cáu kỉnh.		
48	Trong số những người quen có những người bạn không thích.		
49	Bạn là người rất tự tin.		
50	Bạn dễ phật ý khi có người chỉ ra các khuyết điểm của bạn.		
51	Bạn nghĩ rằng khó có thể thực sự thoải mái ở các cuộc liên hoan.		
52	Bạn cảm thấy không yên tâm khi thua kém bạn bè ở điểm nào đó.		
53	Bạn dễ dàng mang lại sự vui vẻ cho một cuộc họp mặt khá tẻ nhạt.		
54	Bạn thường hay nói về những vấn đề mà mình chưa nắm chắc.		
55	Bạn lo lắng về sức khỏe của mình.		
56	Bạn thích trêu đùa người khác.		
57	Bạn bị mất ngủ.		

Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!

BẢNG TÍNH ĐIỂM TRẮC NGHIỆM EPI

S (Đáng tin cậy)		E (Hướng nội – Hướng ngoại)		I (Ổn định – Không ổn định)	
6	Đúng	1	Đúng	2	Đúng
12	Sai	3	Đúng	4	Đúng
18	Sai	5	Sai	7	Đúng
24	Đúng	8	Đúng	9	Đúng
30	Sai	10	Đúng	11	Đúng
36	Đúng	13	Đúng	14	Đúng
42	Sai	15	Sai	16	Đúng

48	Sai	17	Đúng	19	Đúng
54	Sai	20	Sai	21	Đúng
		22	Đúng	23	Đúng
		25	Đúng	26	Đúng
		27	Đúng	28	Đúng
		29	Sai	31	Đúng
		32	Sai	33	Đúng
		34	Sai	35	Đúng
		37	Sai	38	Đúng
		39	Đúng	40	Đúng
		41	Sai	43	Đúng
		44	Đúng	45	Đúng
		46	Đúng	47	Đúng
		49	Đúng	50	Đúng
		51	Sai	52	Đúng
		53	Đúng	55	Đúng
		56	Đúng	57	Đúng

31. TRẮC NGHIỆM CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ (PSQI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index -PSQI) được Buysse DJ và các cộng sự xây dựng tại Mỹ năm 1989 để đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng một tháng trở lại và để phân biệt giữa giấc ngủ tốt và giấc ngủ kém. PSQI đánh giá chất lượng giấc ngủ, ngủ muộn, thời gian ngủ, thói quen ngủ, sử dụng thuốc ngủ và cả hoạt động lúc thức.

PSQI là một bảng câu trúc tự đánh giá gồm 19 câu hỏi, được sắp xếp theo các mức độ xuất hiện tăng dần của các triệu chứng. Người bệnh được hướng dẫn trả lời các câu hỏi sao cho phù hợp với trạng thái giấc ngủ mà họ nhận thấy trong khoảng từ một tháng ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc và đánh giá chất lượng giấc ngủ.

Đánh giá tiến triển điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa/ điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ trắc nghiệm chất lượng giấc ngủ Pittsburgh PSQI, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 11-27 phút)

Câu hướng dẫn: “Dưới đây là một số câu hỏi về giấc ngủ của anh/chị trong một tháng qua. Từ câu 1 đến 4, anh/chị hãy liệt kê cụ thể thói quen đi ngủ và thức giấc của anh/chị. Từ câu số 5 trở đi, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với tần suất xuất hiện một số vấn đề có thể gây mất ngủ cho anh/chị; trong đó “0” tương ứng “Không có trong tháng qua”, “1” tương ứng “Ít hơn 1 lần 1 tuần”, “2” tương ứng “1 hoặc 2 lần 1 tuần”, “3” tương ứng “3 hoặc hơn 3 lần 1 tuần”. (thời gian 2-3 phút)

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **Trắc nghiệm chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) – phần Phụ lục**. (thời gian 9-24 phút)

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

Quy ước: Điểm của PSQI gồm 7 mục, mỗi mục tối đa 3 điểm, cách tính điểm như sau:

Phần I: Điểm của câu số 9:.....

Rất tốt: 0đ Tương đối tốt: 1đ tương đối kém: 2đ rất kém: 3đ

Phần II: Điểm của câu số 2 + điểm của câu 5a:.....

Câu 2: 15min: 0đ 16-30min: 1 31-60min: 2đ >60min: 3đ

Câu 5a: không có: 0đ < 1 lần/ tuần : 1đ 1-2 lần/ tuần: 2đ 3 - >3 lần/tuần: 3đ

Tổng = 0: 0đ; = 1-2: 1đ; = 3-4: 2đ; = 5-6: 3đ

Phần III: Điểm của câu số 4:.....

>7h: 0đ 6 - <7h: 1đ 5 - <6h: 2đ <5h: 3đ

Phần IV: (tổng của giờ ngủ được)/ (tổng của giờ lên giường) x 100:.....

>85%: 0đ 75-84%: 1đ 65-74%: 2đ <65%: 3đ

Phần V: Tổng điểm các câu từ 5b đến 5k:.....

Tổng =0: 0đ = 1-9: 1đ =10-18: 2đ =19-27: 3đ

Phần VI: Điểm câu số 6:.....

Không có: 0đ < 1 lần/ tuần : 1đ 1-2 lần/ tuần: 2đ 3 - >3 lần/tuần: 3đ

Phần VII: Điểm câu số 7 + điểm câu số 8:.....

Không có: 0đ < 1 lần/ tuần : 1đ 1-2 lần/ tuần: 2đ 3 - >3 lần/tuần: 3đ

Tổng = 0: 0đ; = 1-2: 1đ; = 3-4: 2đ; = 5-6: 3đ

Cộng tổng số điểm của 7 mục đã tính ở trên.

Tiến hành đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ chất lượng giấc ngủ.

Bảng đối chiếu mức độ chất lượng giấc ngủ

PSQI	Điểm đánh giá	Kết quả
Chất lượng giấc ngủ tốt	0 – 4	
Chất lượng giấc ngủ suy giảm	≥ 5	

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Backhaus J., Junghanns K., Broocks A., Riemann D., Hohagen F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*. 53(3):37-740.
2. Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*. 28(2):193-213.
3. Carpentel J.S., Andrykowski M.A. (1998). Psychosometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of Psychosomatic Research*. 45(1):5-13

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ (PSQI)

Tên bệnh nhân: Tuổi... Giới tính..... Nghề nghiệp.....

Địa chỉ: Chẩn đoán..... Ngày điền phiếu.....

Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của anh (chị) trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về tình trạng giấc ngủ của mình gần đúng nhất với tình trạng của anh (chị) trong đa số ngày và đêm của tháng vừa qua. Xin hãy trả lời tất cả các câu hỏi.

1. Trong tháng qua, anh (chị) thường lên giường đi ngủ lúc mấy giờ?
2. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được?
3. Trong tháng qua, anh (chị) thường thức dậy buổi sáng lúc mấy giờ?
4. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?

5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh (chị) không? (Khoanh tròn vào con số biểu thị tần suất cùng hàng bên phải)	Không có trong tháng qua	Ít hơn 1 lần 1 tuần	1 hoặc 2 lần 1 tuần	3 hoặc hơn 3 lần 1 tuần
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút	0	1	2	3
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng	0	1	2	3
c. Phải thức dậy để sử dụng nhà vệ sinh	0	1	2	3
d. Khó thở	0	1	2	3
e. Ho hoặc ngáy to	0	1	2	3
f. Cảm thấy rất lạnh	0	1	2	3
g. Cảm thấy rất nóng	0	1	2	3
h. Có ác mộng	0	1	2	3
i. Thấy đau	0	1	2	3
k. Lý do khác(nếu có): hãy mô tả:	0	1	2	3
Trong tháng qua, vấn đề này có thường gây mất ngủ cho anh (chị) không?				
6. Trong tháng qua, anh (chị) có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?	0	1	2	3
7. Trong tháng qua, anh (chị) có hay gặp khó	0	1	2	3

khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc ăn, lúc tham gia giao thông, vận hành máy móc hay tham gia vào các hoạt động xả hơi không?				
8. Trong tháng qua, anh (chị) có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc không?	0	1	2	3
	<i>Rất tốt</i>	<i>Tương đối tốt</i>	<i>Tương đối kém</i>	<i>Rất kém</i>
9. Trong tháng qua, nhìn chung anh (chị) đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình như thế nào?	0	1	2	3

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

32. TRẮC NGHIỆM BỒN CHỒN BẤT AN BARNES

1. ĐẠI CƯƠNG

Akathisia hay chứng đứng ngồi không yên là cảm giác bồn chồn liên quan đến sự thôi thúc di chuyển.

Tỷ lệ chứng ngồi không yên ở những người được điều trị bằng thuốc an thần nằm trong khoảng từ 20 đến 75%, xảy ra thường xuyên hơn trong 3 tháng đầu điều trị, thường không chỉ liên quan đến việc sử dụng thuốc an thần cấp tính mà còn liên quan đến việc tăng liều nhanh chóng. Sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của chứng đứng ngồi không yên do thuốc có thể được đo lường bằng Thang điểm đứng ngồi không yên do thuốc (BARNES).

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các dấu hiệu bồn chồn bất an

Theo dõi quá trình điều trị

Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ câu hỏi đánh giá bồn chồn bất an BARNES, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Đánh giá và cho điểm từng mục theo phân loại. Triệu chứng khách quan, nhận thức chủ quan về bồn chồn bất an và lo âu chủ quan liên quan đến bồn chồn bất an được đánh giá theo thang điểm 4 từ 0 - 3 và được tính tổng điểm từ 0 đến 9.

6.2.1. Triệu chứng khách quan

0: Bình thường, thỉnh thoảng cựa quậy chân tay

1: Xuất hiện các cử động bồn chồn đặc trưng: cử động lê chân/giậm chân, hoặc đứng đưa một chân khi ngồi, và/hoặc đứng đưa từ chân này sang chân kia hoặc 'đi bộ tại chỗ' khi đứng, nhưng các cử động chỉ xuất hiện dưới một nửa thời gian quan sát.

2: Các hiện tượng quan sát được, như được mô tả trong mục (1) ở trên, xuất hiện trong ít nhất một nửa thời gian quan sát.

3: Bệnh nhân liên tục thực hiện các cử động bồn chồn đặc trưng và/hoặc không có khả năng duy trì tư thế ngồi hoặc đứng mà không đi lại hoặc đi tới đi lui trong thời gian được quan sát.

6.2.2. Triệu chứng chủ quan

6.2.2.1. Nhận thức của người bệnh về chứng đứng ngồi không yên

0: Không có cảm giác bồn chồn

1: Cảm giác bồn chồn không đặc hiệu

2: Bệnh nhân nhận thức được việc không thể giữ yên chân, hoặc muốn cử

động chân, và/hoặc phản nản về sự bồn chồn, đặc biệt trầm trọng hơn khi bắt buộc phải đứng yên

3: Nhận thức về sự thôi thúc mãnh liệt phải di chuyển hầu hết thời gian và/hoặc cho biết luôn muốn đi lại hoặc đi nhanh

6.2.2.2. *Lo âu liên quan đến chứng đứng ngồi không yên*

0: Không đau khổ

1: Nhẹ

2: Trung bình

3: Nặng

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Phân loại, đánh giá lâm sàng chung về chứng đứng ngồi không yên, sử dụng thang điểm 5 từ 0 - 4.

0: Không có:

Không có bằng chứng về chứng đứng ngồi không yên. Quan sát các chuyển động đặc trưng của chứng đứng ngồi không yên mà không có biểu hiện chủ quan về sự bồn chồn hoặc mong muốn bắt buộc phải di chuyển chân nên được phân loại là giả Akathisia.

1: Hơi mới thấy được

Căng thẳng bên trong không đặc hiệu và chuyển động bồn chồn

2: Nhẹ

Có dấu hiệu về sự bồn chồn ở chân và/hoặc sự bồn chồn bên trong tồi tệ hơn khi được yêu cầu đứng yên. Có các cử động bồn chồn, nhưng các cử động bồn chồn đặc trưng của akathisia không nhất thiết phải được quan sát thấy. Tình trạng này gây ra ít hoặc không gây ra lo lắng.

3: Vừa phải

Nhận thức về sự bồn chồn như được mô tả đối với chứng đứng ngồi không yên nhẹ ở trên, kết hợp với các cử động bồn chồn đặc trưng như đung đưa từ chân này sang chân khác khi đứng. Bệnh nhân thấy tình trạng khó chịu

4: Nặng

Trải nghiệm chủ quan về trạng thái bồn chồn bao gồm bắt buộc phải đi lại hoặc đi nhanh. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn có thể ngồi yên trong ít nhất 5 phút. Tình trạng này rõ ràng làm người bệnh lo lắng.

5: Nghiêm trọng

Bệnh nhân báo cáo rằng hầu hết thời gian đều có cảm giác bắt buộc phải đi đi lại lại. Không thể ngồi hoặc nằm yên trong một vài phút. Vận động liên tục kết hợp với lo lắng và mất ngủ nhiều.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R.M.A. de Bie, ... S.H. Fox, in Encyclopedia of Movement Disorders, 2010
2. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/barnes-akathisia-scale>
3. Đặc điểm lâm sàng của trạng thái bồn chồn ở những bệnh nhân loạn thần được điều trị ở những bệnh nhân loạn thần được điều trị bằng Haloperidol và/hoặc LEVOMEPRMAZINE : Thạc sĩ / Dương Minh Tâm, nhd:Trần Viết nghị. – 82
4. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/search.aspx?wpid=SearchRender>
5. Đặc điểm lâm sàng trạng thái bồn chồn bất an do thuốc an thần kinh ở bệnh nhân tâm thần phân liệt/ Nguyễn Thị Nguyệt
6. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/search.aspx?wpid=DSearchRender>

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM BỒN CHỒN BẤT AN BARNES

STT	Triệu chứng	Điểm	
1	Triệu chứng khách quan	0	Bình thường, thỉnh thoảng cựa quậy chân tay
		1	Xuất hiện các cử động bồn chồn đặc trưng dưới một nửa thời gian quan sát
		2	Xuất hiện các cử động bồn chồn đặc trưng ít nhất trong một nửa thời gian quan sát
		3	Liên tục thực hiện các cử động bồn chồn đặc trưng và/hoặc không có khả năng duy trì tư thế ngồi hoặc đứng mà không đi lại hoặc đi tới đi lui trong thời gian quan sát
2	Nhận thức của người bệnh về chứng đứng ngồi không yên	0	Không có cảm giác bồn chồn
		1	Cảm giác bồn chồn không đặc hiệu
		2	Nhận thức được việc không thể giữ yên chân, hoặc muốn cử động chân, và/hoặc phàn nàn về sự bồn chồn, đặc biệt trầm trọng hơn khi bắt buộc phải đứng yên
		3	Nhận thức về sự thôi thúc mãnh liệt phải di chuyển hầu hết thời gian và/hoặc cho biết luôn muốn đi lại hoặc đi nhanh
3	Lo âu liên quan đến chứng đứng ngồi không yên	0	Không đau khổ
		1	Nhẹ
		2	Trung bình
		3	Nặng
Phân loại, đánh giá chung			
Điểm	Phân loại	Đặc điểm	
0	Không có	Không có bằng chứng về chứng đứng ngồi không yên	
1	Hỏi mới thấy được	Căng thẳng bên trong không đặc hiệu và chuyển động bồn chồn	
2	Nhẹ	Có dấu hiệu bồn chồn ở chân và/hoặc sự bồn chồn tồi tệ hơn khi được yêu cầu đứng yên. Có các cử động bồn chồn, nhưng không nhất thiết là các cử động bồn chồn đặc trưng, gây ra ít hoặc không gây ra lo lắng.	

3	Vừa	Có dấu hiệu bồn chồn ở chân và/hoặc sự bồn chồn tồi tệ hơn khi được yêu cầu đứng yên, kết hợp với các cử động bồn chồn đặc trưng, bệnh nhân thấy tình trạng khó chịu
4	Nặng	Trải nghiệm chủ quan về trạng thái bồn chồn bao gồm bắt buộc phải đi lại hoặc đi nhanh. Bệnh nhân vẫn có thể ngồi yên trong ít nhất 5 phút. Tình trạng này làm người bệnh lo lắng
5	Nghiêm trọng	Bệnh nhân báo cáo hầu hết thời gian đều có cảm giác bắt buộc phải đi đi lại lại. Không thể ngồi hoặc nằm yên trong một vài phút. Vận động liên tục kết hợp với lo lắng và mất ngủ nhiều

33. TRẮC NGHIỆM ĐIỂM THIẾU MÁU CỤC BỘ HACHINSKI

1. ĐẠI CƯƠNG

Sa sút trí tuệ là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân gây nên, có đặc điểm:

Giảm trí nhớ ngắn hạn, và

Ít nhất có giảm một trong các lĩnh vực nhận thức sau:

Thất ngôn - Giảm ngôn ngữ.

Thất dụng - Giảm trí nhớ vận động.

Mất nhận biết - Giảm trí nhớ cảm giác.

Giảm khả năng tổng hợp, suy luận/giảm chức năng điều hành.

Giảm hoạt động xã hội và/hoặc nghề nghiệp.

Không giải thích được bằng các bệnh khác

Có nhiều thể sa sút trí tuệ từ tổn thương não như bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ mạch máu, sa sút trí tuệ hỗn hợp, sa sút trí tuệ thể Lewy, sa sút trí tuệ trán-thái dương, bệnh Creutzfeldt-Jakob, sa sút trí tuệ do xơ cứng cột bên teo cơ, bệnh Willson, não úng thủy áp lực bình thường...Ngoài ra, còn có thể do nguyên nhân chuyển hóa, bệnh lý tuyến giáp, thiếu vitamin B12 và nhiễm trùng. Trong đó, bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ mạch máu là hai thể thường gặp nhất.

Phân biệt giữa bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ mạch máu chủ yếu dựa vào diễn tiến bệnh, dấu hiệu thần kinh cục bộ và hình ảnh học. Tuy nhiên có thể áp dụng “thang điểm thiếu máu cục bộ Hanchiski” để phân biệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân sa sút trí tuệ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

Người bệnh đang trong giai đoạn cấp tính bệnh lý nội – ngoại khoa.

Bệnh nhân kích động, loạn thần, không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa/ điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ câu hỏi trắc nghiệm trắc nghiệm điểm thiếu máu cục bộ HACHINSKI, bút viết...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

Biểu hiện lâm sàng	Điểm
Triệu chứng xuất hiện đột ngột	2
Tiến triển nặng dần kiểu bậc thang (ví dụ: suy giảm-ổn định-suy thoái)	1
Tiến triển dao động	2
Lú lẫn về đêm	1

Nhân cách tương đối ít thay đổi	1
Trầm cảm	1
Phản nản về cơ thể (ví dụ, đau nhức cơ thể, đau ngực)	1
Rối loạn cảm xúc	1
Tiền sử tăng huyết áp	1
Tiền sử đột quỵ	2
Bằng chứng về xơ vữa động mạch cùng tồn tại (ví dụ, PAD: bệnh động mạch ngoại vi, MI: Nhồi máu cơ tim)	1
Các triệu chứng thần kinh khu trú (ví dụ, liệt nửa người, bán thân đồng âm, mất ngôn ngữ)	2
Dấu hiệu thần kinh khu trú (ví dụ yếu một bên, mất cảm giác, phản xạ không đối xứng, dấu hiệu Babinski)	2
Tổng	17

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Có 13 đề mục được tính điểm, cộng điểm các đề mục để lấy tổng số điểm.

Tổng điểm < 4 điểm: sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer

Tổng điểm từ 4-7 điểm: sa sút trí tuệ hỗn hợp

Tổng điểm > 7 điểm: sa sút trí tuệ mạch máu.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Modified Hachinski Ischemic Score

2. <https://www.msmanuals.com/professional/multimedia/table/modified-hachinski-ischemic-score>

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM ĐIỂM THIỂU MÁU CỤC BỘ HACHINSKI

Biểu hiện lâm sàng	Điểm
Triệu chứng xuất hiện đột ngột	2
Tiến triển nặng dần kiểu bậc thang (ví dụ: suy giảm-ổn định-suy thoái)	1
Tiến triển dao động	2
Lú lẫn về đêm	1
Nhân cách tương đối ít thay đổi	1
Trầm cảm	1
Phản nản về cơ thể (ví dụ, đau nhức cơ thể, đau ngực)	1
Rối loạn cảm xúc	1
Tiền sử tăng huyết áp	1
Tiền sử đột quỵ	2
Bằng chứng về xơ vữa động mạch cùng tồn tại (ví dụ, PAD, MI)	1
Các triệu chứng thần kinh khu trú (ví dụ, liệt nửa người, bán thân đồng âm, mất ngôn ngữ)	2
Dấu hiệu thần kinh khu trú (ví dụ yếu một bên, mất cảm giác, phản xạ không đối xứng, dấu hiệu Babinski)	2
* Tổng số điểm được xác định: < 4 gợi ý chứng sa sút trí tuệ nguyên phát (ví dụ bệnh Alzheimer). 4–7 là không xác định. > 7 gợi ý sa sút trí tuệ do mạch máu.	
MI = nhồi máu cơ tim; PAD = bệnh động mạch ngoại biên.	

34. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ SỬ DỤNG RƯỢU AUDIT

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm mức độ sử dụng rượu (The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT) là trắc nghiệm đơn giản và hiệu quả để sàng lọc việc sử dụng rượu không lành mạnh, định nghĩa là tiêu thụ có rủi ro hoặc nguy hiểm hoặc bất kỳ rối loạn sử dụng rượu nào.

AUDIT do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng và xuất bản lần đầu tiên năm 1983, được cập nhật năm 1992. AUDIT cung cấp một khuôn khổ để can thiệp nhằm giúp những người sử dụng rượu không lành mạnh giảm hoặc ngừng uống rượu và do đó tránh được những hậu quả có hại của rượu.

AUDIT là một bộ câu hỏi đơn giản, ngắn gọn, gồm 10 câu hỏi được chia thành 3 phần bao gồm: (1) phần 1 (gồm 3 câu đầu): thu thập bằng chứng về sử dụng rượu/bia ở mức có hại; (2) phần 2 (gồm 3 câu giữa): thu thập bằng chứng về nghiện/lệ thuộc rượu/bia; và (3) phần 3 (gồm 4 câu cuối): thu thập bằng chứng về sử dụng rượu/bia ở mức độ mạo hiểm. AUDIT cũng có thể giúp xác định tình trạng nghiện rượu và các hậu quả cụ thể của việc uống rượu có hại. Trắc nghiệm này được thiết kế để sử dụng tại các cơ sở y tế đồng thời cũng có thể sử dụng bởi những người không phải chuyên gia y tế do có những hướng dẫn phù hợp và dễ hiểu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ sử dụng rượu ở người bệnh.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa/ điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ công cụ Trắc nghiệm đánh giá mức độ sử dụng rượu AUDIT, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Câu hướng dẫn: “Trong bảng có 10 mục, anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với mức độ hiện tại của mình trong khoảng 12 tháng trở lại đây và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với mức độ đã chọn”.

Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi Trắc nghiệm AUDIT (**Phần phụ lục**).

Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

Lưu ý:

Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Quy ước: Tính tổng điểm của 10 câu hỏi (mỗi câu hỏi là 1 câu trả lời đúng nhất)

Cách tiến hành và đánh giá kết quả:

Nếu người được hỏi trả lời câu hỏi 1 là “không sử dụng rượu trong năm vừa qua”, người phỏng vấn có thể bỏ qua các câu hỏi, chuyển tiếp đến câu hỏi 9 và câu hỏi 10 để khai thác thông tin về các vấn đề sức khỏe đã gặp phải trong quá khứ do sử dụng rượu bia. Với câu hỏi 2, câu hỏi 3, nếu người được hỏi có điểm số bằng “0” thì người phỏng vấn có thể chuyển tiếp luôn đến câu hỏi 9 và câu hỏi 10 vì họ không sử dụng rượu bia quá giới hạn cho phép để có thể gây nguy hại đối với sức khỏe.

Tiến hành đánh giá mức độ sử dụng rượu của người bệnh bằng cách đối chiếu tổng điểm lên bảng tham chiếu mức độ sử dụng rượu

Bảng tham chiếu mức độ sử dụng rượu

AUDIT	Điểm đánh giá	Kết quả
Uống rượu, bia hợp lý, nguy cơ thấp	0 – 7	
Uống rượu, bia ở mức nguy cơ	8 – 15	
Uống rượu, bia ở mức có hại	16 – 19	
Nghiện hoặc lệ thuộc vào rượu, bia	≥ 20	

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babor T.F., Saunders, J.B., Monteiro M.G., Higgins-Biddle J.C. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care (second edition) Geneva. World Health Organization.
2. Bohn M.J., Babor T.F., Kranzler H.R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*. 56(4):43-432.
3. Sanne V., Jolien M.D., Jannet M. de Jonge, Claudia M. van der Heijde, Pêtr V., Rob H.L.M. Bovens, Michiel R. de Boer, Trynke H., Anton E.K., Reinout W.W., Mirte A.G. Kuipers (2020). The Use of the Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption as an Indicator of Hazardous Alcohol Use among University Students. *European Addiction Research*. 26:1-9.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SỬ DỤNG RƯỢU AUDIT

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nghề:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày điền phiếu

1. Xin cho biết mức độ uống rượu/bia của Anh/chị trong 12 tháng vừa qua? 0 chưa bao giờ (<i>chuyển sang câu 9 và 10</i>) 1 ít hơn 1 lần 1 tháng 2 2 đến 4 lần 1 tháng 3 2 đến 3 lần 1 tuần 4 4 hoặc trên 4 lần 1 tuần	6. Trong 12 tháng qua, có khi nào buổi sáng ngay sau khi thức dậy, Anh/chị cần phải uống ngay một cốc rượu/bia trước khi nghĩ đến việc khác không? 0 không bao giờ 1 ít hơn 1 lần một tháng 2 hàng tháng 3 hàng tuần 4 hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày
2. Trong một ngày có uống rượu/bia, Anh/chị thường uống bao nhiêu? (1 đơn vị là: 01 lon/chai bia, 01 cốc rượu vang 120ml hay 01 chén rượu mạnh 30ml) 0 1 đến 2 đơn vị 1 3 đến 4 đơn vị 2 5 đến 6 đơn vị 3 7 đến 9 đơn vị 4 10 hoặc nhiều hơn 10 đơn vị	7. Trong 12 tháng qua, Anh/chị có khi nào cảm thấy mắc lỗi hoặc áy náy/day dứt/lo lắng về việc uống rượu/bia của bản thân không? 0 không bao giờ 7. ít hơn 1 lần một tháng 8. hàng tháng 9. hàng tuần 4 hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày
3. Có khi nào trong một lần uống, Anh/chị uống hết 6 đơn vị rượu/bia hoặc nhiều hơn nữa không? 0 không bao giờ 1 ít hơn 1 lần một tháng 2 hàng tháng 3 hàng tuần 4 hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày <i>(Nếu câu hỏi 2 và câu hỏi 3 có số điểm</i>	8. Trong 12 tháng qua, Anh/chị có khi nào ở trong trạng thái sau khi uống rượu/bia không thể nhớ được chuyện gì đã xảy ra trước đó không? 0 không bao giờ 1 ít hơn 1 lần một tháng 2 hàng tháng 3 hàng tuần 4 hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày

đều bằng “0” thì chuyển tiếp đến câu hỏi 9 và câu hỏi 10)	
4.Trong 12 tháng qua có khi nào trong khi uống rượu/bia, Anh/chị nhận thấy không thể tự dừng uống được không? 0 không bao giờ 1 ít hơn 1 lần một tháng 2 hàng tháng 3 hàng tuần 4 hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	9.Từ trước đến nay, Anh/chị đã bao giờ bị thương do uống rượu/bia chưa? 0 chưa bao giờ 1 có nhưng không phải trong năm vừa qua 2 có trong năm vừa qua
5.Trong 12 tháng qua, có khi nào do uống rượu/bia mà Anh/chị không làm được những công việc đã dự định làm không? 0 không bao giờ 10. ít hơn 1 lần một tháng 11. hàng tháng 12. hàng tuần 4 hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	10.Từ trước đến nay, có người thân, bạn bè, bác sĩ hay CBYT nào lo ngại về việc sử dụng rượu/bia của Anh/chị và đề nghị Anh/chị giảm uống không? 0 chưa bao giờ 1 có nhưng không phải trong năm vừa qua 2 có trong năm vừa qua
Tổng điểm:	

35. TRẮC NGHIỆM HỘI CHỨNG CAI RƯỢU CIWA

1. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng cai rượu là biểu hiện đặc trưng của nghiện rượu, xuất hiện khi ngừng hoặc giảm đột ngột lượng rượu tiêu thụ.

Trắc nghiệm CIWA được phát triển bởi một nhóm tác giả bao gồm John T. Sullivan và cộng sự (Canada) cuối thập niên 1980.

Thang điểm CIWA là một công cụ đo lường cho phép các bác sĩ đánh giá mức độ nghiêm trọng của hội chứng cai rượu đồng thời theo dõi và điều trị hội chứng cai cho phù hợp. CIWA còn giúp chuẩn hóa quy trình điều trị, giảm thiểu việc sử dụng thuốc an thần quá mức và tối ưu hóa việc phục hồi của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các dấu hiệu rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu

Theo dõi quá trình điều trị

Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ y khoa/điều dưỡng đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ câu hỏi trắc nghiệm hội chứng cai rượu CIWA

Bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể

xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Hướng dẫn bệnh nhân trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá. Cho điểm từng mục theo phân loại:

1. Buồn nôn và nôn: Hỏi bệnh nhân "Bạn có cảm thấy khó chịu trong dạ dày? Bạn có bị nôn hay không?" → Cách cho điểm:

- 0: Không buồn nôn và không nôn
- 1: Bị buồn nôn nhẹ song không bị nôn
- 4: Tỉnh thoảng bị buồn nôn khi ho khan
- 7: Buồn nôn liên tục, thường xuyên ho khan và nôn

2. Run: Yêu cầu BN duỗi cánh tay và xòe các ngón tay, tiến hành quan sát. → Cách cho điểm:

- 0: Không run
- 1: Không nhìn thấy nhưng có cảm nhận được khi người khám chạm vào đầu ngón tay của bệnh nhân.
- 4: Run nhẹ khi bảo bệnh nhân duỗi cánh tay
- 7: Run nặng, ngay cả khi không duỗi cánh tay

3. Con vấ mồ hôi: Tiến hành quan sát → Cho điểm

- 0: Không thấy bệnh nhân bị vấ mồ hôi
- 1: Khó phát hiện, lòng bàn tay ẩm
- 4: Nhìn thấy rõ các giọt mồ hôi trên trán
- 7: Vấ mồ hôi như tắm

4. Tình trạng lo âu: Hỏi bệnh nhân "Bạn có thấy lo lắng, bồn chồn không?"
→ Cho điểm:

- 0: Không lo âu gì, cảm thấy thoải mái dễ chịu
- 1: Lo âu nhẹ
- 4: Lo âu vừa hay dè chừng nên có thể phỏng đoán là bệnh nhân có tình trạng lo âu
- 7: Tương ứng với tình trạng hoảng loạn cấp như được gặp trong tình trạng sang nặng hay phản ứng cấp dạng tâm thần phân liệt.

5. Tình trạng kích động: Tiến hành quan sát → Cho điểm

- 0: Hoạt động bình thường
- 1: Hơi tăng hơn so với bình thường
- 4: Bồn chồn và bất an mức độ vừa
- 7: Bước tới bước lui trong suốt cuộc phỏng vấn, hay liên tục có các động tác lơ bịch

6. Đau đầu, cảm giác khó chịu trong đầu: Hỏi bệnh nhân "Bạn có cảm thấy đầu mình có gì khác lạ không? Bạn có cảm thấy như có một đai quấn quanh đầu hay không?" → Cho điểm: (Lưu ý: Không cho điểm đối với tình trạng hoa mắt, choáng váng. Cần đánh giá mức độ nặng)

- 0: Không
- 1: Rất nhẹ
- 2: Nhẹ
- 3: Vừa
- 4: Khá nặng
- 5: Nặng
- 6: Rất nặng
- 7: Cực kỳ nặng

7. Rối loạn xúc giác: Hỏi bệnh nhân "Bạn có thấy ngứa, cảm giác kim châm, cảm giác nóng rát, tê bì hay kiến bò trong hay dưới da hay không?"

- 0: Không có

- 1: Ngứa rất nhẹ, cảm giác kim châm, bỏng rát hay tê bì rất nhẹ
- 2: Ngứa, kim châm, bỏng rát hay tê bì mức độ nhẹ
- 3: Ngứa, kim châm, bỏng rát hay tê bì mức độ vừa
- 4: Áo giác mức độ vừa
- 5: Áo giác mức độ nặng
- 6: Áo giác mức độ rất nặng
- 7: Áo giác liên tục

8. Rối loạn thính giác: Hỏi bệnh nhân "Bạn có nghe thấy các âm thanh ở xung quanh bạn không? Các âm thanh này có chói tai không? Các âm thanh có khiến bạn như bị đe dọa không? Bạn có nghe thấy âm thanh gì làm bạn khó chịu không? Bạn có nghe thấy âm thanh gì mà bạn biết rõ là nó không có thực?" → Cho điểm:

- 0: Không có
- 1: Âm thanh chói tai hay khiến người nghe sợ hãi ở mức độ rất nhẹ
- 2: Âm thanh chói tai hay có thể khiến người nghe sợ hãi ở mức độ nhẹ
- 3: Âm thanh chói tai hay có thể khiến người nghe sợ hãi ở mức độ vừa
- 4: Áo giác mức độ vừa
- 5: Áo giác mức độ nặng
- 6: Áo giác mức độ rất nặng
- 7: Áo giác liên tục

9. Rối loạn thị giác: Hỏi bệnh nhân "Bạn có thấy ánh đèn quá sáng không? Màu sắc có thay đổi không? Ánh đèn có làm bạn chói mắt không? Bạn có đang nhìn thấy gì gây khó chịu cho mắt của bạn không? Bạn có đang nhìn thấy gì mà bạn biết rõ là nó không có thực không?" → Cho điểm:

- 0: Không
- 1: Nhận cảm rất nhẹ
- 2: Nhận cảm nhẹ
- 3: Nhận cảm vừa
- 4: Áo giác mức độ nhẹ
- 5: Áo giác mức độ vừa
- 6: Áo giác mức độ nặng
- 7: Áo giác liên tục

10. Định hướng và sự mù mờ nhận cảm: Hỏi bệnh nhân "Hôm nay là ngày bao nhiêu? Bạn đang ở đâu? Bạn là ai?" → Cho điểm:

- 0: Định hướng được và có thể trả lời một loạt các câu hỏi
- 1: Không thể trả lời một loạt câu hỏi hoặc không xác định chính xác được ngày tháng
- 2: Không định hướng được ngày tháng nhưng mức sai số nhỏ hơn hai ngày
- 3: Không định hướng được ngày tháng với mức sai số lớn hơn hai ngày
- 4: Không định hướng được địa điểm và/hoặc bản thân

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Có 10 đề mục được tính điểm, cộng điểm các đề mục để lấy tổng số điểm

Kết luận, đánh giá dựa trên tổng điểm tính được:

<8 điểm: Nhẹ

8 - 15 điểm: Vừa

>15 điểm: Nặng

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CIWA-AR Assessment for Alcohol Withdrawal. *American Addiction Centers*. Mar 10, 2022
2. <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/ciwa-ar-alcohol-assessment>
3. Đánh giá lâm sàng mức độ hội chứng cai rượu CIWA-AR. *MSD Manual*. Phiên bản dành cho chuyên gia.
4. <https://www.msdmanuals.com/vi-vn/>

PHỤ LỤC
THANG ĐÁNH GIÁ HỘI CHỨNG CAI RƯỢU CIWA

STT	Triệu chứng	Điểm	
1	<i>Buồn nôn và nôn</i>	0	Không buồn nôn và không nôn
		1	Buồn nôn nhẹ song không nôn
		4	Thỉnh thoảng bị buồn nôn khi ho khan
		7	Buồn nôn liên tục, thường xuyên ho khan và nôn
2	<i>Run</i>	0	Không run
		1	Không nhìn thấy nhưng có cảm nhận được khi người khám chạm vào đầu ngón tay bệnh nhân
		4	Run nhẹ khi bảo bệnh nhân duỗi cánh tay
		7	Run nặng, ngay cả khi không duỗi cánh tay
3	<i>Vã mồ hôi</i>	0	Không thấy bệnh nhân vã mồ hôi
		1	Khó phát hiện, lòng bàn tay ẩm
		4	Nhìn thấy rõ các giọt mồ hôi trên trán
		7	Vã mồ hôi như tắm
4	<i>Tình trạng lo âu</i>	0	Không lo âu, cảm thấy thoải mái dễ chịu
		1	Lo âu nhẹ
		4	Lo âu vừa, hay dè chừng nên có thể phỏng đoán bệnh nhân có tình trạng lo âu
		7	Tương ứng tình trạng hoảng loạn cấp gặp trong sáng nặng hay phản ứng cấp dạng tâm thần phân liệt
5	<i>Tình trạng kích động</i>	0	Hoạt động bình thường
		1	Hơi tăng so với bình thường
		4	Bồn chồn bất an mức độ vừa
		7	Bước tới bước lui, hay liên tục có các động tác bất thường
6	<i>Đau đầu, cảm giác khó chịu trong đầu</i>	0	Không
		1	Rất nhẹ

		2	Nhẹ
		3	Vừa
		4	Khá nặng
		5	Nặng
		6	Rất nặng
		7	Cực kỳ nặng
7	<i>Rối loạn xúc giác</i>	0	Không có
		1	Ngứa rất nhẹ, cảm giác kim châm, bỏng rát hay tê bì rất nhẹ
		2	Ngứa, kim châm, bỏng rát hay tê bì mức độ nhẹ
		3	Ngứa, kim châm, bỏng rát hay tê bì mức độ vừa
		4	Ảo giác mức độ vừa
		5	Ảo giác mức độ nặng
		6	Ảo giác mức độ rất nặng
		7	Ảo giác liên tục
8	<i>Rối loạn thính giác</i>	0	Không có
		1	Âm thanh chói tai hay khiến người nghe sợ hãi ở mức độ rất nhẹ
		2	Âm thanh chói tai hay có thể khiến người nghe sợ hãi ở mức độ nhẹ
		3	Âm thanh chói tai hay có thể khiến người nghe sợ hãi ở mức độ vừa
		4	Ảo giác mức độ vừa
		5	Ảo giác mức độ nặng
		6	Ảo giác mức độ rất nặng
		7	Ảo giác liên tục
9	<i>Rối loạn thị giác</i>	0	Không
		1	Nhận cảm rất nhẹ
		2	Nhận cảm nhẹ
		3	Nhận cảm vừa

		4	Ảo giác mức độ nhẹ	
		5	Ảo giác mức độ vừa	
		6	Ảo giác mức độ nặng	
		7	Ảo giác liên tục	
10	Định hướng và sự mù mờ nhận cảm	0	Định hướng được và có thể trả lời một loạt các câu hỏi	
		1	Không thể trả lời một loạt câu hỏi hoặc không xác định chính xác được ngày tháng	
		2	Không định hướng được ngày tháng nhưng mức sai số nhỏ hơn hai ngày	
		3	Không định hướng được ngày tháng với mức sai số lớn hơn hai ngày	
		4	Không định hướng được địa điểm và/hoặc bản thân	
Tổng điểm				
Kết luận		Nhẹ <8 điểm	Vừa 8 - 15 điểm	Nặng >15 điểm

36. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ NGHIỆN HIMMELBACH

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm mức độ nghiện Himmelbach (Himmelbach Withdrawal Scale) do tác giả CK. Himmelbach (Mỹ) xây dựng và phát triển vào giữa thập niên 1930 nhằm định lượng mức độ nghiện và hội chứng cai nghiện, đặc biệt là các chất gây nghiện như morphine và heroin.

Thang trắc nghiệm mức độ nghiện Hemmilbach là một công cụ để đánh giá 12 dấu hiệu hoặc triệu chứng cai nghiện chất dạng thuốc phiện phổ biến. Điểm tổng hợp của 12 mục có thể được sử dụng để đánh giá mức độ phụ thuộc thuốc phiện của một bệnh nhân và để đưa ra suy luận về mức độ phụ thuộc thực thể của họ vào chất dạng thuốc phiện. Với việc ngày càng sử dụng opioid để điều trị đau và sự sẵn có của buprenorphine ngậm dưới lưỡi để điều trị nghiện opioid, đánh giá lâm sàng về mức độ nghiện opioid đã nhận được sự quan tâm mới.

2. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá mức độ nghiện ở người bệnh nghiện các chất dạng thuốc phiện.

Đánh giá người bệnh trong và sau điều trị.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/ nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Trắc nghiệm mức độ nghiện Hemmilbach, bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

15-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Quan sát đánh giá tình trạng bệnh nhân

Thực hiện đánh giá người bệnh theo thang điểm Hemmilbach

STT	Triệu chứng	Điểm
1	Ngáp	1
2	Chảy nước mắt, nước mũi	1
3	Tăng thân nhiệt	1
4	Toát mồ hôi, ớn lạnh, nổi da gà	2
5	Thèm chất ma túy	2
6	Đau mỏi các khớp, co cứng cơ bụng	2
7	Mất ngủ	2
8	Ỉa chảy	2
9	Mạch nhanh (> 90 CK/ phút)	2
10	Buồn nôn, nôn	3
11	Dị cảm (dòi bò trong xương)	3
12	Dẫn đông tử	3
Tổng số điểm		24

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Dựa vào số điểm, phân chia 3 mức độ nghiện ma túy:

- Nghiện nhẹ : <8 điểm.
- Nghiện trung bình : 8 - 16 điểm.
- Nghiện nặng : >16 điểm.

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nuamah, J. K., Sasangohar, F., Erranguntla, M., & Mehta, R. K. (2019). The past, present and future of opioid withdrawal assessment: a scoping review of scales and technologies. BMC Medical Informatics and Decision Making, 19(1). doi:10.1186/s12911-019-0834-8
2. Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). Journal of Psychoactive Drugs, 35(2), 253–259. doi:10.1080/02791072.2003.10400007
3. Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J., Ness, R., Rubinstein, K. J., & Kanof, P. D. (1987). Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3), 293–308. doi:10.3109/00952998709001515

37. TRẮC NGHIỆM PANSS

1. ĐẠI CƯƠNG

Thang Hội chứng Dương tính và Âm tính (PANSS) là một thang đánh giá được sử dụng trong đo lường các triệu chứng của bệnh nhân Tâm thần phân liệt. Thang PANSS được xuất bản lần đầu tiên năm 1987 bởi Stanley Kay và cộng sự, và ban đầu được cải biên từ hai thang đánh giá tâm thần là Thang Đánh giá Tâm thần Rút gọn – BPRS (Overall & Groham, 1962) và Bảng Đánh giá tâm lý bệnh (Singh & Kay, 1975). Thang được phát triển và chuẩn hóa để đánh giá về thể loại và các khía cạnh của hiện tượng tâm thần phân liệt.

Thang PANSS có 30 đề mục, mỗi đề mục được đánh giá theo 7 mức và được cho điểm từ 1 đến 7 để đánh giá các triệu chứng Dương tính, Âm tính và nhiều triệu chứng khác dựa trên một sự phỏng vấn lâm sàng bán cấu trúc chính thức và các nguồn tin khác. PANSS giúp đánh giá ở các thang Dương tính, Âm tính, Kết hợp và Tâm lý bệnh chung. Người đánh giá là bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng thực hiện phỏng vấn sâu và cho điểm theo các mức độ ở trên. Đánh giá dựa trên các kinh nghiệm lâm sàng từ việc phỏng vấn người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên chăm sóc, từ việc quan sát hành vi và biểu hiện phi ngôn ngữ và từ các nguồn tin khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh rối loạn tâm thần có biểu hiện các triệu chứng âm tính, dương tính

Theo dõi quá trình điều trị

Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư (được sử dụng trực tiếp, không bao gồm vật tư hành chính giấy, bút...)

Sách phỏng vấn lâm sàng cấu trúc dành cho PANSS (SCI – PANSS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

45-75p phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

Trong giai đoạn kể của cuộc phỏng vấn, thông tin chuyên biệt hơn thu được về các triệu chứng bao gồm: lo âu, hoang tưởng, nội dung tư duy khác thường, đa nghi/ ý tưởng bị hại, thu rút xã hội, thụ động/vô cảm, tránh né xã hội, chủ động, kiểm soát xung động kém, hành vi ảo giác và các hoang tưởng kết hợp, các quan tâm cơ thể, trầm cảm, cảm giác tội lỗi và tự cao, rối loạn định hướng lực, tư duy trừu tượng khó khăn, khả năng phán đoán và tự nhận thức. Mục đích của phần này là đánh giá những triệu chứng phát sinh do chính bệnh nhân báo cáo. Do đó, người phỏng vấn trước hết phải xác định sự hiện diện của các triệu chứng và sau đó là mức độ nặng nhẹ của chúng dựa trên sự nổi bật của các biểu

hiện bất thường, tần số xuất hiện và ảnh hưởng của chúng trong hoạt động hàng ngày.

Sau khi đã thu được tất cả thông tin cần thiết, người phỏng vấn sẽ dùng biểu mẫu Quik Score để đánh giá những quan sát đã ghi nhận được trên SCI – Panss.

Sau đó cuộc phỏng vấn sẽ chuyển qua quan sát các biểu hiện cơ thể (như: căng thẳng, kiểu cách và tư thế, kích động, sự cùn mòn cảm xúc), hành vi đối với người khác (như: quan hệ kém, không hợp tác, thù ghét, chú ý kém), các quá trình nhận thức – ngôn ngữ (như: tan rã các khái niệm, tư duy định hình, mất tính tự phát và sự trôi chảy của lời nói), nội dung tư duy (như: tự cao, quan tâm cơ thể, cảm giác tội lỗi, các hoang tưởng) và trả lời với bảng câu hỏi cấu trúc sẵn (như: rối loạn định hướng lực, lo âu, trầm cảm, khó khăn về tư duy trừu tượng).

Khi đánh giá, đầu tiên phải xem xét là đề mục đó có thể hiện diện không, bằng cách dựa vào định nghĩa trong sách phỏng vấn lâm sàng cấu trúc dành cho PANSS (SCI – PANSS).

Nếu đề mục không có thì cho điểm 1; nếu có hiện diện thì phải xác định mức độ nặng nhẹ bằng cách tham khảo các tiêu chuẩn riêng cho các điểm số. Điểm đánh giá cao nhất luôn luôn được dùng khi bệnh nhân cũng đáp ứng tiêu chuẩn của các đánh giá thấp hơn. Khi đánh giá mức độ nặng nhẹ, người đánh giá phải sử dụng một quan điểm toàn diện trong việc quyết định điểm số nào phù hợp nhất với bệnh nhân và đánh giá theo đó, dù cho tất cả các yếu tố của sự mô tả có được quan sát thấy hay không.

Các điểm số từ 2 đến 7 tương ứng với các mức độ tăng dần về độ nặng của triệu chứng, nói chung:

Điểm số 2 (tối thiểu) để chỉ một bệnh lý chưa rõ ràng, còn nghi vấn và cũng có thể là phần tận cùng của khoảng bình thường.

Điểm số 3 (nhẹ) khi triệu chứng rõ ràng hiện diện nhưng không nổi bật lắm và ảnh hưởng ít đến hoạt động hàng ngày.

Điểm số 4 (trung bình) khi triệu chứng biểu hiện 1 vấn đề quan trọng nhưng chỉ xảy ra đôi khi hoặc chỉ ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày ở mức vừa phải.

Điểm số 5 (trung bình/ nặng) chỉ các biểu hiện rõ rệt, gây ảnh hưởng rõ ràng trên hoạt động của bệnh nhân nhưng không chi phối hoàn toàn và đôi khi có thể kiểm soát được theo ý muốn

Điểm số 6 (nặng) thể hiện một bệnh lý rõ, hiện diện rất thường xuyên, ảnh hưởng nặng nề đến đời sống bệnh nhân và thường cần đến sự giám hộ trực tiếp.

Điểm số 7 (rất nặng) liên quan đến mức độ nghiêm trọng nhất của tâm lý bệnh, các biểu hiện ảnh hưởng nặng nề đến hầu hết hoặc toàn bộ các chức năng chính của đời sống, cần có sự giám hộ chặt chẽ và trợ giúp trong nhiều lĩnh vực.

Kết hợp hỏi chuyện người nhà người bệnh (nếu có), nhân viên y tế và các nguồn tin khác để có thêm thông tin.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

Cộng điểm các đề mục theo từng nhóm:

Nhóm triệu chứng dương tính: 7 đề mục, điểm tối thiểu = 7, tối đa = 49

Nhóm triệu chứng âm tính: 7 đề mục, điểm tối thiểu = 7, tối đa = 49

Thang bệnh học chung: 16 đề mục, điểm tối thiểu = 16, tối đa = 112

Ngoài ra còn có thang kết hợp được tính điểm bằng cách lấy thang Dương tính trừ đi thang Âm tính. Điều này sẽ cho một chỉ số lưỡng cực từ -42 đến +42, sự khác biệt điểm số phản ánh mức độ ưu thế của hội chứng này so với hội chứng kia.

3 đề mục bổ sung được dùng khi bác sĩ lâm sàng muốn đánh giá nguy cơ gây hấn.

Thang đánh giá	Điểm đề mục	Điểm tổng
Nhóm triệu chứng dương tính		
P1 Hoang tưởng		
P2 Sự tan rã các ý niệm		
P3 Hành vi ảo giác		
P4 Kích động		
P5 Ý tưởng tự cao		
P6 Đa nghi / ý tưởng bị ám hại		
P7 Sự thù ghét		
Nhóm triệu chứng âm tính		
N1 Cảm xúc cùn mòn		
N2 Thu rút cảm xúc		
N3 Quan hệ kém		
N4 Thu rút xã hội, thụ động/ vô cảm		
N5 Tư duy trừu tượng khó khăn		
N6 Mất tính tự phát và trôi chảy của lời nói		

N7 Tư duy định hình		
Thang tâm bệnh chung		
G1 Sự quan tâm cơ thể		
G2 Lo âu		
G3 Cảm giác tội lỗi		
G4 Căng thẳng		
G5 Điều bộ và tư thế		
G6 Trầm cảm		
G7 Vận động chậm chạp		
G8 Không hợp tác		
G9 Nội dung tư duy khác thường		
G10 Rối loạn định hướng		
G11 Chú ý kém		
G12 Mất khả năng phán đoán và tự nhận thức		
G13 Rối loạn ý thức		
G14 Khó kiểm soát xung động		
G15 Bận tâm		
G16 Tránh né xã hội tích cực		
Thang bổ sung		
S1 Giận dữ		
S2 Bực tức khi sự thỏa mãn các đòi hỏi bị chậm trễ		
S3 Cảm xúc không ổn định		

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biện chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kay, S. R. (1990). Positive - Negative Syndromes Assessment in Schizophrenia: Psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Quantity*, 61, 163-178.
2. Kay, S.R. (1991). *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: Assessment and Research*. New York: Brunner/Mazel.

PHỤ LỤC THANG ĐÁNH GIÁ PANSS

Thang dương tính (P)

P1. Hoang tưởng:

Tin tưởng không có cơ sở, không có thực bà khác thường của riêng bệnh nhân.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy thể hiện qua cuộc phỏng vấn và những ảnh hưởng của nó đến các quan hệ xã hội và hành vi được các nhân viên săn sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình báo cáo lại.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng.
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường.
3	Nhẹ	Hiện diện 1 hoặc 2 hoang tưởng nhưng còn mơ hồ chưa rõ ràng và không dai dẳng. Hoang tưởng không ảnh hưởng đến tư duy, quan hệ xã hội hoặc hành vi.
4	Trung bình	Hiện diện các hoang tưởng không ổn định, nội dung nghèo nàn hay thay đổi hoặc một vài hoang tưởng có nội dung rõ ràng, đôi lúc ảnh hưởng đến tư duy, quan hệ xã hội hoặc hành vi.
5	Trung bình nặng	Hiện diện nhiều hoang tưởng có nội dung rõ, dai dẳng và thỉnh thoảng ảnh hưởng đến tư duy, quan hệ xã hội và hành vi
6	Nặng	Hiện diện nhiều hoang tưởng bền vững, rõ ràng, có thể có hệ thống dai dẳng và ảnh hưởng rõ rệt đến tư duy, quan hệ xã hội và hành vi.
7	Cực nặng	Hiện diện các hoang tưởng bền vững hoặc rất có hệ thống, rất phong phú và chi phối nhiều mặt chủ yếu trong đời sống bệnh nhân. Điều này thường đến đến hành vi không phù hợp và vô trách nhiệm và còn có thể đe dọa đến dự an toàn của bệnh nhân cũng như những người xung quanh.

P2. Sự tan rã các ý niệm:

Tan rã quá trình tư duy đặc trưng bởi sự gián đoạn tiến trình hướng tới mục đích. Ví dụ: tư duy lai nhai, vòng vo, liên tưởng lỏng lẻo, không logic rõ rệt hoặc tư duy đứt quãng.

Cơ sở để cho điểm: các quá trình nhận thức ngôn ngữ được nhận thấy qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường

3	Nhẹ	Tư duy lai nhai, vòng vo hoặc thiếu logic. Gặp khó khăn trong việc hướng suy nghĩ theo một mục đích nào đó và có liên tưởng lỏng lẻo có thể lộ rõ dưới áp lực.
4	Trung bình	Có khả năng tập trung các suy nghĩ trong các cuộc giao tiếp ngắn và có cấu trúc nhưng trở nên lỏng lẻo hay không phù hợp khi gặp phải các giao tiếp phức tạp hơn hoặc khi có áp lực tối thiểu.
5	Trung bình nặng	Thường gặp khó khăn trong việc tổ chức các suy nghĩ thể hiện qua việc tư duy thường không liên quan, thiếu mạch lạc hoặc liên tưởng lỏng lẻo ngay cả khi không có một áp lực nào cả.
6	Nặng	Tư duy thường lạc đề một cách nghiêm trọng và không thống nhất đưa đến sự không phù hợp rõ rệt và đứt quãng của quá trình tư duy xảy ra gần như thường xuyên.
7	Cực nặng	Tư duy bị đứt quãng đến mức tư duy bệnh nhân trở nên không liên quan. Có sự lỏng lẻo ngay cả khi không có một áp lực nào.

P3. Hành vi ảo giác

Ngôn ngữ hoặc hành vi cho thấy các tri giác không do các kích thích bên ngoài khởi động. Các tri giác này có thể thuộc lĩnh vực thính giác, thị giác, khứu giác hoặc bản thể.

Cơ sở để cho điểm: các biểu hiện ngôn ngữ và cơ thể trong lúc phỏng vấn cũng như các ghi nhận về hành vi do nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà cung cấp.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	1 đến 2 ảo giác có nội dung rõ ràng nhưng không thường xuyên hoặc một số tri giác bất thường mơ hồ nhưng không gây lệch lạc về tư duy hoặc hành vi.
4	Trung bình	Ảo giác xuất hiện thường xuyên nhưng không liên tục và tư duy cùng hành vi của người bệnh chỉ bị ảnh hưởng ở mức độ nhẹ.
5	Trung bình nặng	Ảo giác thường xuyên, có thể liên quan đến nhiều hơn một loại giác quan và có xu hướng làm biến đổi tư duy và/hoặc làm gián đoạn hành vi từ các ảo giác này. Bệnh nhân có thể có hoang tưởng thứ phát và thỉnh thoảng có đáp ứng với chúng bằng cảm xúc và ngôn ngữ.
6	Nặng	Ảo giác hiện diện hầu như liên tục làm gián đoạn rõ rệt đến tư

		duy cùng hành vi. Bệnh nhân tiếp nhận các ảo giác này như các tri giác có thực và hoạt động bị cản trở bởi các đáp ứng cảm xúc và ngôn ngữ thường xuyên với các ảo giác này.
7	Cực nặng	Bệnh nhân hầu như hoàn toàn bận tâm với ảo giác và chúng chi phối rõ rệt tư duy cùng hành vi. Ảo giác gây nên các hoang tưởng cứng nhắc và các đáp ứng về ngôn ngữ cũng như hành vi bao gồm việc tuân theo các ảo thanh mệnh lệnh.

P4. Kích động

Sự gia tăng hoạt động phản ánh quá trình gia tăng hành vi, đáp ứng cao độ với các kích thích quá thận trọng hoặc cảm xúc rất không ổn định.

Cơ sở để cho điểm: biểu hiện của hành vi qua cuộc phỏng vấn cùng các ghi nhận của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có khuynh hướng hơi bứt rứt nhẹ, tăng cảnh giác hoặc hơi quá thận trọng hoặc có vẻ quá cảnh tỉnh trong suốt cuộc phỏng vấn nhưng không có các cơn kích động rõ ràng hoặc cảm xúc không ổn định rõ rệt. Có thể ngôn ngữ hơi dồn dập.
4	Trung bình	Bứt rứt và quá cảnh giác thể hiện rõ qua cuộc phỏng vấn, ảnh hưởng đến ngôn ngữ và vận động chung hoặc có những cơn bùng nổ xuất hiện lẻ tẻ.
5	Trung bình nặng	Sự tăng hoạt động đánh kẻ hoặc các cơn hoạt động vận động thường xuyên được nhận thấy, nó làm người bệnh khó có thể ngồi lâu quá vài phút vào bất cứ thời điểm nào.
6	Nặng	Kích động nổi bật qua quá trình phỏng vấn, chú ý suy giảm và phần nào ảnh hưởng một số hoạt động cá nhân như ăn và ngủ.
7	Cực nặng	Kích động mãnh liệt ảnh hưởng nghiêm trọng đến ăn và ngủ và làm cho quá trình giao tiếp không thể thực hiện. Gia tăng về ngôn ngữ và hoạt động vận động có thể đưa đến tư duy không liên quan và suy kiệt cơ thể.

P5. Tự cao

Cường điệu các quan điểm của mình và sự tin tưởng phi lý về khả năng siêu việt bao gồm các hoang tưởng về khả năng khác thường, giàu có, hiểu biết, danh tiếng, quyền lực, đạo đức.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy thể hiện qua cuộc phỏng vấn và các ảnh hưởng trên hành vi được ghi nhận bởi nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Một vài sự khoa trương hoặc khoác lác được ghi nhận nhưng không thấy có hoang tưởng tự cao rõ rệt.
4	Trung bình	Cảm thấy một cách rõ rệt hơn người khác. Một vài hoang tưởng có nội dung chưa rõ về địa vị hoặc các khả năng đặc biệt có thể hiện diện nhưng không ảnh hưởng đến hành vi.
5	Trung bình nặng	Các hoang tưởng rõ rệt với các chủ đề như khả năng, địa vị, quyền lực ảnh hưởng đến thái độ nhưng không ảnh hưởng đến hành vi
6	Nặng	Hoang tưởng tự cao rõ rệt trên ít nhất là hai lĩnh vực như giàu có, sự hiểu biết, danh tiếng... Nó ảnh hưởng đến giao tiếp và hành vi.
7	Cực nặng	Tư duy, giao tiếp và hành vi bị chi phối bởi nhiều hoang tưởng về khả năng đặc biệt, giàu có, hiểu biết, danh tiếng, quyền lực và/hoặc đạo đức với nội dung có thể rất kỳ lạ.

P6. Đa nghi, ý tưởng bị ám hại

Các ý nghĩ bị ám hại không có thực hoặc phóng đại phản ánh qua sự thận trọng, thái độ ngờ vực, tăng cảnh giác, đa nghi hoặc hoang tưởng rõ ràng cho rằng người khác muốn hại mình.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy thể hiện qua cuộc phỏng vấn và các ảnh hưởng của nó đến hành vi được nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà báo cáo lại.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có thái độ thận trọng hoặc ngay cả có thái độ ngờ vực rõ ràng, nhưng tư duy, giao tiếp và hành vi chỉ bị ảnh hưởng tối thiểu.
4	Trung bình	Ngờ vực rõ rệt thể hiện qua cuộc phỏng vấn và/hoặc hành vi nhưng không có hoang tưởng bị hại. Hoặc có thể có các hoang tưởng bị hại hình thành một cách lỏng lẻo nhưng không ảnh hưởng đến thái độ cũng như quan hệ với mọi

		người của người bệnh.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân tỏ ra ngờ vực rõ rệt đưa đến sự gián đoạn trong quan hệ với mọi người hoặc có các hoang tưởng bị hại rõ rệt có ảnh hưởng trên việc giao tiếp và hành vi.
6	Nặng	Các hoang tưởng bị hại rõ ràng có thể có hệ thống và ảnh hưởng rõ rệt trong quan hệ với mọi người.
7	Cực nặng	Một mạng lưới các hoang tưởng có hệ thống chi phối tư duy, quan hệ xã hội và hành vi của người bệnh.

P7. Sự thù ghét

Các biểu hiện ngôn ngữ và không ngôn ngữ của sự giận dữ và tức giận bao gồm sự châm chọc, các hành vi gây hấn thụ động, chửi bới và hành hung.

Cơ sở để cho điểm: các hành vi giao tiếp quan sát được qua cuộc phỏng vấn và các báo cáo của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghĩ ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự giận dữ, được biểu hiện gián tiếp hoặc được kiềm chế qua các biểu hiện như châm chọc, thiếu tôn trọng, các biểu hiện căm ghét và thỉnh thoảng tỏ ra dễ bị tức.
4	Trung bình	Thể hiện thái độ thù ghét rõ rệt qua việc thường xuyên bực tức và các biểu hiện trực tiếp của sự giận dữ hay sự tức giận.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân bực tức cao độ và thỉnh thoảng lại chửi bới hoặc hăm dọa.
6	Nặng	Sự không hợp tác và chửi bới hoặc hăm dọa ảnh hưởng rõ rệt đến cuộc phỏng vấn và gây trở ngại nghiêm trọng đến các quan hệ xã hội. Bệnh nhân có thể hung hăng hoặc phá phách nhưng không dùng vũ lực tấn công người khác.
7	Cực nặng	Sự giận dữ rõ rệt đưa đến sự không hợp tác hoàn toàn, cản trở, các quan hệ khác hoặc đang trong cơn tấn công người khác.

Thang âm tính (N)

N1. Cảm xúc cùn mòn

Giảm các đáp ứng của cảm xúc đặc trưng bởi việc giảm các biểu hiện ở nét mặt, các thay đổi của cảm xúc và các cử chỉ giao tiếp.

Cơ sở để cho điểm: quan sát các biểu hiện cơ thể của trương lực cảm xúc và đáp ứng cảm xúc qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Các thay đổi trên nét mặt và cử chỉ giao tiếp dường như cứng nhắc, gượng gạo, giả tạo hoặc thiếu sự phù hợp.
4	Trung bình	Giảm biểu hiện qua nét mặt và ít cử chỉ biểu lộ hình thành một bề ngoài tẻ nhạt.
5	Trung bình nặng	Cảm xúc thường “phẳng lặng” chỉ thỉnh thoảng mới có thay đổi trên nét mặt và một sự hiếm hoi các cử chỉ giao tiếp.
6	Nặng	Cảm xúc phẳng lặng rõ rệt và thiếu hẳn cảm xúc được biểu lộ kéo dài gần như mọi lúc. Bệnh nhân có thể có các cơn cảm xúc không phù hợp như kích động, giận dữ, cười sặc sụa không kiểm soát được.
7	Cực nặng	Các thay đổi ở nét mặt cũng như các cử chỉ giao tiếp gần như mất hẳn. Bệnh nhân dường như luôn luôn trơ như gỗ đá.

N2. Thu rút tình cảm

Mất hứng thú hoặc biểu lộ tình cảm trong các sự kiện của cuộc sống.

Cơ sở để cho điểm: ghi nhận các hoạt động được báo cáo bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà và các hành vi giao tiếp với người khác được quan sát qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Thường mất sáng kiến và đôi khi biểu hiện sự ít hứng thú đối với các sự kiện xung quanh.
4	Trung bình	Bệnh nhân thường tỏ ra thờ ơ với xung quanh cùng các thử thách của nó nhưng với sự khích lệ người bệnh có thể tham gia vào.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân thờ ơ rõ rệt với mọi người và mọi sự việc trong môi trường sống, chống lại mọi nỗ lực đưa bệnh nhân tham gia vào. Người bệnh tỏ ra xa cách, thụ động, không mục đích nhưng có thể giao tiếp trong một thời gian ngắn, có xu hướng thiên về các nhu cầu cá nhân và cần đến sự giúp đỡ.
6	Nặng	Sự giảm hứng thú và biểu hiện tình cảm rõ rệt đưa đến hạn

		chế tiếp xúc với người khác và thường xuyên lơ là các sinh hoạt cá nhân do đó bệnh nhân cần có sự giám hộ.
7	Cực nặng	Bệnh nhân hoàn toàn bị thu rút, không giao tiếp và thờ ơ với những nhu cầu cá nhân so sự mất hứng thú cũng như biểu lộ tình cảm nặng nề.

N3. Quan hệ kém

Mất sự đồng cảm với mọi người, sự cởi mở trong giao tiếp cũng như cảm xúc gần gũi, sự hứng thú hoặc quan tâm đến người phỏng vấn. Điều này được thể hiện qua sự xa cách với mọi người, các giao tiếp bằng ngôn ngữ và không ngôn ngữ.

Cơ sở để cho điểm: các hành vi giao tiếp với người khác qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự giao tiếp đặc trưng bởi tính chất không tự nhiên, gượng gạo hoặc giả tạo, thiếu hẳn chiều sâu tình cảm, hoặc có xu hướng hoạt động độc lập.
4	Trung bình	Bệnh nhân thể hiện sự cô độc, xa cách với mọi người. Bệnh nhân có thể trả lời các câu hỏi một cách máy móc, hoạt động một cách uể oải hoặc thể hiện sự không hứng thú.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân tỏ ra thờ ơ rõ rệt với mọi thứ gây cản trở đến tiến trình phỏng vấn. Bệnh nhân có khuynh hướng tránh sự tiếp xúc bằng ánh mắt hay nét mặt.
6	Nặng	Bệnh nhân tỏ ra rất thờ ơ với sự xa cách rõ rệt với mọi người, trả lời miễn cưỡng và ít có sự tham gia của các biểu hiện không ngôn ngữ, thường tránh tiếp xúc bằng mắt cũng như qua nét mặt.
7	Cực nặng	Bệnh nhân gần như không giao tiếp với người phỏng vấn. Bệnh nhân dường như vô cảm hoàn toàn và luôn luôn tránh né các giao tiếp bằng ngôn ngữ và không ngôn ngữ trong lúc phỏng vấn.

N4. Thu rút xã hội/ thụ động vô cảm

Giảm sự hứng thú và sáng kiến trong các quan hệ xã hội do thụ động, vô cảm, mất năng lực và mất ý chí, đưa đến việc giảm trong giao tiếp và thờ ơ đối với các sinh hoạt hàng ngày.

Cơ sở để cho điểm: các ghi nhận về hành vi xã hội từ các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Đôi khi có hứng thú trong các hoạt động xã hội nhưng ít sáng kiến. Thường chỉ giao tiếp với người khác khi những người này chủ động trước.
4	Trung bình	Tham gia thụ động với các hoạt động xã hội nhưng không thích thú hoặc máy móc, có xu hướng rút lui trở lại tình trạng cũ.
5	Trung bình nặng	Tham gia một cách thụ động vào chỉ một số ít các hoạt động, không có hứng thú hoặc sáng kiến, thường rất ít giao du với mọi người.
6	Nặng	Có xu hướng vô cảm và tách biệt, hiếm khi tham gia các hoạt động xã hội, thỉnh thoảng lại tỏ ra dửng dưng với mọi người, ít khi có các tiếp xúc xã hội tự phát.
7	Cực nặng	Vô cảm nặng, tách biệt khỏi xã hội, không quan tâm đến bản thân.

N5. Tư duy trừu tượng khó khăn

Gặp trở ngại trong việc sử dụng các hình thức tượng trưng, biểu tượng của tư duy thể hiện với khó khăn trong việc phân loại, tổng quát hóa, và tiến trình vượt quá tư duy cụ thể trong việc giải quyết các vấn đề.

Cơ sở để cho điểm: trả lời dựa trên các câu hỏi về sự tương đồng và giải thích các câu tục ngữ và sử dụng các hình thức cụ thể so với trừu tượng trong cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có khuynh hướng giải thích được nghĩa đen với những câu tục ngữ khó hơn và có thể có khó khăn khi sử dụng các khái niệm khá trừu tượng hoặc có mối liên hệ xa xôi.
4	Trung bình	Thường sử dụng các hình thức cụ thể, gặp khó khăn với hầu hết các câu tục ngữ và một vài phạm trù. Có khuynh hướng nhầm lẫn các khía cạnh thực tiễn và những nét nổi bật.
5	Trung bình	Tư duy cụ thể là chủ yếu, gặp khó khăn với hầu hết các câu

	nặng	tục ngữ và một vài phạm trù.
6	Nặng	Không hiểu được nghĩa trừu tượng các câu tục ngữ hoặc các điển đạt bóng gió và có thể có phân loại dựa trên sự tương đồng đơn giản nhất. Tư duy hoặc nghèo nàn hoặc gắn chặt vào các khía cạnh thực tiễn hoặc những nét nổi bật, và có những diễn giải chỉ có ở riêng bệnh nhân.
7	Cực nặng	Chỉ có thể sử dụng tư duy cụ thể, không hiểu các câu tục ngữ, các ẩn dụ thông thường hoặc so sánh thông thường và các phạm trù đơn giản. Các thuộc tính thực tiễn và nổi bật không được sử dụng làm cơ sở cho việc phân loại. Đánh giá này có thể được áp dụng cho những bệnh nhân không thể tiếp xúc ngay cả tối thiểu với người khám do rối loạn nhận thức rõ rệt.

N6. Mất sự tự phát và trôi chảy của lời nói

Giảm sự trôi chảy bình thường trong giao tiếp kết hợp với vô cảm, mất ý chí, thái độ tự vệ hoặc thiếu sót nhận thức, biểu hiện bởi sự giảm trôi chảy và phong phú của quá trình giao tiếp bằng lời nói.

Cơ sở để cho điểm: quá trình nhận thức ngôn ngữ được nhận thấy qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Ít gọi chuyện trong lúc tiếp xúc, các câu trả lời của bệnh nhân thường ngắn gọn và thiếu sinh động, cần có những câu hỏi trực tiếp hoặc hướng dẫn bởi người phỏng vấn.
4	Trung bình	Trò chuyện thiếu trôi chảy, ngập ngừng hay lưỡng lự, thường cần những câu hỏi hướng dẫn để tạo ra những câu trả lời phù hợp và tiếp tục câu chuyện.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân thiếu rõ rệt tính tự phát và cởi mở. Trả lời các câu hỏi của người phỏng vấn với chỉ 1 hoặc 2 câu ngắn.
6	Nặng	Các câu trả lời của bệnh nhân chỉ giới hạn trong vài từ hoặc vài cụm từ ngắn nhằm tránh né hoặc cắt ngắn sự giao tiếp. Ví dụ “Tôi không biết”, “tôi không được quyền nói”. Do đó cuộc tiếp xúc bị rối loạn nghiêm trọng và cuộc phỏng vấn hết sức nghèo nàn.
7	Cực nặng	Ngôn ngữ bị giới hạn đến mức thỉnh thoảng chỉ thốt ra vài tiếng làm cho cuộc phỏng vấn không thể tiến hành.

N7. Tư duy định hình

Giảm sự lưu loát, sự tự phát và mềm dẻo của tư duy thể hiện bằng một nội dung tư duy cứng nhắc, lặp đi lặp lại hoặc nghèo nàn.

Cơ sở để cho điểm: các quá trình nhận thức – ngôn ngữ nhận thấy qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có sự cứng nhắc trong thái độ hoặc sự tin tưởng. Bệnh nhân có thể từ chối, thay đổi ý kiến hoặc khó khăn khi chuyển từ một ý tưởng này sang một ý tưởng khác.
4	Trung bình	Cuộc trò chuyện chỉ quanh đi quẩn lại một đề tài đưa đến sự khó khăn để chuyển sang một chủ đề mới.
5	Trung bình nặng	Tư duy cứng nhắc và lặp đi lặp lại đến mức dù người phỏng vấn có cố gắng thì cuộc trò chuyện cũng chỉ giới hạn vào 2 hoặc 3 chủ đề chính.
6	Nặng	Sự lặp đi lặp lại không kiểm soát được các đòi hỏi, nhận định, ý tưởng hoặc các vấn đề gây ảnh hưởng nặng nề đến cuộc trò chuyện.
7	Cực nặng	Tư duy, hành vi và cuộc trò chuyện bị chi phối bởi sự lặp đi lặp lại thường xuyên bởi các định kiến hoặc một số cụm từ giới hạn dẫn đến sự cứng nhắc rõ rệt, sự không phù hợp và sự thu hẹp trong giao tiếp của bệnh nhân.

G1. Sự quan tâm cơ thể

Các than phiền về cơ thể hoặc nghĩ đến bệnh tật hoặc rối loạn chức năng của cơ thể. Có thể đi từ một cảm giác bị bệnh mơ hồ đến một hoang tưởng về một bệnh cơ thể nặng.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy biểu hiện qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Bận tâm rõ rệt về sức khỏe hoặc cơ thể biểu hiện bởi các câu hỏi hoặc mong muốn được trấn an.
4	Trung bình	Than phiền về sức khỏe kém hoặc rối loạn chức năng của cơ thể nhưng không có hoang tưởng và sự bận tâm quá mức có thể được dịu đi bằng cách trấn an.
5	Trung bình	Bệnh nhân biểu lộ nhiều hoặc thường xuyên các than phiền

	nặng	về bệnh cơ thể hoặc rối loạn chức năng cơ thể hoặc bệnh nhân bộc lộ 1 hoặc 2 hoang tưởng rõ rệt liên quan đến những đề tài này nhưng không bận tâm đến chúng.
6	Nặng	Bệnh nhân bận tâm bởi một hoặc một số hoang tưởng rõ rệt về bệnh cơ thể chi phối hoàn toàn vào các chủ đề này và tư duy có thể được chuyển hướng bằng nỗ lực của người phỏng vấn.
7	Cực nặng	Các hoang tưởng cơ thể nhiều và thường xuyên hoặc chỉ vài hoang tưởng cơ thể với tính chất nặng nề, hoàn toàn chi phối cảm xúc và tư duy của người bệnh.

G2. Lo âu

Kinh nghiệm chủ quan về sự căng thẳng, lo lắng, sợ hãi hoặc bất an đi từ sự bận tâm quá mức về hiện tại hoặc tương lai đến cảm giác hoảng loạn.

Cơ sở để cho điểm: lời khai qua cuộc phỏng vấn và các biểu hiện cơ thể tương ứng.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Biểu hiện sự lo lắng, quá quan tâm hoặc sự bất an chủ quan, nhưng không có các biểu hiện về cơ thể và hành vi được ghi nhận.
4	Trung bình	Bệnh nhân than phiền các triệu chứng rõ rệt về căng thẳng, được biểu hiện qua những triệu chứng cơ thể nhẹ như run nhẹ ở tay hoặc ra mồ hôi nhiều.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân than phiền những vấn đề nghiêm trọng về lo âu gây ra những biểu hiện cơ thể hoặc hành vi rõ rệt như căng thẳng rõ nét, tập trung kém, hồi hộp hoặc rối loạn giấc ngủ.
6	Nặng	Bệnh nhân hầu như luôn cảm thấy sợ hãi với các ám ảnh sợ, bất an rõ rệt hoặc các biểu hiện cơ thể đa dạng,
7	Cực nặng	Cuộc sống bệnh nhân bị ảnh hưởng nghiêm trọng vì lo âu, hiện diện gần như thường xuyên và đôi khi đạt đến mức độ hoảng loạn hoặc biểu hiện thành các cơn hoảng loạn thật sự.

G3. Cảm giác tội lỗi

Cảm giác ăn năn hoặc tự trách mình về các hành vi sai trái có thật hoặc do tưởng tượng trong quá khứ.

Cơ sở để cho điểm: than phiền các cảm giác tội lỗi trong lúc phỏng vấn và ảnh hưởng đến thái độ và tư duy của người bệnh.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Qua thăm khám phát hiện một cảm giác mơ hồ về tội lỗi hoặc tự trách mình về những sự việc nhỏ nhặt nhưng người bệnh rõ ràng không quá bận tâm.
4	Trung bình	Bệnh nhân biểu lộ sự bận tâm rõ rệt trách nhiệm của mình về một sự việc có thật trong đời sống nhưng không bận tâm đến nó và thái độ cùng hành vi không bị ảnh hưởng.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân biểu hiện một cảm giác tội lỗi rõ rệt kèm theo với sự tự đánh giá thấp bản thân hoặc nghĩ rằng mình đáng bị trừng phạt. Cảm giác tội lỗi có nguồn gốc từ các hoang tưởng có thể có tính chất tự phát, có thể là nguồn gốc của sự bận tâm và/ hoặc khí sắc trầm cảm và không thể làm dịu một cách dễ dàng bởi người phỏng vấn.
6	Nặng	Các ý tưởng tội lỗi nặng nề, có tính chất hoang tưởng và đưa đến thái độ tuyệt vọng hoặc cảm thấy mình vô giá trị. Người bệnh tin rằng mình nên bị trừng phạt nặng nề do các hành động sai lầm và nghĩ rằng tình trạng sống hiện nay của mình như là một hình phạt.
7	Cực nặng	Cuộc sống người bệnh bị chi phối bởi các hoang tưởng tội lỗi bền vững mà người bệnh cảm thấy đáng bị trừng phạt nặng nề như tù chung thân, tra tấn hoặc tử hình. Có thể kèm theo các ý tưởng tự sát hoặc nghĩ rằng những khó khăn của người khác là do hành vi sai lầm của mình trong quá khứ gây ra.

G4. Căng thẳng

Có các biểu hiện cơ thể rõ rệt của sự sợ hãi, lo âu và bứt rứt như cứng cơ, run, vã mồ hôi và bất an.

Cơ sở để cho điểm: xác nhận sự lo âu qua lời khai và mức độ các biểu hiện cơ thể của căng thẳng được ghi nhận trong lúc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Tư thế và các cử động cho thấy sự lo sợ ở mức độ nhẹ như gồng cứng nhẹ, thỉnh thoảng thấy bất an, hay thay đổi vị thế hoặc run tay nhanh và nhẹ.
4	Trung bình	Có sự căng thẳng rõ rệt với các biểu hiện khác nhau như hành

		vi bút rút không yên, run tay rõ, ra mồ hôi nhiều, hoặc điệu bộ nóng nảy.
5	Trung bình nặng	Sự căng thẳng rõ rệt được nhận thấy qua nhiều biểu hiện như: run rẩy, đổ mồ hôi nhiều, và bất an nhưng thái độ cư xử trong lúc phỏng vấn không bị ảnh hưởng đáng kể.
6	Nặng	Căng thẳng rõ rệt đến mức sự giao tiếp với mọi người bị gián đoạn. Ví dụ như bệnh nhân thường xuyên bút rút không yên, không thể ngồi yên trong một thời gian lâu hoặc thở nhanh.
7	Cực nặng	Căng thẳng rõ rệt biểu hiện bởi các dấu chứng của hoảng loạn hoặc gia tăng vận động nhiều như đi tới đi lui nhanh và bất an, không thể ngồi yên quá một phút làm cho cuộc trò chuyện không thể duy trì được.

G5. Điều bộ và tư thế

Các cử động hoặc tư thế không tự nhiên đặc trưng bởi vẻ ngoài vụng về, cứng nhắc, lộn xộn hoặc kỳ quái.

Cơ sở để cho điểm: quan sát các biểu hiện của cơ thể trong lúc phỏng vấn cũng như lời khai của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Các cử động hơi vụng về hoặc tư thế hơi cứng nhắc.
4	Trung bình	các cử động vụng về hoặc không liên quan một cách rõ rệt hoặc một tư thế không tự nhiên được duy trì trong những khoảng thời gian ngắn.
5	Trung bình nặng	Các nghi thức kỳ cục hoặc tư thế vụng vọ đôi lúc được nhận thấy hoặc một tư thế bất thường được duy trì trong những khoảng thời gian dài.
6	Nặng	Thường xuyên lặp đi lặp lại các nghi thức, điệu bộ kỳ lạ hoặc các cử động định hình hoặc một tư thế vụng vọ được duy trì trong những khoảng thời gian dài.
7	Cực nặng	Hoạt động bị ảnh hưởng nghiêm trọng do các cử động có tính cách nghi thức, kiểu cách hoặc định hình xảy ra thường xuyên hoặc bởi một tư thế cố định không tự nhiên được duy trì trong hầu hết thời gian.

G6. Trầm cảm

Cảm giác buồn bã, chán nản, vô dụng và bi quan.

Cơ sở để cho điểm: lời khai về khí sắc trầm cảm trong quá trình phỏng vấn và ảnh hưởng nhận thấy được của nó trên thái độ và hành vi quá báo cáo bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Chỉ biểu lộ một sự buồn bã hoặc chán nản khi được hỏi đến nhưng không có bằng chứng về trầm cảm trong thái độ hoặc hành vi nói chung.
4	Trung bình	Cảm giác buồn bã hoặc tuyệt vọng rõ rệt do người bệnh tự nói ra, nhưng khí sắc trầm cảm không ảnh hưởng nhiều trên hành vi, hoạt động xã hội và người bệnh thường có thể trở lại vui vẻ được.
5	Trung bình nặng	Khí sắc trầm cảm rõ ràng kết hợp với sự buồn bã rõ nét, bi quan, mất sự hứng thú với xã hội, chậm chạp tâm thần vận động và có ảnh hưởng đến sự ngon miệng cùng giấc ngủ. Người bệnh khó mà vui lên được.
6	Nặng	Khí sắc trầm cảm rõ rệt kết hợp với cảm giác thường xuyên về sự bất hạnh, thỉnh thoảng hay khóc, tuyệt vọng và cảm thấy mình vô giá trị. Ngoài ra có sự ảnh hưởng rõ rệt trong sự ngon miệng và/hoặc giấc ngủ cũng như trong chức năng các vận động và xã hội bình thường với các triệu chứng thiếu chăm sóc bản thân có thể có.
7	Cực nặng	Các cảm giác trầm cảm ảnh hưởng nghiêm trọng đến hầu hết các chức năng chính. Các biểu hiện bao gồm thường xuyên khóc lóc, các triệu chứng cơ thể rõ rệt, tập trung kém, chậm chạp tâm thần vận động, không quan tâm đến xã hội, thiếu chăm sóc bản thân, có thể có các hoang tưởng trầm cảm hoặc hoang tưởng hư vô, và/hoặc có thể có các ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

G7. Vận động chậm chạp

Giảm hoạt động vận động thể hiện bằng sự chậm chạp hoặc giảm thiểu các cử động và ngôn ngữ, giảm đáp ứng với các kích thích và giảm trương lực cơ thể.

Cơ sở để cho điểm: các biểu hiện trong quá trình phỏng vấn cũng như lời khai của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự giảm sút nhẹ nhưng nhận thấy được các cử động và ngôn ngữ. Người bệnh có thể hơi nghèo nàn trong giao tiếp và cử

		chỉ.
4	Trung bình	Các cử động của người bệnh bị chậm chạp rõ rệt và ngôn ngữ nghèo nàn bao gồm trả lời chậm, các khoảng ngừng kéo dài hoặc đi đứng chậm chạp.
5	Trung bình nặng	Giảm rõ rệt hoạt động vận động làm cho sự giao tiếp hết sức nghèo nàn hoặc giới hạn hoạt động trong các tình huống xã hội và nghề nghiệp. Người bệnh thường ngồi một chỗ hoặc nằm dài.
6	Nặng	Các cử động hết sức chậm chạp làm cho hoạt động và ngôn ngữ giảm còn đến mức tối thiểu. Người bệnh suốt ngày chỉ ngồi một chỗ hoặc nằm dài.
7	Cực nặng	Người bệnh hầu như hoàn toàn bất động và không đáp ứng với các kích thích bên ngoài.

G8. Không hợp tác

Chủ động từ chối việc tuân thủ quy định của những người có trách nhiệm bao gồm người phỏng vấn, nhân viên bệnh viện hoặc gia đình có thể kết hợp với sự ngờ vực, thái độ tự vệ, ngoan cố, phủ định, không chấp nhận quyền lực của người khác, thù nghịch hoặc chống đối.

Cơ sở để cho điểm: hành vi giao tiếp với người khác nhận thấy trong quá trình phỏng vấn cũng như lời khai của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Tuân thủ với thái độ bất mãn, không kiên nhẫn hoặc mĩa mai. Người bệnh có thể phản đối một cách chiếu lệ với sự khám xét rất nhạy cảm trong lúc phỏng vấn.
4	Trung bình	Thỉnh thoảng từ chối thẳng thừng việc tuân thủ những yêu cầu thông thường của tập thể như thu xếp giường của mình, tham dự các chương trình đã lên lịch sẵn... Người bệnh có thể tỏ ra một thái độ gây hấn, tự vệ hoặc phủ định nhưng thường vẫn có thể làm việc với họ.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân thường không tuân thủ theo những yêu cầu thông thường của người chung quanh, và có thể bị người khác xem là “người bị ruồng bỏ” hoặc “có vấn đề nghiêm trọng về thái độ”. Sự không hợp tác được phản ánh qua thái độ tự vệ rõ rệt hoặc bực tức với người phỏng vấn và có thể không muốn trả lời các câu hỏi.
6	Nặng	Bệnh nhân không hợp tác cao độ, phủ định và cũng có thể gây gổ.

		Từ chối tuân thủ với hầu hết các yêu cầu của xã hội và có thể không muốn bắt đầu hoặc hoàn tất cuộc phỏng vấn.
7	Cực nặng	Sự chống đối tích cực gây ảnh hưởng nghiêm trọng trên tất cả các lĩnh vực hoạt động chính. Bệnh nhân có thể từ chối tham gia các hoạt động xã hội, từ chối chăm sóc vệ sinh cá nhân, từ chối nói chuyện với gia đình hay nhân viên bệnh viện và từ chối tham gia ngay cả trong thời gian ngắn vào cuộc phỏng vấn.

G9. Nội dung tư duy khác thường

Tư duy được biểu hiện bằng các ý nghĩ kỳ lạ, ly kỳ hoặc kỳ quái, đi từ những ý nghĩ xa vời hoặc không diễn hình đến những ý nghĩ lệch lạc, không logic và vô lý rõ rệt.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy biểu hiện trong quá trình phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Nội dung tư duy hơi kỳ lạ hoặc có tính cách riêng hoặc những ý thông thường được lồng ghép vào trong một bối cảnh kỳ quái.
4	Trung bình	Các ý nghĩ thường bị lệch lạc và đôi khi có vẻ kỳ quái.
5	Trung bình nặng	Người bệnh diễn đạt nhiều ý tưởng kỳ lạ là ly kỳ, ví dụ nói mình là con nuôi của nhà vua, hoặc một số ý nghĩ có tính cách vô lý rõ rệt, ví dụ nói mình có hàng trăm con, nhận tín hiệu vô tuyến ngoài vũ trụ qua chỗ trám răng...
6	Nặng	Người bệnh biểu lộ nhiều ý nghĩ không logic hoặc vô lý hoặc một số ý nghĩ có tính chất kỳ quái rõ rệt, ví dụ nói mình có 3 đầu, mình đến từ hành tinh khác...
7	Cực nặng	Tư duy đầy những ý nghĩ vô lý, kỳ quái và quái đản.

G10. Rối loạn định hướng lực

Không nhận biết mối liên hệ của mình với môi trường xung quanh, bao gồm người, không gian và thời gian có thể do lú lẫn hoặc thu rút.

Cơ sở để cho điểm: các trả lời với những câu hỏi phỏng vấn về định hướng lực.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Định hướng lực chung là phù hợp nhưng có khó khăn với một số chi tiết. Ví dụ người bệnh biết mình đang ở đâu nhưng không biết

		địa chỉ, biết tên nhân viên bệnh viện nhưng không biết vai trò của họ, biết tháng nhưng không biết ngày thứ mấy trong tuần hay nhầm sang ngày kế hoặc nhầm ngày tháng đến hơn 2 ngày. Có thể có sự thu hẹp về quan tâm thể hiện bằng sự quen thuộc với môi trường gần mà không để ý đến môi trường bên ngoài như có thể nhận biết các nhân viên trong khoa nhưng không biết đến ông thị trưởng, thống đốc hoặc tổng thống.
4	Trung bình	Chỉ nhận biết một phần về người, không gian và thời gian. Ví dụ người bệnh biết mình đang ở trong bệnh viện nhưng không biết tên bệnh viện, biết tên thành phố của mình nhưng không biết tên quận, biết tên bác sỹ điều trị nhưng không biết các nhân viên chăm sóc trực tiếp của mình, biết năm và mùa nhưng không chắc tháng nào.
5	Trung bình nặng	Thất bại đáng kể trong nhận biết người, không gian và thời gian. Người bệnh chỉ có một ý niệm mơ hồ về nơi mình đang ở và dười như xa lạ với hầu hết những người xung quanh. Người bệnh có thể biết năm chính xác hoặc gần như chính xác nhưng không biết tháng ngày trong tuần và ngay cả mùa.
6	Nặng	Thất bại rõ rệt trong việc nhận biết người, không gian và thời gian. Ví dụ người bệnh không biết gì về chỗ mình đang ở, lẫn lộn ngày tháng năm đến hơn 1 năm, chỉ biết tên 1 hoặc 2 người trong cuộc sống hiện nay của mình.
7	Cực nặng	Người bệnh hoàn toàn mất định hướng về người, thời gian và không gian. Có sự lú lẫn rõ rệt hoặc hoàn toàn không biết về chỗ mình đang ở, năm hiện nay, và ngay cả những người quen thuộc nhất như cha mẹ, vợ chồng, bạn bè và bác sỹ điều trị.

G11. Chú ý kém

Giảm tập trung, cảnh giác biểu hiện qua việc tập trung kém, dễ bị lôi cuốn bởi những kích thích từ bên trong và bên ngoài và gặp khó khăn trong việc theo đuổi, duy trì hoặc chuyển mục tiêu chú ý sang các kích thích mới.

Cơ sở để cho điểm: các biểu hiện trong quá trình tiếp xúc.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự tập trung bị hạn chế biểu hiện qua việc thỉnh thoảng dễ bị phân trí hoặc suy giảm chú ý về cuối cuộc phỏng vấn.
4	Trung bình	Sự giao tiếp bị ảnh hưởng do xu hướng dễ bị phân trí, khó khăn trong việc duy trì chú ý vào một chủ đề nào đó, hoặc gặp trở ngại khi chuyển chú ý sang những chủ đề mới.

5	Trung bình nặng	Sự giao tiếp bị trở ngại nghiêm trọng do chú ý kém, dễ dàng trí và khó khăn trong việc chuyển mục tiêu chú ý một cách phù hợp.
6	Nặng	Sự chú ý của người bệnh chỉ được duy trì trong những khoảng thời gian ngắn hoặc phải hết sức cố gắng do rất dễ bị lôi cuốn bởi những kích thích từ bên trong và bên ngoài.
7	Cực nặng	Chú ý bị gián đoạn đến mức ngay cả một sự giao tiếp ngắn cũng không thực hiện được.

G12. Mất khả năng phán đoán và tự nhận thức

Sự nhận thức hoặc hiểu biết về tình trạng tâm thần hoặc hoàn cảnh sống của chính mình bị giảm sút. Biểu hiện bằng sự giảm nhận thức về bệnh tâm thần hoặc các triệu chứng tâm thần trước kia và hiện nay, từ chối nhập viện hoặc điều trị về tâm thần. Các quyết định này có đặc điểm là do không lường được các hậu quả và do các kế hoạch ngắn hạn và dài hạn có tính chất phi thực tế.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy biến hiện qua cuộc phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Nhận biết mình có một rối loạn tâm thần nhưng rõ ràng xem nhẹ mức độ trầm trọng của bệnh, sự cần thiết của việc điều trị hoặc tầm quan trọng của việc tiến hành các biện pháp để tránh tái phát. Nhận thức kém trọng việc đặt kế hoạch cho tương lai.
4	Trung bình	Người bệnh chỉ có nhận thức mơ hồ hoặc nông cạn về bệnh. Có thể có sự dao động trong việc thừa nhận là mình bị bệnh hoặc có nhận thức ít ỏi về các triệu chứng chính đang hiện diện như hoang tưởng, tư duy vô tổ chức, đa nghi và thu rút xã hội. Người bệnh có thể cho rằng mình cần phải điều trị là nhằm làm giảm các triệu chứng nhẹ hơn như lo âu, căng thẳng và khó ngủ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thừa nhận trước kia mình bị rối loạn tâm thần nhưng hiện nay thì không. Nếu được hỏi bệnh nhân có thể thừa nhận sự hiện diện của một số triệu chứng không liên quan hoặc không quan trọng, những triệu chứng này có khuynh hướng được lý giải là do sự giải thích sai lệch hoặc do ý nghĩ hoang tưởng. Tương tự, người bệnh cũng không nhận thức được nhu cầu điều trị tâm thần.
6	Nặng	Người bệnh phủ nhận việc mình từng bị rối loạn tâm thần. Người bệnh phủ nhận sự hiện diện của các triệu chứng tâm thần trong quá khứ hoặc hiện tại và mặc dù có thái độ tuân thủ vẫn phủ nhận nhu cầu cần được điều trị và nhập viện.

7	Cực nặng	Cương quyết phủ nhận bệnh tâm thần trong quá khứ cũng như hiện tại. Việc nhập viện và điều trị hiện nay được giải thích có tính chất hoang tưởng, ví dụ cho rằng đó là sự trừng phạt do các hành động xấu xa của mình, đó là sự ám hại của những người muốn gây đau khổ cho mình. Người bệnh có thể từ chối hợp tác với người điều trị, thuốc men và các phương pháp điều trị khác.

G13. Rối loạn ý chí

Rối loạn sự khởi đầu có ý chí, sự duy trì và kiểm soát các ý nghĩ, hành vi, cử động và ngôn ngữ của mình.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy và hành vi được biểu hiện trong quá trình phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có biểu hiện của sự thiếu quyết đoán trong giao tiếp và suy nghĩ, có thể làm cản trở các quá trình ngôn ngữ và nhận thức ở mức độ nhẹ.
4	Trung bình	Người bệnh thường thể hiện tính 2 chiều và có khó khăn rõ rệt để đi đến các quyết định. Sự giao tiếp có thể bị trở ngại do suy nghĩ không nhất quán và hậu quả là các hoạt động ngôn ngữ và nhận thức cũng bị ảnh hưởng rõ rệt.
5	Trung bình nặng	Rối loạn ý chí ảnh hưởng đến tư duy cũng như hành vi. Người bệnh có sự thiếu quyết đoán rõ rệt làm trở ngại sự khởi đầu và tiếp tục các hoạt động xã hội và vận động, điều này cũng được thể hiện qua lời nói ngập ngừng.
6	Nặng	Rối loạn ý chí ảnh hưởng đến việc thực hiện các chức năng vận động đơn giản, tự động như mặc quần áo và chăm chút bề ngoài, và ảnh hưởng rõ rệt đến lời nói.
7	Cực nặng	Hầu như hoàn toàn mất ý chí biểu hiện bởi sự ức chế rõ rệt của cử động và lời nói, đưa đến sự bất động và/hoặc không nói.

G14. Khó kiểm soát xung động

Rối loạn trong việc điều chỉnh và kiểm soát các xung động nội tâm đưa đến các cơn bùng nổ về sự căng thẳng và cảm xúc đột ngột, không phù hợp, thất thường, hay lệch lạc mà không quan tâm đến hậu quả.

Cơ sở để cho điểm: hành vi trong quá trình tiếp xúc, hành vi được kể lại bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Người bệnh có khuynh hướng nổi giận và thất vọng một cách dễ dàng khi gặp sang chấn hoặc sự không hài lòng nhưng hiếm khi có hành động xung động.
4	Trung bình	Người bệnh giận dữ và chửi bới khi gặp một sự khiêu khích tối thiểu, đôi khi có thể đe dọa, phá phách hoặc có 1 hoặc 2 cơn xô xát hoặc cãi vã hoặc đánh nhau ở mức độ nhẹ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh có những cơn xung động lặp đi lặp lại như chửi bới, đập phá đồ đạc hoặc đe dọa đánh nhau. Có thể có 1 hoặc 2 cơn tấn công người khác nghiêm trọng đòi hỏi phải cách ly, cố định người bệnh hoặc phải dùng đến các thuốc.
6	Nặng	Người bệnh thường xuyên gây hấn, đe dọa, đòi hỏi và phá phách một cách xung động mà không cần nghĩ đến hậu quả. Có hành vi tấn công người khác và cũng có thể xâm phạm về tình dục và có thể những hành vi này là do sự chi phối của ảo thanh.
7	Cực nặng	Người bệnh có những cơn tấn công giết người, tấn công về tình dục, hành vi hung bạo lặp đi lặp lại hoặc hành vi tự hủy hoại mình. Luôn luôn cần đến dự giám sát trực tiếp hoặc cố định vì không có khả năng kiểm soát các xung động nguy hiểm.

G15. Bận tâm

Bị thu hút bởi các ý nghĩ và cảm giác bắt nguồn từ nội tâm và với các kinh nghiệm tự kỷ đến mức làm phương hại đến sự định hướng về thực tại và hành vi thích ứng.

Cơ sở để cho điểm: hành vi giao tiếp được nhận thấy qua quá trình phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Quan tâm quá mức vào những nhu cầu hoặc vấn đề của bản thân như cuộc trò chuyện được chuyển hướng trở lại vào những chủ đề tự kỷ trung tâm và giảm sự quan tâm đến người khác.
4	Trung bình	Người bệnh đôi khi dường như bị thu hút vào những ý nghĩ của chính mình, giống như đang mơ màng hoặc bận tâm với

		những kinh nghiệm nội tâm gây ảnh hưởng đến sự giao tiếp ở mức độ nhẹ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thường có vẻ bị thu hút vào các kinh nghiệm tự kỷ biểu hiện bởi những hành vi xâm nhập rõ rệt trên các chức năng xã hội và giao tiếp như nhìn bất động vào khoảng không, nói lảm bảm hoặc nói một mình, hoặc có những kiểu vận động định hình.
6	Nặng	Người bệnh bận tâm rõ rệt với các kinh nghiệm tự kỷ, làm giới hạn nghiêm trọng sự tập trung, khả năng trò chuyện và định hướng với môi trường. Người bệnh thường mỉm cười, nói lảm bảm, nói hoặc la hét một mình.
7	Cực nặng	Sự thu hút nặng nề vào các kinh nghiệm tự kỷ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến mọi lĩnh vực chủ yếu của hành vi. Người bệnh thường xuyên có thể đáp ứng bằng ngôn ngữ và hành vi với các ảo giác và tỏ ra ít nhận biết về những người hoặc môi trường bên ngoài.

G16. Tránh né xã hội tích cực

Giảm quan hệ xã hội kết hợp với sự sợ hãi, thù hằn hoặc ngờ vực vô cớ.

Cơ sở để cho điểm: qua lời khai về hoạt động xã hội của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Người bệnh dường như không thoải mái khi có sự hiện diện của người khác và thích ở một mình, mặc dù người bệnh tham gia các sinh hoạt xã hội khi được yêu cầu.
4	Trung bình	Người bệnh tham gia tất cả hoặc hầu hết các hoạt động xã hội một cách miễn cưỡng nhưng có thể cần được thuyết phục hoặc có thể kết thúc sớm vì lý do lo âu, nghi ngờ hoặc thù hằn.
5	Trung bình nặng	Người bệnh tránh xa các quan hệ xã hội một cách sợ hãi hoặc giận dữ hoặc dù có sự nỗ lực của những người khác để hội nhập, người bệnh có khuynh hướng trải qua thời gian nhàn rỗi một mình.
6	Nặng	Người bệnh tham dự rất ít vào các hoạt động xã hội do sợ hãi, thù hằn hoặc ngờ vực. Khi được tiếp cận, người bệnh biểu lộ một khuynh hướng mạnh mẽ muốn cắt đứt các quan hệ và

		thường người bệnh dường như muốn tự cô lập mình khỏi người khác.
7	Cực nặng	Không thể đưa người bệnh hội nhập vào các hoạt động xã hội do quá sợ hãi, thù hận hoặc các hoang tưởng bị hại. Trong chừng mực có thể được, người bệnh tránh né tất cả mọi giao tiếp và tiếp tục tự cô lập với mọi người.

Các đề mục bổ sung cho Profile Nguy cơ gây hấn (S)

S1. Giận dữ

Trạng thái chủ quan không hài lòng và bức tức đối với người khác.

Cơ sở để cho điểm: lời khai của người bệnh về các cảm xúc giận dữ trong quá trình phỏng vấn và các hành vi thù hận tương ứng được nhận thấy trong lúc phỏng vấn hoặc được ghi nhận qua báo cáo của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Biểu hiện sự bức tức hoặc cảm xúc khó chịu đối với người khác nhưng không có dấu chứng về cảm xúc hoặc hành vi của sự giận dữ.
4	Trung bình	Biểu hiện một thái độ giận dữ rõ rệt nhưng vẫn còn kiểm soát được.
5	Trung bình nặng	Người bệnh có vẻ hết sức bức tức và sự giận dữ được trút ra qua việc thường xuyên lớn tiếng, thỉnh thoảng chửi bới hoặc những đe dọa úp mở.
6	Nặng	Người bệnh hết sức bức tức và sự giận dữ được trút ra qua việc chửi bới lặp đi lặp lại, đe dọa công khai hoặc phá hoại.
7	Cực nặng	Một mức độ giận dữ bùng nổ biểu hiện qua việc nhắm vào hoặc mưu toan tấn công người khác.

S2. Bức tức khi sự thỏa mãn các đòi hỏi bị chậm trễ

Đòi hỏi, yêu sách, các nhu cầu phải được thỏa mãn ngay lập tức và khó chịu rõ rệt khi sự đáp ứng các nhu cầu hoặc nguyện vọng bị chậm trễ.

Cơ sở để cho điểm: quan sát hành vi trong quá trình phỏng vấn cũng như báo cáo của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường

3	Nhẹ	Người bệnh đôi khi đòi hỏi và thiếu kiên nhẫn những điều đi nhanh chóng khi được trò chuyện.
4	Trung bình	Hành vi đòi hỏi xuất hiện nhiều hơn hoặc có tính chất yêu sách làm người bệnh trở thành một người “hay quấy rầy”. Tuy nhiên thường không kèm theo các cơn bùng nổ gây hấn và người bệnh có thể thường được xử trí không mấy khó khăn.
5	Trung bình nặng	Hành vi đòi hỏi vừa thường xuyên vừa dai dẳng, đôi khi đưa đến sự đối đầu với những người bệnh khác, với nhân viên bệnh viện hoặc gia đình. Tuy nhiên, thường thì người bệnh có thể lấy lại được sự kiểm soát mà không có sự việc gì nghiêm trọng xảy ra.
6	Nặng	Người bệnh trở nên hết sức bức tức khi các yêu cầu hoặc đòi hỏi không được đáp ứng ngay lập tức. Hành vi bùng nổ hoặc hung dữ có thể tiếp theo sau đó 1 hoặc 2 lần và sự mất kiểm soát là một khả năng luôn luôn có thể xảy ra.
7	Cực nặng	Các đòi hỏi và yêu cầu của người bệnh nếu không được thỏa mãn ngay lập tức sẽ gây ra hành vi bùng nổ, hung dữ hoặc xung động. Luôn luôn cần đến sự giám sát chặt chẽ.

S3. Cảm xúc không ổn định

Các biểu hiện cảm xúc không ổn định, dao động, không phù hợp và khó kiểm soát.

Cơ sở để cho điểm: trạng thái cảm xúc được nhận thấy trong quá trình phỏng vấn.

	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Một số đáp ứng cảm xúc không phù hợp được nhận thấy hoặc một vài biến đổi về trương lực cảm xúc không giải thích được có thể xảy ra.
4	Trung bình	Cảm xúc thường không phù hợp với tư duy, ví dụ rò rỉ, giận dữ hoặc lo lắng, và có nhiều thay đổi cơ bản của trương lực cảm xúc trong quá trình phỏng vấn.
5	Trung bình nặng	Các biểu hiện cảm xúc hết sức không ổn định và đôi khi dường như vượt quá sự kiểm soát của người bệnh. Cảm xúc có thể biến đổi đột ngột đến các cực điểm và thường khó điều chỉnh.
6	Nặng	Cảm xúc dường như không được kiểm soát trong suốt cuộc

		phản ứng và có thể chỉ phối bởi các kích thích tự kỷ hoặc không liên quan. Tình trạng cảm xúc có tính chất thay đổi nhanh chóng với các biến đổi kỳ lạ và đa dạng. Các cơn cảm xúc sơ đẳng như các biểu hiện say đắm hoặc giận dữ có thể gặp.
7	Cực nặng	Người bệnh dường như không còn kiểm soát được tình trạng cảm xúc của mình. Cảm xúc dao động tự do khi đáp ứng với các sự việc không phù hợp từ bên ngoài hoặc bên trong. Các tình trạng cảm xúc cực điểm như kích động hoặc giận dữ đôi khi nổi bật.

38. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VANDERBILT

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm rối loạn tăng động giảm chú ý Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale - VADRS) ở trẻ em được tác giả Mark W. và cộng sự xây dựng tại Mỹ năm 1966 dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán mà DSM đưa ra. VADRS có các phiên bản dành cho cha mẹ và dành cho giáo viên, được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc đánh giá chẩn đoán cho các trẻ có triệu chứng tăng hoạt động giảm chú ý.

VADRS phiên bản dành cho cha mẹ là một thang đo tự đánh giá do cha/mẹ hoặc người chăm sóc trẻ tự điền. VADRS đánh giá trẻ qua 5 lĩnh vực: giảm chú ý; tăng hoạt động/xung động; tính hung hăng; vấn đề hành vi và lo âu/trầm cảm. Cha/mẹ hoặc người chăm sóc được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với sự thể hiện của trẻ trong 6 tháng gần nhất trong ít nhất hai môi trường ở nhà và ở trường.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc và đánh giá rối loạn tăng hoạt động, giảm chú ý ở trẻ em và thanh thiếu niên

Đánh giá tiến triển điều trị.

Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với người bệnh cổ tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.

Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Bộ công cụ trắc nghiệm rối loạn tăng động giảm chú ý Vanderbilt (VADRS), bút viết...

5.4. Trang thiết bị

Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.5. Người bệnh

Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích (thời gian 1-3 phút)

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện (thời gian 16-32 phút)

Câu hướng dẫn: “Đây là bản trắc nghiệm đánh giá trẻ qua 5 lĩnh vực: giảm chú ý; tăng hoạt động/xung động; tính hung hăng; vấn đề hành vi và lo âu/trầm cảm. Anh/chị hãy đọc từng mục, mỗi mục có các mức độ Không có, Thỉnh thoảng, Thường Xuyên, Rất thường xuyên. Anh/chị hãy lựa chọn một phương án thể hiện mức độ phù hợp nhất của trẻ trong 6 tháng gần nhất trong ít nhất hai môi trường ở nhà và ở trường bằng cách khoanh tròn vào chữ số tương ứng”.
(thời gian 2-4 phút)

Sau khi cha/mẹ/người chăm sóc trẻ đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi **"TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VADERBILT (Phần phụ lục).** (thời gian 14-28 phút)

Trong quá trình cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của họ để

hỗ trợ kịp thời; đảm bảo cha/mẹ/người chăm sóc thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm.

Lưu ý: Trường hợp cha/mẹ/người chăm sóc trẻ không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả (thời gian 3-5 phút)

Quy ước: Ở mỗi khía cạnh, đếm số câu được chọn ở mức độ Thường xuyên và Rất thường xuyên.

Hướng dẫn cho điểm thang chuẩn đoán tăng động giảm chú ý Vanderbilt

+ Tăng động giảm chú ý thể giảm tập trung là chủ yếu: từ câu 1 đến 9, ít nhất 6 trong 9 câu được điểm 2 hoặc 3, và ít nhất một trong 8 câu từ a đến e được điểm 1 hoặc 2.

+ Tăng động giảm chú ý thể tăng hoạt động/xung động là chủ yếu: từ câu 10 đến 18, ít nhất 6 trong 9 câu được điểm 2 hoặc 3, và ít nhất một trong 8 câu từ a đến e được điểm 1 hoặc 2.

+ Tăng động giảm chú ý thể kết hợp: đạt tiêu chí cho cả (A) và (B).

+ Rối loạn thách thức chống đối: từ câu 19 đến 26, được sàng lọc bởi 4 trong 8 hành vi (điểm 2 và 3).

+ Rối loạn hành vi ứng xử: từ câu 27 đến 40, được sàng lọc bởi 3 trong 15 hành vi (điểm 2 và 3).

+ Lo âu hoặc trầm cảm: từ câu 41 đến 47, được sàng lọc bởi 3 trong 7 biểu hiện (điểm 2 và 3).

Tiến hành đánh giá rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ rối loạn tăng động giảm chú ý

VANDERBILT	Giảm chú ý	Tăng hoạt động	Thách thức chống đối	Hành vi ứng xử	Lo âu/trầm cảm
Điểm đánh giá	6/9	6/9	4/8	3/14	3/7
Không có rối loạn					
Có rối loạn					

6.4. Kết thúc quy trình

Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thành Ngọc Minh, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2017). Độ tin cậy thang đo của VADRS - phiên bản cha mẹ và VADRS - phiên bản giáo viên trong chẩn đoán tăng động, giảm chú ý tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu và thực hành Nhi khoa*. (2): 72-78.
2. Collett, Brent R.; Ohan, Jeneva L.; Myers, Kathleen M. (2003). Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42 (9): 1015–1037.
3. Mark L., Wolraich et al (2003). Psychometric Properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in a Referred Population. *Journal of Pediatric Psychology*. 28 (8): 559–568.
4. Stephen P. Becker, M.A (2012). Clinical Utility of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale Comorbidity Screening Scale. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 33 (3):221-228.
5. Xiao ZH et al (2013). Diagnostic value of Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale in attention deficit hyperactivity disorder. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 15 (5):348-352.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý
VANDERBILT
(Dành cho cha mẹ)

Họ và tên con: Giới: Tuổi:

Địa chỉ: Ngày điền phiếu:

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào đáp án đúng nhất với biểu hiện hoặc hành vi của con bạn xuất hiện ít nhất ở hai môi trường: ở trường học và ở nhà.

0=Không bao giờ 1=Đôi khi 2=Thường xuyên 3=Rất thường xuyên

<i>Giảm chú ý</i>	1	Không tập trung chú ý vào chi tiết hoặc gây ra lỗi do cầu thả, ví dụ như khi làm bài tập về nhà	0	1	2	3
	2	Gặp khó khăn trong việc chú ý vào những việc cần phải làm	0	1	2	3
	3	Có vẻ như không lắng nghe khi người khác đang nói trực tiếp với mình	0	1	2	3
	4	Không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ hay bài tập	0	1	2	3
	5	Gặp khó khăn trong việc sắp xếp hay tổ chức nhiệm vụ và hoạt động	0	1	2	3
	6	Né tránh, không thích hoặc không muốn bắt đầu hay thực hiện các nhiệm vụ hay bài tập đòi hỏi nỗ lực trí tuệ liên tục	0	1	2	3
	7	Mất những vật dụng cần cho nhiệm vụ hay hoạt động (bài tập, bút, sách vở)	0	1	2	3
	8	Dễ bị sao nhãng bởi âm thanh hoặc những thứ khác	0	1	2	3
	9	Hay quên trong các hoạt động hàng ngày	0	1	2	3
<i>Tăng hoạt động/ xung động</i>	10	Cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo người khi ngồi	0	1	2	3
	11	Rời khỏi chỗ ngồi ở những tình huống cần ngồi yên tại chỗ	0	1	2	3
	12	Chạy loanh quanh hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống cần phải ngồi yên tại chỗ	0	1	2	3
	13	Gặp khó khăn trong việc chơi và bắt đầu chơi các trò chơi đòi hỏi sự yên tĩnh	0	1	2	3
	14	Luôn chân luôn tay hoặc hành động như thể “được gắn động cơ”	0	1	2	3
	15	Nói quá nhiều	0	1	2	3
	16	Buột miệng trả lời khi người hỏi chưa hỏi xong	0	1	2	3

	17	Gặp khó khăn trong việc chờ đợi đến lượt mình	0	1	2	3
	18	Ngắt quãng hay chen ngang vào khi người khác đang nói chuyện hay chơi trò chơi	0	1	2	3
Thách thức - chống đối	19	Cãi nhau với người lớn	0	1	2	3
	20	Tức giận đến mức độ mất kiểm soát	0	1	2	3
	21	Chủ động không tuân theo hoặc từ chối làm theo yêu cầu hay quy định của người lớn	0	1	2	3
	22	Chủ định quấy rầy người khác	0	1	2	3
	23	Đổ tội cho người khác vì lỗi của chính mình	0	1	2	3
	24	Tự ái và dễ bị tổn thương bởi người khác	0	1	2	3
	25	Tức giận hoặc chua cay	0	1	2	3
	26	Hằn học và trả thù	0	1	2	3

Rối loạn cư xử	27	Bắt nạt, đe dọa hoặc làm người khác sợ	0	1	2	3
	28	Khởi đầu việc đánh nhau	0	1	2	3
	29	Nói dối để né tránh rắc rối hoặc tránh nhiệm vụ (ví dụ lừa dối người khác)	0	1	2	3
	30	Nghỉ hoặc trốn học mà không có sự cho phép	0	1	2	3
	31	Đánh, đá hoặc làm thương người khác	0	1	2	3
	32	Ăn trộm những thứ có giá trị	0	1	2	3
	33	Phá hoại đồ đạc người khác một cách chủ ý	0	1	2	3
	34	Đã từng sử dụng vũ khí có thể gây hại nghiêm trọng (như gậy, dao, gạch đá, súng)	0	1	2	3
	35	Đánh, đá hoặc làm thương động vật	0	1	2	3
	36	Đã đốt lửa để phá hoại một cách có chủ ý	0	1	2	3
	37	Đã từng đột nhập vào nhà, văn phòng hay xe ô tô của ai đó	0	1	2	3
	38	Đã từng qua đêm bên ngoài mà không có sự cho phép	0	1	2	3
Lo âu/ trầm	39	Đã từng bỏ nhà đi qua đêm	0	1	2	3
	40	Đã từng cưỡng ép ai đó thực hiện hành vi tình dục	0	1	2	3
	41	Sợ hãi, bồn chồn, hoặc lo lắng	0	1	2	3
	42	Sợ thử những điều mới vì sợ mắc lỗi	0	1	2	3
	43	Cảm thấy vô dụng hoặc thấp kém	0	1	2	3
	44	Tự trách bản thân, cảm thấy có tội	0	1	2	3

45	Cảm thấy cô đơn, vô ích, không được yêu thương; phàn nàn rằng “không có ai yêu con”	0	1	2	3
46	Buồn rầu, sầu não, hoặc trầm cảm	0	1	2	3
47	E dè và dễ ngượng ngùng	0	1	2	3

39. TRỊ LIỆU THƯ GIÃN LUYỆN TẬP

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp thư giãn (Relaxation) đã được xây dựng từ những năm đầu của thế kỷ 20, dựa trên thuyết tâm lý thần kinh, cho rằng thư giãn, giãn mềm về cơ bắp thì có tác động lên con đường cảm xúc của hệ viền và vùng dưới đồi, tạo ra sự yên dịu, giảm stress, cũng như giảm các triệu chứng khác trong các bệnh lý tâm căn. Một số phương pháp như phương pháp điều khiển tích cực trương lực cơ của B.Stokvis, phương pháp giãn cơ tuần tiến của E.Jacobson và năm 1926, Schultz đã xây dựng phương pháp thư giãn tập trung. Phương pháp thư giãn tập trung của Schultz hết sức khoa học nhưng các bài tập đòi hỏi thời gian và giai đoạn hai của bài tập mang tính trừu tượng nên không được phổ biến rộng rãi. Từ năm 1970, GS. Nguyễn Việt và cộng sự đã nghiên cứu phương pháp “thư giãn-luyện tập”, khắc phục phần nào những hạn chế của phương pháp thư giãn tập trung, thu được những kết quả khả quan, phù hợp với những đặc điểm riêng của bệnh, tạo ra sự hào hứng và kiên trì tập luyện.

Cơ chế tác dụng: có hai cơ chế chính

Cơ chế tự ám thị được hiểu là sự tiếp nhận một cách chủ động những tác động tâm lý từ chính bản thân và từ đó cũng gây ra những biến đổi nhất định.

Cơ chế phản hồi sinh học trong phương pháp thư giãn luyện tập gồm ba hiện tượng phản hồi. Phản hồi thứ nhất là giữa trương lực cơ và cảm xúc. Thông qua tác dụng tự ám thị, việc tập luyện có tác dụng làm giảm trương lực cơ, tạo ra tác động lên thần kinh trung ương làm giảm trương lực cảm xúc. Ngược lại, giảm căng thẳng cũng sẽ tác động làm giảm trương lực cơ. Phản hồi thứ hai là giữa cơ thể và tâm thần. Tập các động tác Yoga làm hoạt hóa hệ thống cơ, xương khớp, từ đó làm cho cơ thể khỏe mạnh, tinh thần thư thái và ngược lại. Phản hồi thứ ba là giữa hô hấp và tâm thần. Việc tập thở chậm, đều làm cho tinh thần điềm tĩnh hơn và ngược lại.

Như vậy, thư giãn làm cho tâm thần yên tĩnh, thư thái và làm cho các bắp thịt mềm đi, giãn ra (làm mất trạng thái căng thẳng trong tâm thần và trong bắp thịt).

Nội dung của bài tập

Phần thư giãn: có 3 bài cơ bản: “Tâm thần thư thái”, “Giãn mềm cơ bắp” và “Sưởi ấm cơ thể”.

Phần luyện tập gồm: Luyện thở theo kiểu khí công và tập một số động tác Yoga: Trong phương pháp này sử dụng kết hợp 6 tư thế (Asana) Yoga nhằm làm cho phương pháp thư giãn ít rơi vào trạng thái tĩnh hơn, đặc biệt luyện tư thế giúp cho cơ thể cường tráng hơn và giúp hoạt hóa cơ, xương, khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn liên quan stress: rối loạn lo âu, ám ảnh, rối loạn phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn sự thích ứng.
- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Các rối loạn liên quan sử dụng chất: thuốc lá, bia rượu, ma túy...
- Các rối loạn giấc ngủ, rối loạn tình dục, rối loạn ăn uống,...
- Một số rối loạn khác: tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan, rối loạn hành vi...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Loạn thần cấp và mạn
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần
- Các bệnh thực tổn nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần, bác sĩ y khoa được đào tạo bổ sung hoặc 01 nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Phòng được trải thảm, có các thảm tập riêng cho mỗi bệnh nhân
- Hệ thống âm thanh và hình ảnh (tivi thông minh, usb, loa, đầu đĩa)

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện tri liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 45-75 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Liệu trình cơ bản có 5 buổi. Tập luyện củng cố theo tình trạng người bệnh.

6.1. Buổi 1: Tiếp xúc, làm quen với người bệnh, hướng dẫn về nội quy tập thư giãn, giới thiệu về liệu pháp

6.2. Buổi 2: Hướng dẫn tập nội dung bài Thư giãn 1 và Thư giãn 2, thảo luận và luyện tập

6.3. Buổi 3: Ôn tập bài Thư giãn 1 và Thư giãn 2, hướng dẫn tập bài Thư giãn 3 và luyện tập

6.4. Buổi 4: Ôn tập bài Thư giãn 3, hướng dẫn luyện Thở khí công và các Tư thế Yoga và luyện tập

6.5. Buổi 5: hướng dẫn tập tổng hợp thư giãn và luyện tập và luyện tập củng cố và hướng dẫn thực hành tại phòng bệnh/ tại nhà sau khi ra viện

Hoạt động của mỗi buổi tập 45-60 phút.

Bước 1: Gọi tên, mời người bệnh vào phòng thực hiện trị liệu, hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục hành chính

Bước 2: Cán bộ thực hiện hướng dẫn đánh giá kết quả buổi tập hôm trước/ giải đáp thắc mắc phát sinh và phân tích bài tập áp dụng.

Bước 3: Cán bộ thực hiện hướng dẫn người bệnh tập theo đĩa, điều dưỡng hướng dẫn và chỉnh sửa tư thế, động tác...

Bước 4: Cán bộ thực hiện hướng dẫn phân tích tư thế, động tác, giải đáp thắc mắc cho người bệnh

Bước 5: Người bệnh tự tập sau khi đã được hướng dẫn của cán bộ thực hiện và điều dưỡng

Bước 6: Kết thúc quy trình: Cán bộ thực hiện tổng kết buổi tập, dặn dò, giao bài tập về nhà cho người bệnh ...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Theo dõi đánh giá bệnh nhân tập luyện theo bài tập vận động tư thế Yoga

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi tập

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt (1983), Tâm thần học
1. Võ Văn Bản, (2008), Điều trị thực hành tâm lý
2. Trần Đình Xiêm và cộng sự (1997), Tâm thần học

PHỤ LỤC

THƯ GIÃN LUYỆN TẬP

Bài 1. Chúng tôi xin trân trọng giới thiệu, GS. Nguyễn Việt – Trưởng Bộ môn Tâm thần trường Đại học Y Hà Nội, chủ nhiệm khoa Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai – trực tiếp trình bày phương pháp Thư giãn Luyện tập. Phương pháp này được Giáo sư hình thành trên cơ sở cải tiến phương pháp Luyện tập tự sinh của Zchult ở phương Tây, đồng thời kết hợp với một số phương pháp trong môn Hachayoga của phương Đông. Sau đây là tiếng nói của Giáo sư.

Phương pháp Thư giãn Luyện tập như tên gọi của nó gồm hai phần có liên quan mật thiết đến nhau, đó là phần Thư giãn và phần Luyện tập. Bây giờ chúng tôi xin giới thiệu phần thứ nhất tức là phần Thư giãn.

Thế nào là Thư giãn? Thư giãn là làm cho tâm thần yên tĩnh, thư thái, làm cho các bắp thịt mềm đi, giãn ra, nói chung là làm mất trạng thái căng thẳng trong tâm thần và trong bắp thịt.

Tại sao Thư giãn lại có tác dụng chữa bệnh? Là vì có khá nhiều bệnh do tâm thần bị căng thẳng gây ra và chữa những loại bệnh này không có phương pháp nào tốt hơn là làm cho tâm thần mất căng thẳng. Ai cũng biết là trong đời sống hàng ngày của chúng ta có rất nhiều cái làm cho chúng ta căng thẳng. Có thể căng thẳng vì quá lo lắng về công tác, quá lo lắng về sinh mệnh chính trị của mình, quá lo lắng về đời sống của con cái v.v... Hai vợ chồng thường xuyên mâu thuẫn với nhau cũng là một điều làm căng thẳng tâm thần. Tình trạng mất đoàn kết kéo dài giữa các cán bộ cùng cơ quan, thường phạt chưa công bằng, phân công chưa phù hợp với năng lực, nguyện vọng v.v... đều là những sự việc làm cho tâm thần ít nhiều bị căng thẳng khi làm việc ở cơ quan. Lúc về nhà cũng thế, có thể có những sự việc làm cho căng thẳng tâm thần, thí dụ con cái hư hỏng không giáo dục được, sinh hoạt khó khăn phải chạy vạy, lẩn lộn để kiếm sống, nhà ở quá chật hẹp, luôn đinh tai nhức óc vì tiếng ồn, tiếng cãi vã xung quanh. Ngoài ra còn có nhiều sự kiện bất ngờ xảy ra làm đảo lộn tâm thần, như người thân yêu nhất bị chết đột ngột, bị vu cáo mà không minh oan được, bị phản bội lừa dối bất ngờ, bị kẻ trộm lấy sạch, nhà cháy v.v... Đó là chưa kể đến sự kiện trong ba cuộc kháng chiến chống thực dân Pháp, chống đế quốc Mỹ và chống bành trướng Trung Quốc vừa qua. Cảnh thương vong, chia ly, bom rơi, đạn nổ, tù đầy, tra tấn... Tất cả những hoàn cảnh nói trên đều tác động vào trạng thái tâm thần của từng người. Người có khả năng chịu đựng tốt những cảnh ngộ khó khăn đau khổ, thì tâm thần chỉ bị căng thẳng nhất thời, sau đó bù trừ được, trở lại bình thường được, nhưng cũng có nhiều người, do đặc điểm tâm lý riêng không chịu đựng được, không thích ứng được và từ đó phát sinh ra những trạng thái bệnh lý rất khác nhau.

Mọi người đều biết là tâm thần chúng ta xuất hiện là do hoạt động của bộ não, của hệ thần kinh và chịu ảnh hưởng của những cơ quan nội tạng khác nhau trong cơ thể và ngược lại, thông qua hệ thần kinh, các cảm xúc tiêu cực như

ghen, giận, buồn phiền, các trạng thái tâm thần căng thẳng đều làm biến đổi các hoạt động của bắp thịt như mạch máu, phổi, tim, dạ dày, ruột, gan, thận v.v...

Vì vậy, như trên đã nói các trạng thái căng thẳng tâm thần có thể gây ra nhiều chứng bệnh rất đa dạng. Có thể gây ra nhức đầu, mất ngủ, lo âu, sợ hãi, có thể gây ra liệt, mù, điếc, tê, co cứng, run giật... cũng có thể gây ra những bệnh như bệnh cao huyết áp, loét dạ dày, hen suyễn...

Có thể nói trạng thái căng thẳng tâm thần có thể gây ra hàng trăm triệu chứng khác nhau. Sự xuất hiện của triệu chứng này hay triệu chứng khác tùy thuộc vào trạng thái tâm thần và trạng thái của các cơ quan nội tạng của từng người. Có thể có người có nhiều thành tích trong chiến đấu và công tác, có nhân cách vững vàng, có nhân sinh quan đúng đắn, nhưng khi bị căng thẳng tâm thần, nhất là căng thẳng kéo dài, vẫn có thể mắc một chứng bệnh này hay chứng bệnh khác là vì đồng thời với trạng thái tâm thần bị căng thẳng còn có nhiều yếu tố khác trong cuộc sống tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh phát sinh. Thí dụ như bị bệnh nhiễm khuẩn, chấn thương sọ não, suy dinh dưỡng, mất ngủ kéo dài...

Như vậy, bị một chứng bệnh do căng thẳng tâm thần không có nghĩa là người bị bệnh yếu về tư tưởng, kém về nhân cách. Nhiều người nghĩ mình như thế, sợ người ta đánh giá mình như thế là không đúng. Không ít những trường hợp, những người có ý chí cách mạng lớn, có nhân cách vững vàng, nhưng bị căng thẳng tâm thần lâu ngày vẫn sinh ra các chứng cao huyết áp, nhức đầu dai dẳng, run tay chân v.v...

Có nhiều cách chữa bệnh do căng thẳng tâm thần gây ra. Có thể dùng thuốc, có thể châm cứu, xoa bóp chạy chữa... Nhưng tất cả đều chưa phải là chữa tận gốc. Muốn chữa tận gốc là phải dùng đến phương pháp làm mất trạng thái căng thẳng không những ở trong tâm thần mà còn thể hiện ở trong cơ thể đó là phương pháp thư giãn.

Tại sao thư giãn lại làm mất căng thẳng? Chúng ta dễ dàng nhận thấy rằng trạng thái căng thẳng bên trong được thể hiện ra bên ngoài bằng nhiều cách khác nhau. Cách thể hiện quan trọng nhất là thể hiện bằng trạng thái căng thẳng các bắp thịt. Nhìn một người đang ngủ ngon, không suy nghĩ gì, không lo buồn sợ hãi gì, thì các bắp thịt ở mặt mềm mại, các đường nét giãn ra, phẳng lặng. Ngược lại, một người đang buồn phiền thì mặt mày ủ rũ, da nhăn, mày nhíu, một người đang giận dữ thì đỏ mặt tía tai, mắt trợn, mày rung, bắp thịt ở mặt thì căng ra, hằn lên...

Như vậy, trạng thái căng thẳng tâm thần tác động lên các bắp thịt và gây ra căng thẳng các bắp thịt. Và chúng ta cũng nhận thấy các trạng thái ngược lại đó là trạng thái bắp thịt thư giãn, thoải mái thì lại rất tốt cho trạng thái tâm thần. Trạng thái giãn mềm các bắp thịt làm cho tâm thần thư thái, làm cho các cơ quan nội tạng hoạt động điều hòa. Hiện tượng này hiện nay đã được chứng minh rõ ràng qua thực tiễn chữa bệnh và qua các thực nghiệm tâm sinh lý sử dụng những

sự ghi chép khách quan của các máy ghi điện não, điện cơ, điện tim v.v... Cơ chế rất giản đơn, nhưng biết sử dụng cơ chế này thì tác dụng hết sức to lớn.

Hiện nay nhiều nước trên thế giới đã áp dụng hiện tượng giãn cơ này để chữa có kết quả nhiều bệnh khác nhau không điều trị khỏi được bằng các phương pháp khác. Bằng cách nào có thể thư giãn tâm thần và bắp thịt? Chúng ta biết rằng, mọi hoạt động trong cơ thể đều chịu sự điều khiển của hệ thần kinh. Chúng ta muốn nhắm mắt, ý nghĩ ấy được truyền đến hệ thống vận động mắt và mắt nhắm ngay. Chúng ta muốn đưa tay lên, ý nghĩ ấy được truyền đến hệ thống vận động tay và tay đưa lên ngay được. Nhắm mắt, đưa tay là những hoạt động hữu ý, tức là vận động có ý thức, theo ý muốn của con người. Con người có thể điều khiển rất dễ dàng hệ thống vận động hữu ý này. Những diễn viên xiếc và những người nhờ luyện tập công phu đã điều khiển đến trình độ chính xác nhất, tinh vi nhất hệ thống vận động này. Trong con người, còn có một loại vận động khác mà người ta gọi là vận động vô thức, ngoài ý muốn như tim đập, phổi thở, dạ dày co bóp, ruột nhu động, mạch máu co giãn... Những vận động này chịu sự điều khiển của hệ thần kinh thực vật tức là hệ giao cảm và đối giao cảm. Đặc biệt hệ thống thực vật này thường biến đổi dưới tác động của các cảm xúc mạnh, các cảm xúc tiêu cực. Vì vậy, các trạng thái căng thẳng tâm thần thường gây ra rối loạn hệ thống vận động vô thức này. Thường ngày, hệ thống này vẫn hoạt động dường như tự trị để phản ứng mau lẹ với các biến đổi ở trong và ngoài cơ thể để tiết kiệm năng lượng cho vỏ não khỏi phải chỉ huy liên tục về nhiều mặt, nhưng thực ra nó vẫn liên lạc chặt chẽ với hoạt động của vỏ não, với ý thức, và khi cần thiết, hoạt động của ý thức, của ý muốn, thức là hoạt động của vỏ não có thể điều chỉnh cả hoạt động vô thức này. Bằng ý nghĩ, bằng ý muốn, chúng ta không những bảo mắt phải nhắm lại, hay tay phải đưa lên, mà còn bắt tim đập nhanh hơn hay chậm lại, người nóng lên hay lạnh đi. Chỉ khác một điều là đối với loại vận động hữu ý, không cần luyện tập con người vẫn có thể điều khiển dễ dàng, còn đối với loại vận động vô thức này, thì phải luyện tập mới điều khiển được. Chính phương pháp Thư giãn – Luyện tập và phương pháp tập luyện cho con người có khả năng điều chỉnh mọi hoạt động hữu ý cũng như vô thức của cơ thể theo ý muốn và từ đó tự mình điều chỉnh lại những lệch lạc, rối loạn trong cơ thể do bệnh gây ra đặc biệt là những bệnh do tâm thần căng thẳng gây ra.

Qua các hiện tượng ám thị, thôi miên và qua các công trình thực nghiệm tâm sinh lý, người ta đã chứng minh rõ ràng ý nghĩ của bản thân chúng ta hay ý nghĩ của một người khác tác động vào tâm thần chúng ta có thể thông qua hệ thần kinh vận động hữu ý và vô thức, gây ra nhiều biến đổi khác nhau trong cơ thể. Điều này qua luyện tập chúng ta có thể nhìn thấy rất rõ trong bản thân chúng ta. Vì vậy, điểm chủ yếu của phương pháp chữa bệnh là yêu cầu chúng ta phải tập trung tư tưởng cao độ để tạo ra khả năng điều chỉnh lại các hoạt động trong cơ thể chúng ta. Nhưng tập trung tư tưởng cũng phải biết cách luyện tập. Trước hết phải nhắm mắt, khi tập luyện phải loại trừ mọi hình ảnh, mọi kích thích từ bên ngoài đến làm cho chúng ta không nghĩ đến những sự việc khác mà

làm mất tập trung tư tưởng. Ngoài ra, nếu muốn tập trung vào một ý, chúng ta phải cô lập ý đó thành một câu ngắn gọn rồi nhắm câu ấy trong khi tập. Làm như thế thì tâm thần khỏi mông lung và không có một ý nghĩ nào khác có thể xen lẫn vào được nữa và có như thế thì ý ấy mới có thể tập trung đầy đủ sức mạnh điều chỉnh cơ thể chúng ta biến đổi theo chiều hướng mong muốn. Chính vì thế mà trong mỗi bài tập, chúng ta đều phải nhắm thâm trong óc một câu nhất định nhằm mục đích tập trung ý nghĩ chứ không có một mục đích bí ẩn nào khác. Cố nhiên, chúng ta phải nhắm một cách nghiêm túc với tất cả lòng tin, với trí tưởng tượng cao độ thì ý nghĩ ấy mới thể hiện nhanh chóng và rõ rệt trong cơ thể được. Trong khi tập, nếu chúng ta kết hợp được thư giãn với phương pháp thở bụng kiểu khí công thì tác dụng càng lớn hơn vì lối thở này giúp chúng ta tập trung ý nghĩ, làm yên dịu tâm thần, điều hòa các nội tạng. Chúng ta sẽ được hướng dẫn kỹ hơn cách thở này trong phần Luyện tập có liên quan mật thiết đến phần Thư giãn.

Mỗi tác giả ở mỗi nước có một phương pháp thư giãn riêng. Phương pháp của các tác giả cổ điển bao gồm nhiều bài tập kéo dài trong một thời gian khá lâu. Các phương pháp hiện đại có khuynh hướng chung là giảm bớt bài tập và rút ngắn thời gian lại. Chúng tôi áp dụng một phương pháp ngắn gọn gồm 3 bài tập cơ bản và tối đa sau hai tuần đã có thể chuyển sang những bài tập chuyên biệt trực tiếp chữa bệnh. Bài tập thứ nhất gọi là bài tập “Thư thái tâm thần”; bài tập thứ hai gọi là bài tập “Giãn mềm cơ bắp”, bài tập thứ ba gọi là bài tập “Sưởi ấm cơ thể”. Trong phương pháp này, chúng tôi áp dụng phương châm tự rèn luyện là chính, thầy thuốc chỉ giúp đỡ khi luyện tập lúc đầu ở bệnh viện. Ở nhà, bệnh nhân phải tự tập, đều đặn, tích cực và kiên trì. Kết quả nhiều hay ít phụ thuộc vào lòng tin vào phương pháp và tính kiên trì tập luyện. Phải tập đúng phương pháp, lấy tập trung tư tưởng làm chủ yếu kết hợp với thở kiểu khí công. Khi hướng dẫn, chúng tôi hướng dẫn cả ba bài một lần cho tiện, nhưng khi tập phải tiến lên từng bước, làm tốt bài một, rồi đến bài hai, sau cùng mới đến bài ba.

Bản thân phương pháp thư giãn có hiệu lực riêng của nó. Ở nhiều nơi trên thế giới, người ta chỉ dùng thư giãn để chữa bệnh cũng có kết quả. Ở chỗ chúng tôi, cùng với phương pháp thư giãn, chúng tôi kết hợp thêm phương pháp luyện tập để làm cho kết quả lớn hơn, bền vững hơn. Phương pháp thư giãn luyện tập không những dùng để chữa bệnh mà còn dùng để phòng bệnh nhằm nâng cao thể lực hay tâm thần cho những người già, những người làm việc căng thẳng trí óc, hoặc làm việc trong những điều kiện vật lý gian khổ, cho tất cả những ai muốn có tâm thần và thể xác bền vững, dẻo dai. Ở người bệnh nặng thì nặng về thư giãn hơn, ở người lành lặn thì nặng về phần luyện tập hơn dù trong luyện tập cũng phải có thư giãn và thở đúng phương pháp.

Nhận định phương pháp này, có người cho là dễ những cũng có người cho là khó. Thực ra, không dễ mà cũng không khó. Không dễ là vì bề ngoài trong có vẻ giản đơn, ai cũng tập được, nhưng muốn có phương pháp này, trước tiên phải

có những phương pháp khác đã được thử thách lâu dài để chúng ta rút kinh nghiệm. Lại phải có hàng chục phương pháp hiện nay đang áp dụng có kết quả ở nhiều nước tiên tiến trên thế giới để chúng ta so sánh, học tập. Chúng tôi không phải là người sáng tạo ra phương pháp này, nhưng điểm chủ yếu của phương pháp này đều nằm trong các phương pháp khác mà chúng tôi biết kết hợp lại cho phù hợp với hoàn cảnh, tâm sinh lý và thể lực của người bệnh, người bình thường ở nước chúng ta mà thôi. Chúng tôi làm cho ngắn gọn để phù hợp với thì giờ hoàn cảnh sinh hoạt của chúng ta, nhưng không phải chỉ tập trong 3 bài và một số động tác là có kết quả ngay. Không dễ là ở chỗ phương pháp đòi hỏi phải kiên trì. Chúng tôi xin nhắc lại là muốn có kết quả bền vững phải tập đúng phương pháp, tin tưởng tuyệt đối vào phương pháp và nhất là phải kiên trì tập. Nhưng cũng không khó vì tính kiên trì sẽ xuất hiện khi nghe xong bài này hiểu rõ được cơ chế và nhất là tác dụng chữa bệnh của phương pháp.

Nếu bạn biết rằng hiện nay ở các nước tiên tiến trên thế giới, một số rất đông người bệnh và người lành mạnh đang kiên trì tập luyện những phương pháp tương tự để phục hồi và nâng cao sức khỏe kể cả những nhà du hành vũ trụ - những người nhờ thư giãn và luyện tập đã có được một tâm thần thư thái và một thể lực bền bỉ với sức chịu đựng một hành trình vô cùng căng thẳng về mặt tâm lý và vô cùng khó khăn về mặt thể lực. Tính kiên trì cũng sẽ đến nếu như bạn biết rằng tại Khoa Tâm thần bệnh viện Bạch Mai, nhờ luyện tập theo phương pháp này, có những sinh viên thực nghiệm đã là tăng nhiệt độ da lên 4 độ rưỡi, làm tim đập chậm lại 32 nhịp, làm tăng chỉ số đường trong máu, bình thản để kim đâm vào bàn tay. Và cũng nói thêm, trong nhiều năm qua, cũng chữa khỏi được nhiều bệnh tâm căn như bệnh tâm căn suy nhược, bệnh tâm căn Hysteria như tê, liệt, câm, run v.v... và nhiều bệnh cơ thể tâm sinh khác như cao huyết áp, hen suyễn, loét dạ dày, sạm da, ngứa, viêm đại tràng, thiếu năng sinh dục v.v... Chúc bạn có đầy đủ lòng tin và tính kiên trì để bước vào quá trình thư giãn và luyện tập của chúng ta.

Bài 2. Bây giờ chúng tôi hướng dẫn bạn tập thư giãn. Trước khi tập, chúng ta hãy làm quen với phương pháp thư giãn được tóm lược tắt lại thành mấy điểm cơ bản sau đây.

1. Chúng ta có thể tập trong tư thế nằm, nhưng cũng có thể tập trong tư thế ngồi thoải mái trên ghế tựa. Sau khi tập thành thạo, chúng ta có thể thư giãn ở bất cứ tư thế nào.

2. Ở nhà nên tập vào những lúc mà xung quanh đã tương đối yên lặng, thuận tiện nhất là vào buổi tối trước khi đi ngủ, vào buổi sáng khi thức dậy và buổi trưa trong giờ nghỉ.

3. Lúc tập nên nhắm mắt, thở từ từ, đều đặn, nhẹ nhàng, tốt nhất thở theo kiểu khí công. Cần để các cơ bắp toàn thân trong trạng thái duỗi mềm không lên gân lấy sức.

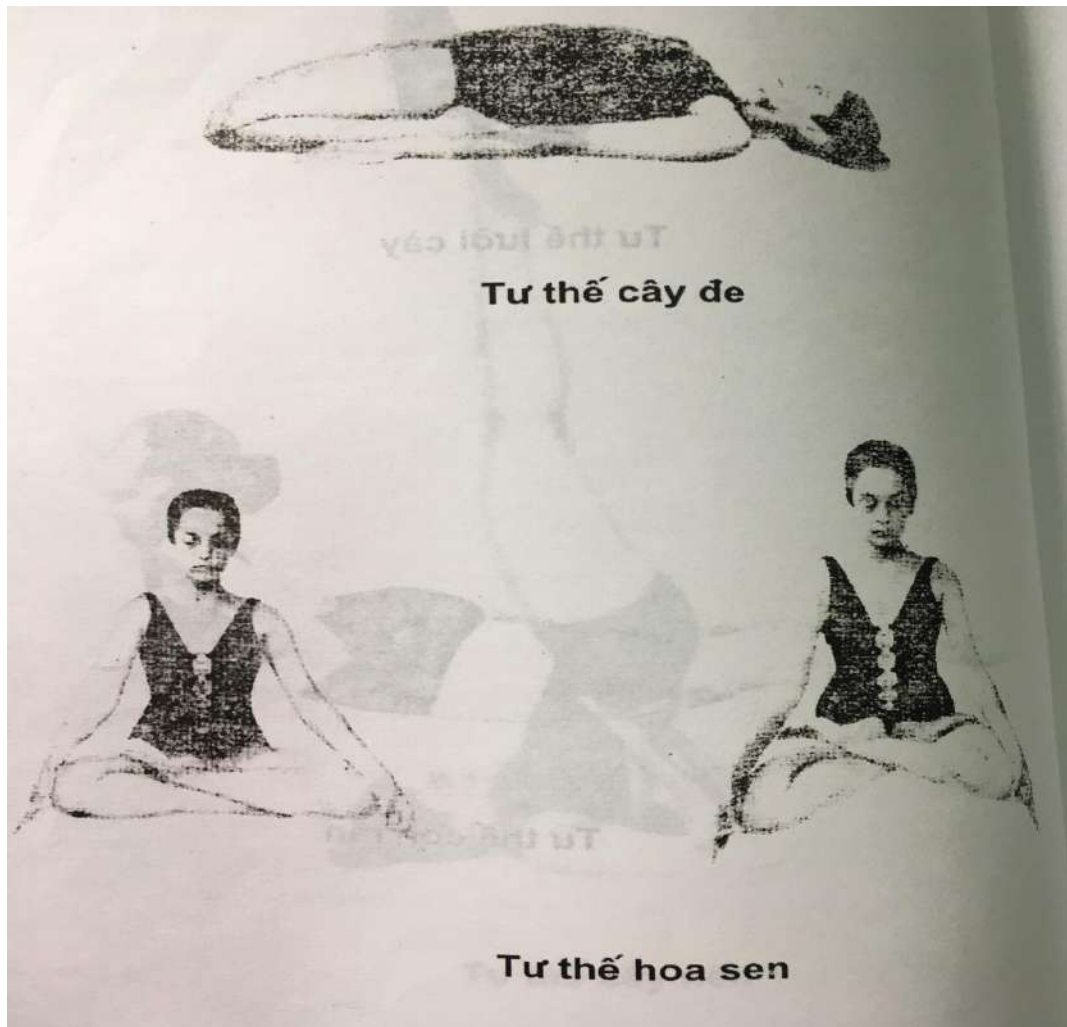
4. Mỗi bài tập đều có một câu ngắn gọn 4 từ hay 2 từ cần phải nhắm trong óc để tập trung ý nghĩ. Lúc tập theo chúng tôi, chỉ cần nhắm đúng theo lời nói của chúng tôi mà thôi, nhưng khi tập một mình ở nhà thì phải nhắm nhịp nhàng theo hơi thở, thở ra nhắm 1 từ hay 2 từ, hít vào nhắm 1 từ hay 2 từ.

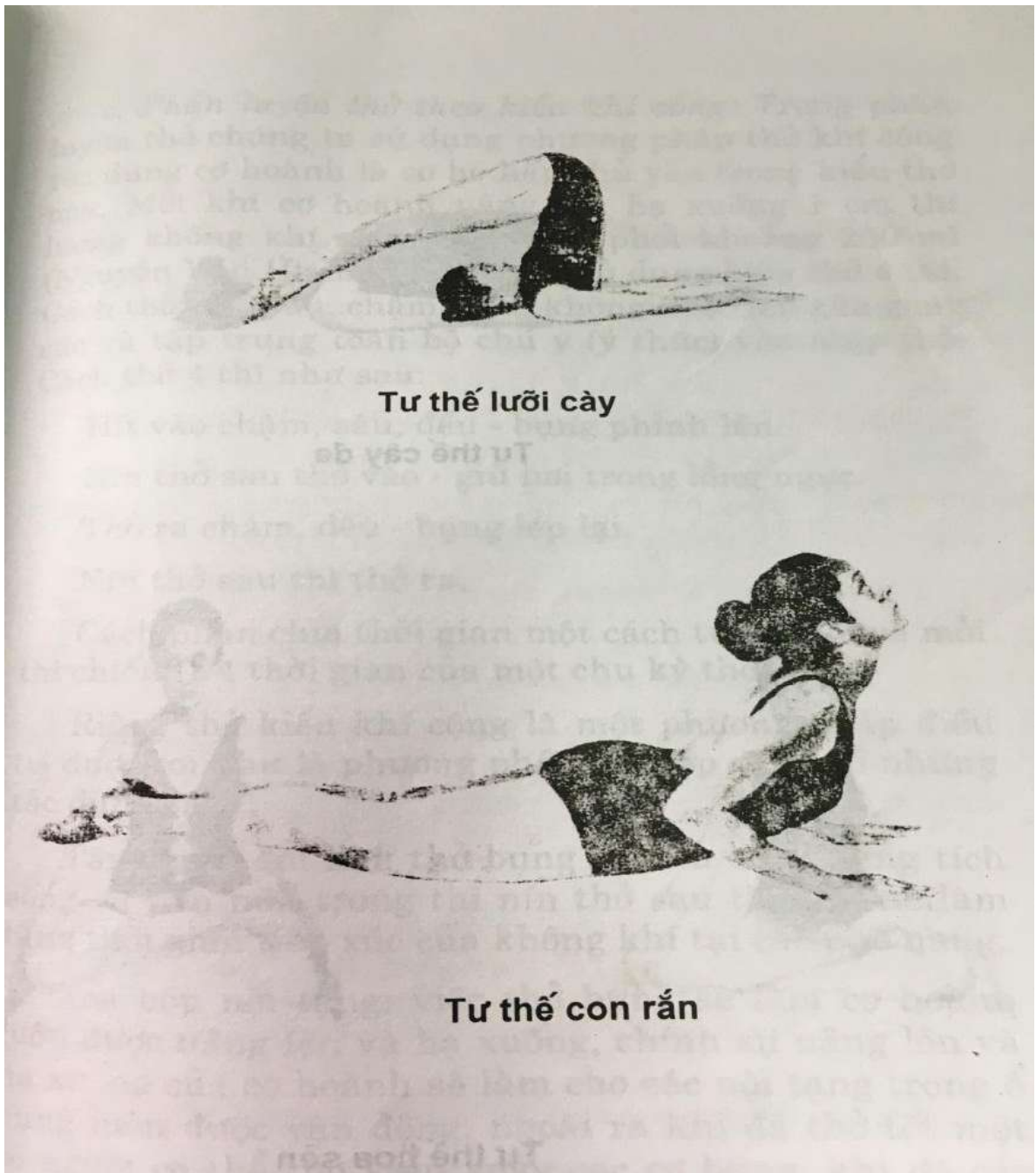
5. Khi nhắm cần phải tưởng tượng cao độ để câu nhắm được thể hiện rõ rệt và nhanh chóng trong cơ thể. Trong bài 1 “*Tâm thần thư thái*”, khi nhắm câu “*Tâm thần yên tĩnh*” thì phải tưởng tượng cơ thể rất thoải mái dễ chịu, tâm thần thư thái lâng lâng, không có một ý nghĩ lo buồn nào lớn vồn trong óc, xung quanh lặng lẽ yên dịu. Trong bài “*Giãn mềm cơ bắp*”, khi nhắm câu “*Toàn thân nặng dần*” thì phải tưởng tượng các cơ bắp giãn mềm, tay chân đầu mình đều nặng, không nhấc lên được, mỗi lúc đều trĩu xuống giường. Trong bài “*Sưởi ấm cơ thể*” khi nhắm câu “*Toàn thân ấm dần*”, phải tưởng tượng có một làn hơi ấm tỏa ra từ khắp cơ thể mỗi lúc một ấm hơn. Để bài tập gây kết quả liên tục, chúng tôi hướng dẫn 3 bài liên không ngắt quãng, khi tập ở nhà, nên tập từng phần một, tiến lên từng bước chắc chắn.

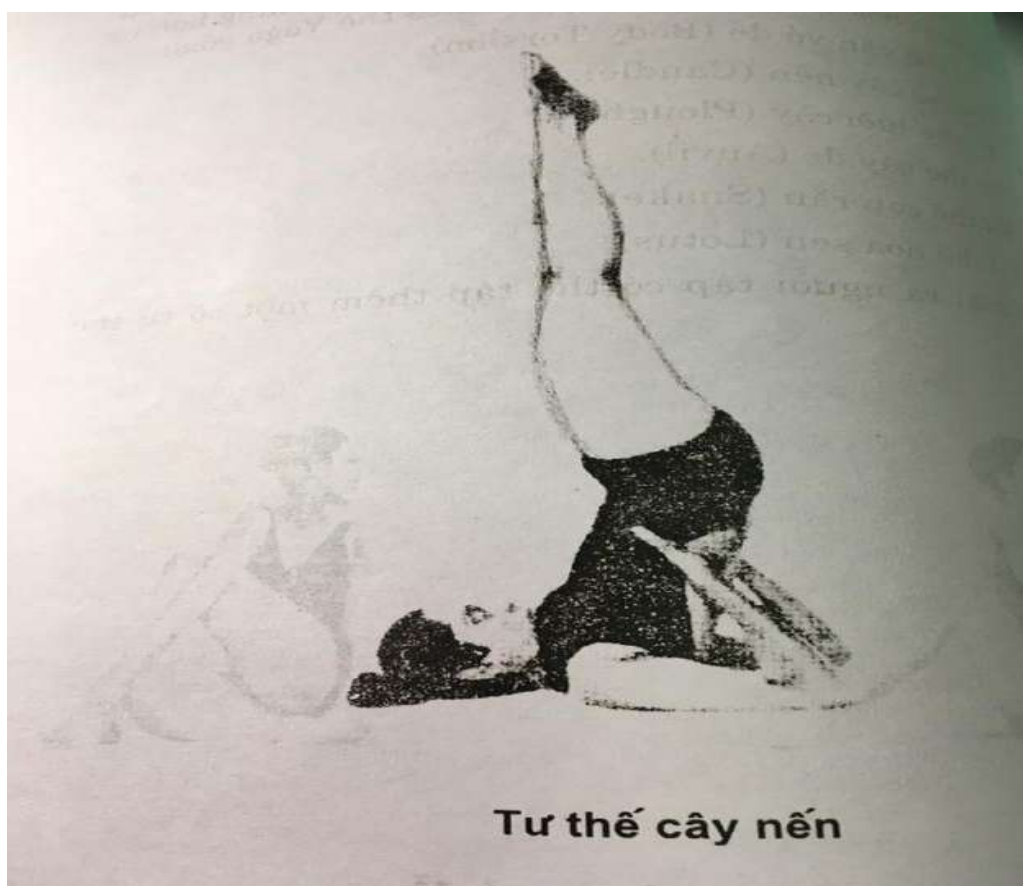
Bài 3. Bây giờ chúng ta bắt đầu tập. Nằm thoải mái, tay chân duỗi thẳng, cơ bắp để mềm hoàn toàn. Nằm thoải mái, tay chân duỗi thẳng, cơ bắp để mềm hoàn toàn. Nhắm mắt lại, nhắm mắt lại, thở từ từ đều đặn nhẹ nhàng, thở từ từ đều đặn nhẹ nhàng. Chúng ta bắt đầu tập bài “*Tâm thần thư thái*”. Nhắm thần trong óc câu “*Toàn thân yên tĩnh*”. “*Toàn thân yên tĩnh*”5. Nhắm từ từ nhịp nhàng, nhắm từ từ nhịp nhàng. “*Toàn thân yên tĩnh*”5. “*Hãy tưởng tượng toàn cơ thể rất thoải mái dễ chịu*”2; “*Tâm thần thư thái lâng lâng*”2, “*Xung quanh lặng lẽ yên dịu, tiếp tục nhắm, “Toàn thân yên tĩnh*”5, “*thở từ từ đều đặn nhịp nhàng*”2, “*cơ bắp để mềm hoàn toàn*”, “*toàn thân yên tĩnh*”10.

Bài 4. Bây giờ chúng ta chuyển sang bài “*Giãn mềm cơ bắp*”. “*Đề tay chân hoàn toàn giãn ra, không còn lấy một tí sức nào*”2, nhắm theo chúng tôi: “*Tay phải nặng dần*”5. “*Hãy tưởng tượng tay phải mỗi lúc một nặng hơn trĩu xuống dính chặt vào giường*”2. Tiếp tục nhắm: “*Tay phải nặng dần*”10. Bây giờ chúng ta chuyển sang “*Tay trái nặng dần*”. “*Tay trái nặng dần*”5. “*Tiếp tục thở đều đặn nhịp nhàng*”2, “*tập trung toàn bộ tư tưởng vào bài tập*”2. Tiếp tục nhắm: “*Tay trái nặng dần*”10. Bây giờ đến Hai chân nặng dần. “*Hai chân nặng dần*”10. “*Hãy tưởng tượng hai chân mỗi lúc một nặng hơn trĩu xuống*”2. Tiếp tục nhắm “*Hai chân nặng dần*”10. Bây giờ đến “*Toàn thân nặng dần*”10. “*Hãy tưởng tượng toàn thân mỗi lúc một nặng hơn trĩu xuống dính chặt vào giường*”2. Tiếp tục nhắm “*Toàn thân nặng dần*”10.

Bài 5. Bây giờ chúng ta chuyển sang bài “*Sưởi ấm cơ thể*”. Đề nghị nhắm theo chúng tôi: “*Tay phải ấm dần*”10. “*Vẫn nhắm mắt, thở đều đặn, nhẹ nhàng*”2. “*Hãy tưởng tượng có một làn hơi ấm tỏa ra từ tay phải mỗi lúc một ấm hơn*”2. Tiếp tục nhắm “*Tay phải ấm dần*”10.

MỘT SỐ BÀI TẬP PHẦN LUYỆN TẬP THEO TƯ THẾ YOGA





40. TRỊ LIỆU TÂM LÝ NHÓM

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tâm lý nhóm (Group Psychotherapy) là một hình thức điều trị mà trong đó nhiều người bệnh cùng được tham gia, họ được lựa chọn một cách cẩn thận và được hướng dẫn bởi nhà liệu pháp nhóm nhằm thay đổi hành vi, nhận thức, cảm xúc không thích ứng của từng thành viên thông qua sự tác động tương hỗ và sự thông cảm giữa các thành viên trong nhóm.

**Cơ chế:*

Tác động cùng lúc lên nhiều bệnh nhân nhằm điều chỉnh, phục hồi và thay đổi hành vi, nhận thức, cảm xúc không thích ứng của từng thành viên trong nhóm thông qua việc thiết lập lại các mối quan hệ liên cá nhân, khuyến khích sự hồi tưởng và nhớ lại những trải nghiệm trong cuộc sống trước đây, khuyến khích tham gia vào các cuộc trò chuyện của nhóm.

Tạo điều kiện để loại bỏ hoặc làm thuyên giảm sự căng thẳng về cảm xúc, hướng dẫn các mẫu ứng xử phù hợp, huấn luyện các kỹ năng xử lý các mâu thuẫn, nâng cao lòng tự trọng (hỗ trợ việc nhớ lại những thành tích và năng lực trước đây), khuyến khích sự thể hiện bản thân bằng lời nói và cảm xúc nhằm điều chỉnh những nét tính cách chưa phù hợp.

Tạo ra những thay đổi về nhận thức, cách cư xử và sự phát triển tính cách của mỗi người bệnh, hỗ trợ họ trong việc ra quyết định, giải quyết vấn đề và cách sắp xếp ưu tiên trong cuộc sống của họ.

Tăng cường xã hội hóa và giảm sự cô lập (khuyến khích hành vi hỗ trợ lẫn nhau giữa các thành viên trong nhóm), giúp phát triển mối quan hệ hài hòa nhằm mục đích tăng cường sự tham gia của họ trong nhóm, tạo sự gắn bó về mặt tình cảm, sự chấp nhận để hiểu người khác; giúp họ có cơ hội để quan sát, bắt chước và được cô vũ về mặt xã hội.

Tạo ra những thay đổi về hành vi: Khuyến khích các hành vi xã hội phù hợp, nâng cao kỹ năng xã hội

Quản lý chứng mất trí nhớ và định hướng thực tế (kết nối ký ức và chủ đề với các sự kiện hiện tại) làm: (1) Tăng khoảng chú ý; (2) Tăng khả năng diễn đạt bằng lời nói; (3) Tăng cường kỹ năng xã hội; (4) Tăng kích thích giác quan; (5) Tăng cường lòng tự trọng và giá trị bản thân.

2. CHỈ ĐỊNH

Trị liệu tâm lý nhóm được sử dụng rộng rãi trong các trường hợp:

- Người bệnh có vấn đề trong các mối quan hệ
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn sự thích ứng, rối loạn dạng cơ thể,...
- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm, lưỡng cực,...

- Các rối loạn liên quan sử dụng chất
- Hành vi nghiện: cờ bạc, game,...
- Các rối loạn liên quan đến sự phát triển: ADHD, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn kiểm soát xung động,...
- Rối loạn ăn uống, Rối loạn giấc ngủ, Rối loạn tình dục
- Một số rối loạn khác: Tâm thần phân liệt và rối loạn liên quan, rối loạn nhân cách,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh không có khả năng diễn đạt ngôn ngữ, không có khả năng làm theo hướng dẫn, sợ hãi khi giao tiếp đám đông
- Tâm thần phân liệt cấp và đang trong giai đoạn tiền triển nặng.
- Tự kỷ, chậm phát triển tâm thần mức độ nặng/ trầm trọng, sa sút trí tuệ.
- Người bệnh có hành vi gây rối

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

02 nhân lực: 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần, 01 điều dưỡng trình độ đại học được đào tạo bổ sung/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy (A4, A0, A3), bút (bi, chì, dạ)
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Bảng flipchart, máy chiếu, máy tính, mic, loa bluetooth

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị nhóm người bệnh từ 06 – 10 người trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 60-120 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Thông thường, một liệu trình trị liệu tâm lý nhóm kéo dài 8 buổi. Tuy nhiên, số lượng phiên sẽ thay đổi tùy đáp ứng của người bệnh.

6.1. Giai đoạn 1: Lựa chọn và chuẩn bị xây dựng nhóm

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh và gia đình của họ thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện

- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh

- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Giai đoạn 2: Tọa đàm tâm lý nhóm và lên kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh

- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên

- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.4. Giai đoạn: Trị liệu

Tùy thuộc vào vấn đề của người bệnh, kế hoạch trị liệu sẽ được Cán bộ thực hiện trị liệu thực hiện dưới sự thống nhất với người bệnh. Tùy theo định hướng lý thuyết của mình, nhà trị liệu có thể sử dụng các kỹ thuật tâm lý khác nhau để mang lại hiệu quả cao nhất cho người bệnh.

Trong quá trình thực hiện chương trình điều trị có thể xuất hiện những vấn đề mới, khi đó cả hai bên có thể điều chỉnh, thống nhất lại kế hoạch điều trị.

6.5. Giai đoạn: Kết thúc

Cán bộ thực hiện trị liệu đánh giá những mục tiêu đã đạt được

Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định những vấn đề chưa đạt được của người bệnh để củng cố, dự phòng, ngăn ngừa tái phát.

Người bệnh có quyền dừng điều trị nếu thấy quá trình liệu pháp tâm lý không đạt được kết quả như dự kiến. Họ có thể chuyển sang dạng điều trị khác hoặc chuyển Cán bộ thực hiện trị liệu khác.

Cán bộ thực hiện trị liệu thống nhất lịch hẹn với người bệnh sau một khoảng thời gian nhất định. Đợt điều trị kết thúc không có nghĩa là mọi vấn đề đã được giải quyết. Do đó cần có buổi gặp lại giữa Cán bộ thực hiện trị liệu với người bệnh nhằm giúp người bệnh điều chỉnh hoặc nhà trị liệu đưa ra những tư vấn cần thiết cho người bệnh.

Hướng dẫn người bệnh sử dụng công cụ, tài liệu để theo dõi quá trình thực hiện các hoạt động của bản thân sau thời gian điều trị.

Hoạt động của một phiên trị liệu kéo dài khoảng 60-120 phút:

- Bước 1: Chuẩn bị không gian & người bệnh (10–15 phút trước giờ bắt đầu)

- + Kiểm tra không gian an toàn (ghế ngồi vòng tròn, ánh sáng, âm thanh, nước uống)
- + Đảm bảo riêng tư – không bị gián đoạn
- + Có bảng hoặc giấy bút nếu cần ghi chú kỹ thuật
- + Kiểm tra lại nội dung buổi hôm nay & kế hoạch nhóm

- Bước 2: Mở đầu – giới thiệu & thiết lập mối quan hệ trị liệu (10–15 phút)

Mục tiêu: Tạo sự kết nối, ổn định năng lượng nhóm, thiết lập an toàn tâm lý

- + Lời chào – nhắc lại quy tắc nhóm: bảo mật, không phán xét, tự nguyện chia sẻ
- + Đánh giá nhanh: “Mỗi người chia sẻ 1 từ về trạng thái cảm xúc hiện tại”, hoặc: “Điều bạn mang đến hôm nay là gì?”
- + Khởi động ngắn (2–3 phút): Hít thở – quan sát cơ thể – hiện diện tại đây và bây giờ

- Bước 3: Nội dung chính – chủ đề trị liệu (60–75 phút)

Mục tiêu: Khai thác nội dung trị liệu trọng tâm qua thảo luận, kỹ thuật, và phản hồi nhóm. Hai dạng nội dung chính:

- + Nhóm định hướng quá trình
- + Không chủ đề cố định → khai thác dòng cảm xúc – tương tác nhóm
- + Vai trò nhà trị liệu: Gợi mở – làm rõ – phản ánh – can thiệp động lực nhóm
- + Nhóm định hướng kỹ năng/chủ đề

+ Ví dụ buổi theo chủ đề:

“Đôi phó suy nghĩ tự phán xét”

“Giới hạn cá nhân trong các mối quan hệ”

“Kỹ năng điều hòa cảm xúc khi bị kích hoạt”

Hoạt động thường dùng:

+ Viết nhật ký nhóm, vẽ, làm việc cặp đôi

+ Bài tập trị liệu

+ Chia sẻ theo vòng tròn – hỏi & phản hồi

+ Vai trò nhà trị liệu: dẫn dắt – giữ an toàn – can thiệp tương tác có ý nghĩa

- Bước 4: Tổng kết – tích hợp – kết thúc (15–20 phút)

Mục tiêu: Giúp nhóm rút ra ý nghĩa, tích hợp trải nghiệm, ổn định cảm xúc trước khi rời khỏi

+ Câu hỏi kết thúc:

“Hôm nay bạn mang theo điều gì?”

“Có điều gì bạn muốn làm khác trong tuần tới sau buổi hôm nay?”

“Bạn có cảm xúc gì nổi bật sau khi nghe người khác chia sẻ?”

+ Gọi ý “mang theo” một điều ra khỏi phòng: Một hình ảnh – một cảm xúc – một câu nói – một ý định

+ Nhắc lại: trách nhiệm tự chăm sóc sau phiên

“Nếu bạn thấy cảm xúc dư âm sau buổi hôm nay – hãy ghi lại, gọi người tin tưởng, hoặc viết thư cho chính mình.”

- Bước 5: Giao bài tập/theo dõi tuần sau (nếu có)

+ Viết nhật ký cảm xúc

+ Quan sát 1 hành vi cụ thể và ghi lại phản ứng

+ Áp dụng kỹ năng đã luyện trong nhóm (chánh niệm, giới hạn, tự nói với bản thân...)

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình thảo luận nhóm

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình “Group Therapy Programming”, 2015. Group Therapy Programming (buildingtherapyleaders.com).
2. Nguyễn Công Khanh (2017), Liệu pháp tâm lý, cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB học Quốc Gia Hà Nội.
3. Phạm Toàn (2018), Tâm lý liệu pháp (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TP HCM.
4. Raymond J.Corsini, Danny Wedding (2016). Tâm lý liệu pháp đương đại, Tái bản lần thứ 8, dịch từ nguyên bản tiếng Anh.
5. Trần Thị Minh Đức (2009), Giáo trình Tham vấn tâm lý, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
6. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.

41. TRỊ LIỆU TÂM LÝ GIA ĐÌNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu tâm lý gia đình (Family Psychotherapy) là một loại hình trị liệu gia đình có thể giúp các thành viên trong gia đình cải thiện giao tiếp, giải quyết xung đột, cải thiện bầu không khí gia đình. Mặt khác, liệu pháp cũng cung cấp kỹ năng mới cho các thành viên trong gia đình để trợ giúp người bệnh đang gặp khó khăn về vấn đề tâm lý.

**Cơ chế:*

Trị liệu gia đình coi trọng cấu trúc và tổ chức của một gia đình (kiểu hành vi, thói quen, thói quen giao tiếp...) nhằm giải quyết các nhu cầu tâm lý và cảm xúc của gia đình và tập trung giải quyết những khiếm khuyết trong cấu trúc gia đình để khôi phục chức năng bình thường của hệ thống gia đình, khắc phục sự mất cân bằng trong gia đình, đảm bảo trật tự gia đình hoạt động hiệu quả nhằm thiết lập bầu không khí hòa thuận trong gia đình.

Làm giảm cảm xúc căng thẳng, thiết lập lại trạng thái cân bằng đã bị phá vỡ trong gia đình và tạo ra những cuộc đối thoại bình đẳng, cải thiện giao tiếp, cải thiện thứ bậc trong gia đình, tăng cường năng lực và sự hài lòng của cha mẹ giúp mỗi người nhận ra những điểm tích cực cũng như tiêu cực trong các quan hệ của họ.

Giúp xây dựng mối quan hệ gia đình, giúp các cá nhân cải thiện phản ứng của họ trước nhu cầu thay đổi, quản lý hành vi thích nghi của các thành viên trong gia đình, cung cấp kỹ năng làm cha mẹ, xây dựng quy tắc ứng xử trong gia đình, sử dụng các kỹ thuật kỷ luật tích cực, giúp các thành viên trong gia đình hiểu và chấp nhận thực tế đang xảy ra trong gia đình họ và họ tự giải quyết.

Cơ cấu lại hệ thống tương tác trong gia đình, thiết lập ranh giới lành mạnh nhằm tăng cường khả năng thích ứng của gia đình trước tác động của môi trường.

Những thay đổi trong cách ứng xử cố hữu của gia đình sẽ cải thiện bầu không khí bế tắc trong gia đình, giúp các cá nhân hiểu hơn về bản thân, về các thành viên khác và về những hành vi ứng xử trong mối tương tác với người khác. Từ đó tạo ra sự thay đổi, cải thiện môi trường sống, làm giảm nguy cơ duy trì và phát triển hành vi không thích nghi trong gia đình. Các thành viên sử dụng những tiềm năng mới và tăng cường khả năng đối mặt với căng thẳng, xung đột. Đồng thời xây dựng những phương pháp giáo dục phù hợp (kỷ luật tích cực, khen thưởng tích cực) với người bệnh, giúp gia đình quản lý những hành vi thích hợp ở người bệnh.

Thông thường, một liệu trình của liệu pháp gia đình kéo dài khoảng 8 phiên. Tuy nhiên, số lượng phiên thay đổi khác nhau tùy tình trạng gia đình và các vấn đề của người bệnh cụ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

Trị liệu tâm lý gia đình được chỉ định rộng rãi trong nhiều trường hợp:

- Người bệnh có vấn đề trong các mối quan hệ trong gia đình.
- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng,...
- Tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, rối loạn về kiểm soát xung động, chậm phát triển tâm thần,...
- Sử dụng chất tác động tâm thần
- Một số rối loạn khác: rối loạn chức năng tình dục, rối loạn nhân cách,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

THẬN TRỌNG

- Người bệnh loạn thần cấp, tâm thần phân liệt nặng hoặc trầm trọng, kích động và có hành vi chống đối.
- Người bệnh hoặc người nhà mất khả năng nhận thức, không có khả năng giao tiếp

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị nhóm người bệnh là 01 gia đình từ 2 - 6 người (bố, mẹ, người bệnh và những người có liên quan) trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 60-90 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu gia đình có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Xây dựng mối quan hệ

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần tìm hiểu cách tương tác của các thành viên trong gia đình

- Cán bộ thực hiện trị liệu làm giảm lo lắng/ căng thẳng của từng thành viên trong gia đình

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần hiểu được vai trò của từng thành viên trong gia đình

- Cán bộ thực hiện trị liệu làm rõ về cách thức làm trị liệu, thời gian trị liệu, sự tham gia của các thành viên

6.2. Lập kế hoạch trị liệu

Quá trình trị liệu gia đình có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các vấn đề của gia đình

- Tìm hiểu quy tắc của gia đình
- Cán bộ thực hiện trị liệu quan sát cách các thành viên tương tác với nhau
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu hiểu được các vấn đề khó khăn đang cản trở hoạt động của gia đình, các yếu tố mất cân bằng trong gia đình
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu hiểu được các quy tắc, quy định trong gia đình
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu tìm hiểu những khó khăn của các thành viên trong việc thực hiện theo các quy định/ quy tắc của gia đình.
- Lập bản đồ kết cấu gia đình
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu xác định cấu trúc của gia đình và sự tương tác và những ranh giới của các thành viên trong gia đình với nhau
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu xây dựng kế hoạch thay đổi cần thiết trong cấu trúc gia đình; thách thức những giả định không hiệu quả trong gia đình
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu cho người bệnh và gia đình đóng vai về các tình huống xung đột đã từng xảy ra trước đây.
- Thay đổi những ranh giới
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu cần đưa ra những sửa đổi trong cấu trúc gia đình và quyết định về việc nới lỏng hoặc thắt chặt các ranh giới trong tương tác giữa các thành viên (giữa cha mẹ với con cái, anh chị với em...)
 - + Cán bộ thực hiện trị liệu cho các thành viên trong gia đình thực hành các kỹ thuật trên bằng cách tranh luận về những tình huống xung đột và đưa ra hướng giải quyết cho vấn đề.

6.3. Kết thúc

- Cán bộ thực hiện trị liệu đánh giá những mục tiêu đã đạt được
- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định những vấn đề chưa đạt được của người bệnh và gia đình để củng cố, dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Người bệnh có quyền dừng điều trị nếu thấy quá trình trị liệu không đạt được kết quả như dự kiến. Họ có thể chuyển sang dạng điều trị khác hoặc chuyển Cán bộ thực hiện trị liệu khác.
- Cán bộ thực hiện trị liệu thống nhất lịch hẹn với người bệnh và gia đình. Đợt điều trị kết thúc không có nghĩa là mọi vấn đề đã được giải quyết. Do đó cần có buổi gặp lại giữa Cán bộ thực hiện trị liệu với người bệnh nhằm

giúp người bệnh điều chỉnh hoặc nhà trị liệu đưa ra những tư vấn cần thiết cho gia đình người bệnh.

- Hướng dẫn gia đình người bệnh sử dụng công cụ, tài liệu để theo dõi quá trình thực hiện các hoạt động của bản thân sau thời gian điều trị.

Hoạt động của một phiên của trị liệu gia đình:

- Bước 1: Chào đón & thiết lập không gian an toàn (10 phút)

Mục tiêu: Ổn định hệ thống, giảm căng thẳng ban đầu, làm rõ mục tiêu phiên

+ Mời mọi người chia sẻ ngắn: “Tuần qua có điều gì nổi bật trong gia đình bạn?”, “Hôm nay mỗi người mong đợi điều gì trong buổi làm việc này?”

+ Nhắc lại quy tắc cơ bản: không phán xét, không ngắt lời, tôn trọng cảm xúc, một người nói tại một thời điểm

+ Khuyến khích ngôn ngữ “**tôi**” thay vì “anh/cô ấy luôn luôn...”

- Bước 2: Khám phá vấn đề dưới góc nhìn hệ thống (15–20 phút)

Mục tiêu: Hiểu mô hình tương tác, không chỉ triệu chứng của từng người

+ Kỹ thuật: Sơ đồ hóa hệ thống – Lập sơ đồ phả hệ – Vòng tròn giao tiếp

+ Câu hỏi điển hình:

“Khi xung đột xảy ra, ai thường can thiệp, ai rút lui?”

“Nếu bạn là người đứng ngoài và quan sát, bạn thấy điều gì lặp đi lặp lại giữa các thành viên?”

“Ai thường liên minh với ai trong các tình huống căng thẳng?”

+ Cán bộ trị liệu đóng vai trò **người phản chiếu mô hình – không phán xét**

- Bước 3: Khai thác cảm xúc ngầm & vai trò cá nhân (20–30 phút)

Mục tiêu: Giúp từng người thể hiện nhu cầu – cảm xúc sâu – nỗi sợ, không chỉ hành vi bề mặt

+ Gọi mở cảm xúc thay vì tranh cãi:

“Khi con hét lên, điều đó thực sự khiến bố/mẹ cảm thấy thế nào trong lòng?”

“Có khi nào bạn thấy mình không được nghe – dù bạn nói rất nhiều?”

“Bạn muốn điều gì ở người kia mà chưa nói được?”

Phản ánh các **kiểu gấn bó**: Né tránh – kiểm soát – gấn bó lo âu – quá mức hy sinh

+ Gọi tên các **vai trò không cân bằng**:

“Bạn có đang trở thành người ‘giữ hoà’ liên tục trong nhà không?”,

“Con đang phải đóng vai người lớn khi cha mẹ bất ổn?”

- Bước 4: Can thiệp cấu trúc – thiết lập lại ranh giới (15–20 phút)

Mục tiêu: Làm rõ ranh giới – vai trò – kênh giao tiếp, giảm rối loạn chức năng

+ Ví dụ:

Trẻ em xen vào mâu thuẫn của cha mẹ → tách vai trò

Một người gánh hết trách nhiệm cảm xúc → phân bổ lại

Người cha/mẹ quá vắng mặt → tăng kết nối có chủ ý

+ Có thể thực hành lại tương tác ngay trong phiên:

“Bạn có thể nói điều đó một cách khác – trực tiếp và từ cảm xúc chân thực hơn không?”

“Bạn muốn nghe điều gì từ người kia, ngay bây giờ?”

- Bước 5: Thống nhất hành động – giao nhiệm vụ (10 phút)

Mục tiêu: củng cố thay đổi – chuyển sang hành vi cụ thể

+ Giao nhiệm vụ nhẹ nhàng & thực tế:

Một bữa tối không thiết bị điện tử

Viết thư cho thành viên khác trong nhà

Người cha dành 10 phút mỗi ngày riêng với con

Tập lắng nghe 1 phút mà không ngắt lời

+ Nhắc lại: sai sót là bình thường – sự nỗ lực mới là điều quý giá

- Bước 6: Tổng kết & phản hồi phiên (5 phút)

Mục tiêu: củng cố cảm xúc tích cực – duy trì cam kết

+ Câu hỏi tổng kết:

“Hôm nay bạn cảm thấy thế nào trong gia đình?”

“Bạn hiểu điều gì khác đi từ góc nhìn của người kia?”

“Bạn thấy tự hào điều gì ở chính mình hôm nay?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TPHCM.
3. Raymond J.Corsini, Danny Wedding (2016). Tâm lý trị liệu đương đại, Tái bản lần thứ 8, dịch từ nguyên bản tiếng Anh.
4. Trần Đình Tuấn, (2013), *Tham vấn tâm lý cá nhân và gia đình*, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. Trần Thị Minh Đức (2009), Giáo trình Tham vấn tâm lí, NXb Đại học Quốc Gia Hà Nội.
6. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
7. Structural Family Therapy | New Health Advisor

42. TƯ VẤN TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH HOẶC NGƯỜI NHÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh là hoạt động tham vấn tâm lý giữa cán bộ tâm lý với những người đang cần sự hỗ trợ về mặt tinh thần để đối mặt với khó khăn hoặc vướng mắc trong cuộc sống. Tư vấn tâm lý là giúp người bệnh hoặc người nhà sáng tỏ hơn vấn đề của họ, xem xét các giải pháp khả thi để giải quyết vấn đề và giúp họ tự đưa ra được những lựa chọn tối ưu nhất. Các vấn đề của người bệnh có thể là những khó khăn trong cuộc sống, trong tư duy, tình cảm, ứng xử, định hướng... liên quan đến các vấn đề sức khỏe, hôn nhân gia đình, giao tiếp gia đình, các xung đột từ gia đình, sang chấn gia đình... Trọng tâm của tư vấn tâm lý là định hướng sự việc/vấn đề và tập trung giải quyết vấn đề, không cần quá đi sâu vào giải quyết bản chất nảy sinh ra vấn đề.

Mục đích của tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà:

- Giúp người bệnh hoặc người nhà giảm bớt các cảm xúc tiêu cực trong hoàn cảnh khó khăn và cảm thấy thoải mái khi trò chuyện về vấn đề khó khăn của họ.
- Giúp người bệnh hoặc người nhà tăng thêm hiểu biết về bản thân và hoàn cảnh của họ; giúp họ chấp nhận vấn đề của mình như nó đang có.
- Giúp họ đưa ra các quyết định phù hợp và có khả năng xử lý được vấn đề
- Hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà tiến hành các quyết định của họ và có khả năng dự phòng các tình huống tương tự xảy ra trong tương lai.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định rộng rãi trong hầu hết trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng,...
- Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất, vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)

- Một số rối loạn khác: Rối loạn về kiểm soát xung động, rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh loạn thần cấp, tâm thần phân liệt nặng hoặc trầm trọng, kích động và có hành vi chống đối.

- Người bệnh hoặc người nhà mất khả năng nhận thức, không có khả năng giao tiếp

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị nhóm người bệnh là 01 người bệnh và 01 người thân (bố, mẹ, người chăm sóc chính) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 60-90 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà thường được tiến hành 1-2 buổi, số buổi cụ thể tùy thuộc vào vấn đề người bệnh hoặc người nhà đang gặp phải.

Hoạt động của một phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 60-90 phút:

- Bước 1: Chào đón – xây dựng không gian an toàn (5–10 phút)

Mục tiêu: Thiết lập mối quan hệ trị liệu với cả người bệnh và người thân

- + Giới thiệu bản thân và vai trò cán bộ trị liệu
- + Nhấn mạnh: không phán xét, bảo mật, không ép ai nói điều họ không sẵn sàng
- + Xác định mong đợi của mỗi người: “Bạn mong muốn điều gì từ buổi tư vấn hôm nay?”, “Bạn lo lắng điều gì nhất trong quá trình điều trị của người thân?”

- Bước 2: Khái quát về tình trạng tâm lý (10–15 phút)

Mục tiêu: Cung cấp thông tin tâm lý – lâm sàng rõ ràng, dễ hiểu

- + Tóm tắt chẩn đoán, nếu có: “Tình trạng hiện tại của bạn được hiểu là...”, “Điều này không phải do yếu đuối, mà do sự rối loạn trong cơ chế xử lý cảm xúc và hành vi.”
- + Nhấn mạnh yếu tố phục hồi và điều trị được
- + Phân biệt giữa triệu chứng – con người – vai trò của hỗ trợ xã hội
- + Giao tiếp theo nguyên tắc: trung thực – không gây hoảng loạn – hy vọng thực tế

- Bước 3: Khám phá góc nhìn và cảm xúc của từng bên (15–20 phút)

Mục tiêu: Giúp các bên thể hiện cảm xúc và nhu cầu, hiểu được khía cạnh của nhau

- + Gợi ý câu hỏi:

Với người bệnh: “Điều gì khiến bạn thấy áp lực nhất trong việc đối mặt với bệnh?”, “Bạn cần điều gì từ gia đình – và điều gì bạn không muốn họ làm?”

Với người thân: “Bạn lo lắng điều gì nhất khi chăm sóc người bệnh?”, “Bạn có cảm thấy mệt mỏi hoặc bất lực không?”

- + Cán bộ trị liệu đóng vai trò người trung gian:

Phản ánh cảm xúc (tức giận, tội lỗi, lo lắng, bất lực)

Hướng dẫn cách diễn đạt bằng ngôn ngữ không gây tổn thương

- Bước 4: Làm rõ vai trò – ranh giới – kỳ vọng (20–25 phút)

Mục tiêu: Điều chỉnh sự hiểu lầm – tránh “quá kiểm soát” hoặc “quá bỏ mặc”

+ Định hướng rõ:

Người bệnh có năng lực lựa chọn điều trị

Người thân hỗ trợ – không thay thế – không áp đặt

Thực hành mẫu:

Cách phản hồi khi người bệnh từ chối uống thuốc

Cách hỗ trợ khi người bệnh rút lui, im lặng

Khi nào cần can thiệp – khi nào nên tạm lùi lại

+ Kết nối với giá trị của cả hai bên: “Điều bạn làm là vì yêu thương – nhưng điều người kia cần lại là sự tin tưởng.”

- Bước 5: Lập kế hoạch hành động cụ thể (10–15 phút)

Mục tiêu: Cả người bệnh và gia đình cùng có vai trò rõ ràng

Ví dụ kế hoạch hỗ trợ:

Nội dung	Trách nhiệm
Uống thuốc đúng giờ	Người bệnh tự chịu trách nhiệm (có nhắc nhở nhẹ)
Gặp nhà trị liệu hàng tuần	Gia đình hỗ trợ đưa đón nếu cần
Lập nhật ký cảm xúc	Người bệnh viết – gia đình không đọc nếu chưa được đồng ý
Tạm dừng tranh cãi	Mọi thành viên thực hành “tạm dừng 5 phút” khi căng thẳng

- Bước 6: Tổng kết – củng cố niềm tin phục hồi (5–10 phút)

Mục tiêu: Rút ra thông điệp tích cực – giảm lo âu – duy trì cam kết hợp tác

+ Câu hỏi tổng kết: “Sau buổi hôm nay, bạn thấy mình hiểu thêm điều gì về người kia?”, “Bạn sẽ làm gì khác sau hôm nay, dù chỉ là điều nhỏ?”

+ Củng cố thông điệp: “Phục hồi là quá trình – không phải một sự thay đổi tức thì”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau buổi tư vấn

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TPHCM.
2. Trần Đình Tuấn, (2013), Tham vấn tâm lý cá nhân và gia đình, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
3. Trần Thị Minh Đức (2012), Giáo trình Tham vấn tâm lý. NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
4. Võ Văn Bản, (2008), Thực hành điều trị tâm lý. NXB Y học.

43. TRỊ LIỆU GIẢI THÍCH HỢP LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp giải thích hợp lý (Rational Explanation Therapy) là liệu pháp tâm lý dùng lý lẽ logic để giải thích và thuyết phục, giúp người bệnh tự điều chỉnh lại các mối quan hệ và hệ thống thái độ có ý thức, chủ động khắc phục ý nghĩ sai lệch, tư duy thiếu logic về bệnh tật của mình.

Lý thuyết của liệu pháp giải thích hợp lý cho rằng, người bệnh do sự thiếu hiểu biết, lệch lạc và do tư duy không logic của người bệnh gây ra, vì vậy nhiệm vụ của nhân viên y tế là giải thích và dùng lời lẽ để thuyết phục người bệnh, làm cho họ có ý thức và hiểu được ý nghĩ sai lệch của mình về bệnh tật. Vai trò của liệu pháp là làm cho người bệnh hoàn toàn tin tưởng vào kết quả điều trị.

Liệu pháp giải thích hợp lý nhằm giải thích cho người bệnh hiểu rõ về bệnh tật của họ và gây dựng niềm tin cho người bệnh trong quá trình thăm khám, điều trị nhằm mục đích làm tăng hiệu quả của quá trình đó.

Người trị liệu trò chuyện với người bệnh, tìm hiểu những khó khăn của họ, tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh, giúp người bệnh bộc lộ bản thân, và khi cần thiết dùng lời lẽ hợp lý, logic giải thích cho người bệnh về cơ chế sinh bệnh của họ, hay giúp họ điều chỉnh các mối quan hệ và điều chỉnh thái độ cho phù hợp với chuẩn mực, đồng thời tuân thủ điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định rộng rãi trong nhiều trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng,...
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: Rối loạn về kiểm soát xung động, rối loạn nhân cách,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 45-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện

- Đánh giá những khó khăn tâm lý, đặc điểm tính cách, hoàn cảnh xuất hiện các rối loạn ở người bệnh

- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu xác định các vấn đề cần trao đổi với người bệnh/ gia đình
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xác định mục tiêu cần đạt được (người bệnh và gia đình hiểu đúng về tình trạng rối loạn/ bệnh lý của người bệnh, phối hợp điều trị và tuân thủ điều trị)

6.3. Bước 3: Trị liệu

- Giải thích cho người bệnh biết về các vấn đề bệnh lý (nguyên nhân, biểu hiện, triệu chứng, cách điều trị, thời gian điều trị)
- Giải thích về cơ chế bệnh, những yếu tố quyết định trong điều trị, phối hợp điều trị giữa người bệnh/ gia đình và nhân viên y tế
- Người bệnh/gia đình quyết định đưa ra lựa chọn về giải pháp

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Cán bộ thực hiện trị liệu căn dặn các hoạt động người bệnh/người nhà cần phải thực hiện

Hoạt động của một phiên trị liệu

- Bước 1: Mở đầu – xác định vấn đề & mâu thuẫn nội tâm (5–10 phút)

Mục tiêu: Làm rõ điều người bệnh đang không hiểu về bản thân – điều khiến họ dằn vặt hoặc sợ hãi

Câu hỏi khơi mở:

- + “Điều gì khiến bạn cảm thấy có lỗi/dằn vặt/tự nghi ngờ trong thời gian qua?”
- + “Bạn thấy điều gì trong mình là ‘khó hiểu’ hoặc ‘khó chấp nhận’ nhất?”
- + “Bạn có đang cố gắng giải thích hành vi/cảm xúc của mình nhưng vẫn thấy rối không?”

- Bước 2: Lắng nghe – khám phá cách người bệnh tự giải thích (10–15 phút)

Mục tiêu: Tìm hiểu mô hình lý giải hiện tại của người bệnh – thường là sai lệch, méo mó, quá tiêu cực

Câu hỏi dẫn dắt:

- + “Bạn nghĩ vì sao bạn lại có cảm xúc đó?”
- + “Bạn nghĩ người khác sẽ đánh giá bạn ra sao trong tình huống đó?”
- + “Bạn từng nghe câu nói hay niềm tin nào khiến bạn cho rằng mình đáng bị như vậy không?”

Ghi chú: Nhận diện các suy nghĩ tự động, suy diễn tiêu cực, tự quy lỗi, mê tín/cứng nhắc đạo đức.

- Bước 3: Phân tích – phản biện – giải thích hợp lý (15–20 phút)

Mục tiêu: Dùng khoa học tâm lý – logic – sự đồng cảm trị liệu để giải thích theo hướng nhân văn và hợp lý

Chiến lược:

Chiến lược	Mẫu trị liệu
Tái diễn giải tâm lý học	“Đó không phải là yếu đuối – đó là phản ứng sinh tồn của hệ thần kinh bạn.”
Bình thường hóa cảm xúc	“Nhiều người sau sang chấn cũng phản ứng giống bạn – điều đó không có gì xấu hổ.”
Tách con người – hành vi	“Việc bạn từng nổi nóng không có nghĩa bạn là người xấu. Đó là hành vi trong hoàn cảnh cụ thể.”
Thay mô hình giải thích lỗi thời	“Việc bạn từng thất bại không chứng minh bạn sẽ luôn thất bại – nó chứng minh bạn đã từng thử.”

- Bước 4: Gọi mở góc nhìn mới – củng cố giải thích mới (10–15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh tự diễn đạt lại theo mô hình giải thích mới, hướng tới sự chấp nhận bản thân

Câu hỏi khơi mở:

- + “Nếu nhìn tình huống đó như một người bạn thân – bạn sẽ nói với họ điều gì?”
- + “Nếu không phải lỗi của bạn – thì đó là phản ứng gì, đến từ đâu?”
- + “Điều gì thay đổi trong cảm giác của bạn khi bạn hiểu điều đó dưới góc nhìn này?”

Cán bộ trị liệu hỗ trợ diễn đạt ngôn ngữ mới: tự yêu thương bản thân – logic – nhân bản – có hy vọng.

- Bước 5: Thống nhất một thông điệp giải thích mới (5 phút)

Mục tiêu: Tạo một "câu neo" hợp lý để người bệnh nhớ khi cảm xúc tiêu cực quay lại

Ví dụ:

- + “Tôi không hỏng – tôi chỉ đang phản ứng với những tổn thương chưa lành.”

- + “Tôi không yếu – tôi đang cần thời gian và phương pháp để hồi phục.”
- + “Không ai hoàn hảo – tôi đang học để làm tốt hơn.”

- Bước 6: Kết thúc & hướng dẫn áp dụng sau phiên (5 phút)

Mục tiêu: củng cố trí nhớ trị liệu – khuyến khích thực hành lại mô hình giải thích hợp lý trong đời sống

Gợi ý:

- + Viết “bản giải thích hợp lý” cho một tình huống cụ thể trong tuần tới
- + Theo dõi xem cảm xúc thay đổi thế nào khi dùng cách nhìn mới
- + Lưu lại 1–2 câu nhắc nhở bản thân dưới dạng hình ảnh/giọng nói

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Bản, Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học, Năm 2002.
2. Nguyễn Sinh Phúc, Liệu pháp tâm lý, *Bài giảng chuyên ngành tâm thần, Liệu pháp tâm lý và giao tiếp thầy thuốc - bệnh nhân*,
3. benhvien103.vn/vietnamese/bai-giang-chuyen-nganh/tam-than/lieu-phap-tam-li-va-giao-tiep-thay-thuoc---benh-nhan/661/, tháng 10 năm 2015.

44. TRỊ LIỆU HÀNH VI

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu hành vi (Behavioral Therapy) là Cán bộ thực hiện trị liệu sử dụng một loạt các kỹ thuật để thay đổi các hành vi không thích nghi ở người bệnh. Mục tiêu là củng cố các hành vi mong muốn và loại bỏ những hành vi không mong muốn của họ.

Lý thuyết về hành vi cho rằng tất cả các hành vi của con người đều được học và có thể được thay đổi. Hành vi của con người được học thông qua trải nghiệm và tương tác giữa họ với môi trường. Các hành vi được hình thành bằng cách quan sát ai đó thể hiện các hành vi này và lặp lại những hành vi đó.

Cả những hành vi bình thường và bất thường đều được hình thành theo chuỗi kích thích – phản ứng trên ba quá trình cơ bản: (1) điều kiện hóa cổ điển (một hành vi có thể được hình thành hay bị dập tắt (biến mất) dựa trên hai trường hợp: hoặc nó đi kèm hay không đi kèm với cái kích thích tạo ra sự căng thẳng tinh thần cho đối tượng); (2) điều kiện hóa thao tác (một hành vi sẽ được gia tăng, nâng cao hay được hoàn thiện nếu nó liên tục được củng cố, và ngược lại hành vi đó sẽ bị giảm bớt hay biến mất nếu nó liên tục bị trừng phạt) và (3) học qua quan sát (mỗi con người luôn có những yếu tố phản xạ bẩm sinh để giúp cho họ có khả năng tiếp nhận, học hỏi và đạt được mọi điều trong cuộc sống, những yếu tố tự nhiên và đơn giản này chính là bước đầu cho sự hình thành mọi hành vi và khả năng hành xử phức tạp về sau).

Khi một cá nhân có quá trình học hỏi đúng nguyên tắc thì đời sống tinh thần (suy nghĩ, cảm xúc) của người đó sẽ luôn thích hợp, lành mạnh và có tính xây dựng. Ngược lại, suy nghĩ và cảm xúc của họ sẽ không được cân bằng nếu trong quá trình sống người đó chỉ học hỏi, tiếp thu những cái xấu và điều sai, lệch lạc. Trọng tâm của việc điều trị thường là các vấn đề hiện tại và cách thay đổi chúng. Liệu pháp hành vi không chú trọng đến nguyên nhân, chỉ tập trung vào điều chỉnh những hành vi lệch lạc. Người bệnh chỉnh hành vi theo mẫu đúng, có sự hướng dẫn đánh giá của nhà trị liệu và chế độ thưởng phạt rõ ràng, nhằm thay đổi những hành vi của họ từ đó điều chỉnh được các triệu chứng.

Một số các kỹ thuật được áp dụng như: kỹ thuật khử điều kiện, kỹ thuật tự điều chỉnh, kỹ thuật phản hồi sinh học, kỹ thuật tràn ngập, kỹ thuật giải mã cảm có hệ thống, kỹ thuật điều kiện hóa thao tác, kỹ thuật làm theo mẫu, kỹ thuật thư giãn và thở, kỹ thuật ác cảm (sự kích thích khó chịu có thể là thứ gây ra sự khó chịu, ví dụ, Cán bộ thực hiện trị liệu có thể dạy người bệnh về mối liên kết rệu với một ký ức khó chịu)...

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định rộng rãi trong nhiều trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...

- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn thích ứng,...

- Rối loạn ăn uống

- Rối loạn giấc ngủ

- Rối loạn tình dục

- Rối loạn liên quan sử dụng chất

- Vấn đề nghiện (nghiện chất, game, cờ bạc,...)

- Có ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại

- Rối loạn liên quan sự phát triển: Rối loạn về kiểm soát xung động, tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi, tự kỷ,...

- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, tâm phân phân liệt và rối loạn liên quan,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Tâm thần phân liệt trong giai đoạn cấp tính, hoang tưởng ảo giác

- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện có loạn thần.

- Người bệnh có hành vi gây rối không tuân thủ điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, khẩu trang, mũ giấy, quần áo nhân viên

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...

- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

- Đồ chơi (nếu là bệnh nhi gồm bóng, thú bông, xếp hình, thẻ hình, bút vẽ, bút màu...).

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Quá trình trị liệu hành vi có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

Buổi 1: Xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa nhà trị liệu và người bệnh, giới thiệu về liệu pháp (tên liệu pháp, cơ chế, cách thức thực hiện), giúp người bệnh hiểu được vai trò và ý nghĩa của liệu pháp với tình trạng sức khỏe của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành. Lên danh sách các vấn đề hành vi cần thay đổi của người bệnh, những yếu tố củng cố cho sự xuất hiện của hành vi sai, người tham gia, thời gian, địa điểm xảy ra hành vi sai (thế nào, tại sao, khi nào, ở đâu, cái gì...)

Buổi 2: Cán bộ thực hiện trị liệu giúp người bệnh hiểu được mối liên quan giữa tình huống/ sự kiện với hành vi và hệ quả của hành vi. Chỉ ra mối quan hệ giữa hành vi, hệ quả hành vi đối với sức khỏe của người bệnh. Nhà trị liệu cùng người bệnh gọi tên những vấn đề của họ, nguyên nhân nào gây ra vấn đề, mức độ và cường độ của vấn đề, cách người bệnh đã làm để giải quyết vấn đề, họ đã nghĩ như thế nào, khả năng tự tin và quyết định của họ. Lên danh sách các hành vi muốn thay đổi phân loại các hành động, để từ đó người bệnh sẽ chọn hành động phù hợp để thực hiện tại nhà.

Buổi 3: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh 2 kỹ thuật giúp họ nhận thức được các hành vi sai lệch: (1) Kỹ thuật tự kiểm tra (cho người bệnh ghi nhận trên giấy mỗi vấn đề mình gặp phải (hành vi, triệu chứng...) bất cứ lúc nào nó xảy ra, giúp họ ý thức được những vấn đề đang xảy ra với mình; (2) Kỹ thuật điều hành kích thích để sửa đổi tính chất tương quan giữa kích thích và phản ứng của một hành vi hay để tạo ra một hành vi mới với mục đích là làm gia tăng hay giảm thiểu vấn đề của họ, ví dụ: người nghiện cờ bạc cần tránh tiếp xúc với bạn cờ bạc cũ (kích thích) để giảm thiểu hành vi tiếp tục chơi cờ bạc (phản ứng). Có nhiều hình thức điều hành kích thích như: (2.1) Kỹ thuật hạn chế yêu cầu, người bệnh hạn chế vào một khuôn khổ nhất định, ví dụ: người tiểu đường được yêu cầu tránh ăn các loại thức ăn chứa nhiều đường và tinh bột; (2.2) Kỹ thuật gợi ý gia tăng là cho người bệnh gia tăng sự kết nối với một hay nhiều gợi ý, ví dụ: muốn con ham học cho con lui tới thư viện, nhà sách, bảo tàng, tọa đàm về kiến thức; (2.3) Kỹ thuật diễn kịch đóng vai, với mục đích đánh giá thêm được các khía cạnh khác của vấn đề: cách suy nghĩ, đối đáp, thói quen và cách cư xử trong các mối quan hệ

Buổi 4: Hướng dẫn người bệnh thêm 3 kỹ thuật (1) Kỹ thuật phòng chống stress trong đó, giai đoạn chuẩn bị nhận thức giúp người bệnh gọi tên những sai lầm trong suy nghĩ từ lâu nay được cho là nguyên nhân gây ra khó khăn, cản trở cho những việc làm thích hợp và đúng đắn của họ. Giai đoạn tạo dựng kỹ năng người bệnh sẽ được học các giải pháp để tránh rơi vào tình trạng căng thẳng tinh thần, luyện tập các hình thức thư giãn và cách tư duy tích cực. (2) Kỹ thuật giải mã cảm có hệ thống giúp người bệnh giảm thiểu các trạng thái căng thẳng, có hai hình thức, bằng sự tưởng tượng hoặc bằng việc đối mặt trực diện với thực tế (cho người bệnh từng bước một trực tiếp đương đầu với vấn đề cho đến khi quen thuộc). (3) Kỹ thuật tràn ngập là cách để người bệnh trực tiếp đối diện ngay với tình huống cho đến lúc họ nhận thức rõ là không có gì đáng phải lo lắng, sợ hãi như mình tưởng.

Buổi 5: Hướng dẫn người bệnh (1) Kỹ thuật điều kiện hóa thao tác gồm các hình thức thưởng- phạt để giúp thay đổi vấn đề của họ. Kỹ thuật này giúp người bệnh biết hành vi nào được củng cố, là tốt, là thích hợp, hành vi nào là hành vi sai cần thay đổi. (2) Kỹ thuật gây chán ghét mục đích là làm cho người bệnh dần không thích hay thậm chí ghét bỏ cái mà trước đây mình đã yêu thích, đam mê, nghiện ngập. Ví dụ: cho một chất khác vào rượu để gây cảm giác khó chịu

nhưng không độc hại cho sức khỏe, khiến người nghiện rượu mất hết cảm giác thích thú và không còn thích uống rượu nữa. (3) Kỹ thuật làm theo mẫu giúp người bệnh quan sát và từng bước tập luyện làm những hành vi (cư xử, nói năng, hành động, suy nghĩ, quyết định...) theo một đối tượng đưa ra làm kiểu mẫu.

Buổi 6: Cán bộ thực hiện trị liệu củng cố các kỹ thuật đã hướng dẫn cho người bệnh. Người bệnh phản hồi quá trình trị liệu những kỹ thuật đã học và vận dụng vào đời sống. Sau thời gian trị liệu người bệnh sẽ tự nhận thức được vai trò của bản thân và tự tin vượt qua các khó khăn trong tương lai. Dựa trên các tình huống gây ra hành vi sai lệch người bệnh nhận diện các nguy cơ tái phát trong tương lai và tự đánh giá khả năng vượt qua các khó khăn đó.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu 40-70 phút:

Bước 1: Gọi tên, mời người bệnh vào phòng thực hiện trị liệu, hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục hành chính

Bước 2: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn đánh giá kết quả buổi trị liệu hôm trước/ giải đáp thắc mắc phát sinh và phân tích bài tập áp dụng.

Bước 3: Cán bộ thực hiện trị liệu gợi mở nội dung mới, các thành viên trong nhóm thảo luận, phân tích, đưa ra phương án giải quyết

Bước 4: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh thực hành đóng vai, nhận xét và đánh giá.

Bước 5: Cán bộ thực hiện trị liệu phản hồi thông tin từ người bệnh và ôn lại

Bước 6: Kết thúc buổi trị liệu: Cán bộ thực hiện trị liệu tổng kết buổi trị liệu, dặn dò, giao bài tập về nhà cho người bệnh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành).
2. Võ Văn Bản, (2008), Thực hành điều trị tâm lý.
3. Raymond J.Cosini & Danny Wedding (2016), Tâm lý trị liệu đương đại (dịch từ nguyên bản tiếng Anh – Hoàng Thị Nam Phương, Nguyễn Thị Minh Hằng).

44. TRỊ LIỆU ÁM THỊ

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp ám thị (Suggestion Therapy) là sự tiếp nhận một cách thụ động những tác động tâm lý từ bên ngoài của một cá thể, từ đó gây ra những biến đổi nhất định về thể chất và tâm thần. Nói cách khác, liệu pháp ám thị là tác động tâm lý của một người lên người khác, làm cho họ nhận thức và tiếp thu một cách không phê phán những lời lẽ, ý nghĩa và ý chí biểu hiện trong đó.

Đây là phương pháp hay dùng nhất để điều trị các triệu chứng chức năng và khi đó nhân cách người bệnh được điều chỉnh lại.

Các loại ám thị:

- Tự ám thị và bị ám thị
- Ám thị trực tiếp và ám thị gián tiếp
- Ám thị lúc thức (nhằm xóa bỏ một triệu chứng chức năng nào đó), ám thị trong giấc ngủ thôi miên và ám thị sau thôi miên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn liên quan stress: Rối loạn lo âu, rối loạn phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn sự thích ứng,..
- Rối loạn giấc ngủ
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, sử dụng chất tác động tâm thần,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng, hạn chế trong các trường hợp:

- Loạn thần
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, khẩu trang, mũ giấy, quần áo nhân viên

- Các công cụ hỗ trợ ám thị: bơm kim tiêm, dược phẩm hỗ trợ (vitamin B1, nước cất,...)...

5.4. Trang thiết bị

- Có bàn, ghế ngồi và giường bệnh
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp gồm các phần sau:

6.1. Bước 1: Gọi tên, mời người bệnh vào phòng thực hiện trị liệu, hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục hành chính

6.2. Bước 2: Xây dựng mối quan hệ trị liệu với người bệnh (tìm hiểu các triệu chứng, các vấn đề sang chấn tâm lý, sở thích, thói quen của người bệnh)

6.3. Bước 3: Giải thích hợp lý cho người bệnh hiểu về bệnh của họ và tin tưởng vào điều trị

6.4. Bước 4: Thảo luận và chọn phương pháp hỗ trợ phù hợp đối với từng người bệnh mục đích làm tăng hiệu quả của ám thị và không nguy hại cho người bệnh: bấm huyệt, châm cứu, xoa bóp, tiêm vitamin B1...

6.5. Bước 5: Dùng lời nói kết hợp cả về động tác, hành vi với phương pháp hỗ trợ, chủ động ám thị người bệnh theo hướng dẫn đã lựa chọn trước. Trong một vài trường hợp có thể dùng thêm một số phương tiện hỗ trợ để tăng cường hiệu quả ám thị.

6.6. Bước 6: Kết thúc điều trị: Cán bộ thực hiện trị liệu tổng kết buổi trị liệu, dặn dò và tiếp tục khuyến khích tính tự ám thị của người bệnh để duy trì kết quả điều trị.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Có khi ám thị không làm mất triệu chứng chức năng mà làm xuất hiện thêm các triệu chứng chức năng khác trên người bệnh. Khi đó, cần tạm dừng thực hiện kỹ thuật, đánh giá lại người bệnh có xử trí, can thiệp phù hợp

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Toàn (2018)**, Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành).
2. **Võ Văn Bản**, *Thực hành điều trị tâm lý*, NXB Y học, Năm 2002
3. **Nguyễn Văn Thọ**, *Liệu pháp tâm lý ám thị*, tamlythuchanh.com/tam-ly-nguoi-lon/tri-lieu-tam-ly/263/lieu-phap-tam-ly-am-thi-suggestion.html, năm 2009.
4. Encyclopedia of Psychotherapy, 2002 Elsevier Science (USA).

45. TRỊ LIỆU NHẬN THỨC HÀNH VI

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp nhận thức hành vi (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) là liệu pháp được áp dụng để tìm hiểu và điều trị các dạng suy nghĩ và cảm xúc ảnh hưởng đến hành vi tiêu cực trong nhận thức của người bệnh, nhằm xác định và giải quyết các kiểu suy nghĩ không thích hợp dai dẳng để thay đổi cảm xúc và hành vi. Thông qua hoạt động trị liệu, người làm trị liệu sẽ hướng dẫn người bệnh các kỹ năng để họ đối phó với những khó khăn về mặt tâm lý bao gồm 5 lĩnh vực: tình huống, suy nghĩ, cảm xúc, cảm giác thể chất và hành động. Năm lĩnh vực này được kết nối và ảnh hưởng lẫn nhau.

Liệu pháp nhận thức hành vi sử dụng các lý thuyết về phản xạ của Pavlov, học thuyết tập nhiễm của Skinner, học thuyết củng cố Albert Bandura, lý thuyết nhận thức Beck trong điều chỉnh hành vi thích nghi ở người bệnh thông qua việc thay đổi niềm tin sai lệch trong suy nghĩ của người bệnh. Mục tiêu của CBT là giúp người bệnh điều chỉnh suy nghĩ tự động (đôi khi được gọi là “suy nghĩ nóng nảy”), bằng cách đạt được những suy nghĩ cân bằng. Từ đó giúp họ có những cảm xúc, hành vi đúng mực, thích nghi hơn trong cuộc sống.

Các kỹ thuật CBT bao gồm việc xác định những sai lệch như: (1) khái quát hóa quá mức các sự kiện tiêu cực, (2) thảm họa hóa, (3) giảm thiểu các sự kiện tích cực và (4) tối đa hóa các sự kiện tiêu cực. Người bệnh làm việc với nhà trị liệu để xác định và thay đổi những biến dạng trong nhận thức cũng như hành vi né tránh gây ra các triệu chứng của họ, giúp người bệnh tìm ra cách thay đổi những suy nghĩ và hành vi không có lợi. Sau khi tìm ra những gì người bệnh có thể thay đổi, người làm trị liệu sẽ yêu cầu họ thực hành những thay đổi này trong cuộc sống hàng ngày. Điều này sẽ giúp họ kiểm soát các vấn đề của mình và ngăn chặn chúng có tác động tiêu cực đến cuộc sống của họ, đồng thời làm giảm khả năng các triệu chứng bệnh lý quay trở lại ngay cả khi quá trình điều trị đã kết thúc.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định rộng rãi trong nhiều trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Người bệnh có vấn đề nhận thức, hành vi không phù hợp cần điều chỉnh
- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn thích ứng,...
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sử dụng chất

- Vấn đề nghiện (nghiện chất, game, cờ bạc,...)
- Có ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại
- Rối loạn liên quan sự phát triển: Rối loạn về kiểm soát xung động, tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi, tự kỷ,...
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, tâm phần phân liệt và rối loạn liên quan,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Sa sút trí tuệ, chậm phát triển tâm thần, tự kỷ ở mức độ nặng/ trầm trọng
- Người bệnh có rối loạn hành vi nhiều, chưa hợp tác trị liệu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...tài liệu cho nhà liệu pháp, tài liệu cho bệnh nhân
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu. Ví dụ: Đồ chơi đóng vai (màu vẽ, bút màu, thú bông, logo, bộ ghép hình, con thú để chơi đóng vai, thẻ tranh/ ảnh, sách, truyện....).

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 45-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu nhận thức hành vi có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Quá trình CBT có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

Buổi 1: Xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa nhà trị liệu và người bệnh, giới thiệu về liệu pháp (tên liệu pháp, cơ chế, cách thức thực hiện), giúp người bệnh hiểu được vai trò và ý nghĩa của liệu pháp với tình trạng sức khỏe của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành. Cán bộ thực hiện trị liệu yêu cầu người bệnh mô tả vấn đề của họ (nguyên nhân nào gây ra vấn đề, mức độ và cường độ của vấn đề, cách người bệnh đã làm để giải quyết vấn đề, đã nghĩ như thế nào, khả năng tự tin và quyết định của họ) và đặt ra các mục tiêu cụ thể để có sự hiểu biết chung về những gì họ đang hướng tới.

Buổi 2: Cán bộ thực hiện trị liệu giúp người bệnh hiểu được mối liên quan giữa tình huống/ sự kiện với cảm xúc, hành vi và hệ quả của hành vi. Chỉ ra mối quan hệ giữa hành vi, hệ quả hành vi đối với sức khỏe của người bệnh. Thiết lập mục tiêu, nhận thức về bản thân (suy nghĩ – cảm xúc- hành vi). Cách người bệnh suy nghĩ ảnh hưởng đến cảm giác và cách cư xử của họ. Cán bộ thực hiện trị liệu cùng với người bệnh cần xác định các vấn đề cụ thể và đặt mục tiêu cụ thể. Thảo luận cách cải thiện thói quen hàng ngày, sẽ giúp người bệnh đánh giá và phản

hỏi những suy nghĩ cản trở các mục tiêu. Lên danh sách các hành vi muốn thay đổi và chọn hành động phù hợp để thực hiện tại nhà.

Buổi 3: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh 2 kỹ thuật (1) giáo dục tâm lý về lo âu và tình huống sợ hãi, (2) kỹ thuật quản lý cơ thể (đào tạo thư giãn, thở sâu, giãn cơ lũy tiến)

Buổi 4: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh 2 kỹ thuật giúp họ nhận thức được các hành vi sai lệch: (1) Kỹ thuật tự kiểm tra (cho người bệnh ghi nhận trên giấy mỗi vấn đề mình gặp phải (hành vi, triệu chứng...) bất cứ lúc nào nó xảy ra, giúp họ ý thức được những vấn đề đang xảy ra với mình; (2) Kỹ thuật điều hành kích thích để sửa đổi tính chất tương quan giữa kích thích và phản ứng của một hành vi hay để tạo ra một hành vi mới với mục đích là làm gia tăng hay giảm thiểu vấn đề của họ, ví dụ: người nghiện cờ bạc cần tránh tiếp xúc với bạn cờ bạc cũ (kích thích) để giảm thiểu hành vi tiếp tục chơi cờ bạc (phản ứng). Có nhiều hình thức điều hành kích thích như: (2.1) Kỹ thuật hạn chế yêu cầu, người bệnh hạn chế vào một khuôn khổ nhất định, ví dụ: người tiểu đường được yêu cầu tránh ăn các loại thức ăn chứa nhiều đường và tinh bột; (2.2) Kỹ thuật gợi ý gia tăng là cho người bệnh gia tăng sự kết nối với một hay nhiều gợi ý, ví dụ: muốn con ham học cho con lui tới thư viện, nhà sách, bảo tàng, tọa đàm về kiến thức; (2.3) Kỹ thuật diễn kịch đóng vai, với mục đích đánh giá thêm được các khía cạnh khác của vấn đề: cách suy nghĩ, đối đáp, thói quen và cách cư xử trong các mối quan hệ

Buổi 5: Hướng dẫn người bệnh thêm 3 kỹ thuật (1) Kỹ thuật phòng chống stress trong đó, giai đoạn chuẩn bị nhận thức giúp người bệnh gọi tên những sai lầm trong suy nghĩ từ lâu nay được cho là nguyên nhân gây ra khó khăn, cản trở cho những việc làm thích hợp và đúng đắn của họ. Giai đoạn tạo dựng kỹ năng người bệnh sẽ được học các giải pháp để tránh rơi vào tình trạng căng thẳng tinh thần, luyện tập các hình thức thư giãn và cách tư duy tích cực. (2) Kỹ thuật giải mã cảm có hệ thống giúp người bệnh giảm thiểu các trạng thái căng thẳng, có hai hình thức, bằng sự tưởng tượng hoặc bằng sự trực diện với thực tế (cho người bệnh từng bước một trực tiếp đương đầu với vấn đề cho đến khi quen thuộc). (3) Kỹ thuật tràn ngập là cách để người bệnh trực tiếp đối diện ngay với tình huống cho đến lúc họ nhận thức rõ là không có gì đáng phải lo lắng, sợ hãi như mình tưởng.

Buổi 6: Hướng dẫn người bệnh (1) Kỹ thuật điều kiện hóa thao tác gồm các hình thức thưởng- phạt để giúp thay đổi vấn đề của họ. Kỹ thuật này giúp người bệnh biết hành vi nào được củng cố, là tốt, là thích hợp, hành vi nào là hành vi sai cần thay đổi. (2) Kỹ thuật gây chán ghét mục đích là làm cho người bệnh dần không thích hay thậm chí ghét bỏ cái mà trước đây mình đã yêu thích, đam mê, nghiện ngập. Ví dụ: cho một chất khác vào rượu để gây cảm giác khó chịu nhưng không độc hại cho sức khỏe, khiến người nghiện rượu mất hết cảm giác thích thú và không còn thích uống rượu nữa. (3) Kỹ thuật làm theo mẫu giúp người bệnh quan sát và từng bước tập luyện làm những hành vi (cư xử, nói

năng, hành động, suy nghĩ, quyết định...) theo một đối tượng đưa ra làm kiểu mẫu.

Buổi 7: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức để giải quyết vấn đề tư duy kém thích ứng và học tập các kỹ năng đối phó và tư duy tập trung, kỹ thuật giải quyết vấn đề và tạo bước đi phù hợp.

Buổi 8: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh 2 kỹ thuật để kích hoạt hành vi đó là tiên đoán sự thích thú và cân bằng hoạt động, giúp người bệnh sẽ thực hiện tốt kế hoạch định ra trong phần bài tập và khi thực hiện các hành vi đó, vì vậy khí sắc của họ sẽ thay đổi.

Buổi 9: Dự phòng tái phát bằng kỹ thuật tăng cường sự tham gia vào các hoạt động thích ứng (những điều làm tăng niềm vui hoặc khả năng làm chủ của người bệnh; việc giảm sự tham gia vào các hoạt động duy trì làm tăng nguy cơ mắc lại các triệu chứng

Buổi 10: Cán bộ thực hiện trị liệu củng cố các kỹ thuật đã hướng dẫn cho người bệnh. Người bệnh phản hồi quá trình trị liệu những kỹ thuật đã học và vận dụng vào đời sống. Sau thời gian trị liệu người bệnh sẽ tự nhận thức được vai trò của bản thân và tự tin vượt qua các khó khăn trong tương lai. Dựa trên các tình huống gây ra suy nghĩ, hành vi sai lệch người bệnh nhận diện các nguy cơ tái phát trong tương lai và tự đánh giá khả năng vượt qua các khó khăn đó.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu khoảng 45-60 phút:

- Bước 1: Thiết lập khung phiên (5 phút)

Mục tiêu:

- + Xây dựng liên minh trị liệu
- + Tái cam kết với mục tiêu
- + Giữ nhịp độ phiên rõ ràng

Cán bộ trị liệu viên sẽ:

- + Chào hỏi, kết nối nhẹ nhàng
- + Nhắc lại mục tiêu trị liệu tổng thể
- + Xác định mục tiêu cụ thể của phiên hôm nay: “Hôm nay bạn muốn tập trung vào điều gì nhất?”
- + Kiểm tra tiến độ bài tập về nhà (nếu có)

- Bước 2: Thẩm định vấn đề – xác định sự kiện kích hoạt (10–15 phút)

Mục tiêu: Hiểu rõ tình huống cụ thể và cảm xúc đi kèm

- + Câu hỏi điển hình:
 - “Tuần qua có điều gì khiến bạn cảm thấy tệ nhất?”
 - “Điều gì đã xảy ra ngay trước khi bạn thấy buồn, lo lắng, tức giận?”
- + Sử dụng mô hình CBT 5 phần:

Thành phần	Mô tả	Ví dụ
Tình huống	Chuyện xảy ra	Sếp nhắc nhở công việc
Suy nghĩ	Điều bạn tự nói với mình	"Tôi là đồ vô dụng"
Cảm xúc	Lo âu, buồn, giận...	Lo lắng, xấu hổ
Cơ thể	Phản ứng vật lý	Tim đập nhanh, nóng mặt
Hành vi	Làm gì sau đó	Tránh mặt đồng nghiệp

- Bước 3: Nhận diện & thách thức sai lệch nhận thức (15–20 phút)

Mục tiêu: Làm rõ các tư duy méo mó, niềm tin lỗi, và phản ứng không phù hợp

Công cụ sử dụng:

- + Bảng theo dõi suy nghĩ tự động
- + Tranh biện nhận thức sai lầm:
 - “Có bằng chứng nào cho điều bạn đang nghĩ?”
 - “Có cách nào khác để nhìn nhận tình huống này?”
 - “Nếu điều này xảy ra với người bạn thân – bạn sẽ nói gì với họ?”

Các kiểu tư duy sai lệch phổ biến:

- + Khái quát hóa quá mức
- + Đọc ý nghĩ người khác
- + Phủ định tích cực
- + Tai họa hóa
- + "Phải nên" và tiêu chuẩn cứng nhắc

- Bước 4: Thay đổi hành vi – tiến hành kỹ thuật CBT (15–20 phút)

Mục tiêu: Ứng dụng kỹ thuật cụ thể để thay đổi phản ứng hành vi và cảm xúc

Kỹ thuật phổ biến:

- + Lập kế hoạch hành vi: với trầm cảm, mất động lực
- + Tiếp xúc dần: với lo âu, sợ hãi
- + Tập luyện kỹ năng xã hội/giao tiếp quyết đoán
- + Thư giãn, hít thở sâu, kiểm soát cơ thể

Giao nhiệm vụ thực tế: “Trong tuần này, bạn có thể thử đến nơi bạn từng tránh và chỉ ở lại đó 5 phút, tập quan sát cảm xúc và ghi lại.”

- Bước 5: Củng cố – giao bài tập về nhà (5 phút)

Mục tiêu: Tạo nhịp trị liệu liên tục, người bệnh thực hành ngoài đời thực

Giao bài tập:

- + Viết nhật ký tình huống – suy nghĩ – cảm xúc
- + Quan sát và ghi lại tư duy sai lệch
- + Tập một hành vi nhỏ vừa học (tiếp xúc, phản hồi, thư giãn...)
- + Tự kiểm tra và viết phản biện lại suy nghĩ tiêu cực

- Bước 6: Tổng kết phiên – phản hồi & lập kế hoạch tiếp (5 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh ý thức điều họ đã học và cảm nhận sau buổi trị liệu

Câu hỏi tổng kết:

- + “Điều gì bạn thấy hữu ích nhất hôm nay?”
- + “Bạn cảm thấy điều gì khác đi trong suy nghĩ của mình?”
- + “Tuần tới bạn muốn tập trung vào điều gì?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cognitive Behavioural Therapy (CBT) - PsychDB*
2. Enright, SJ. (1997) Cognitive behavioural therapy - clinical applications. BMJ, 314, 1811-6
3. Lê Thị Minh Tâm (2013), Tiếp cận liệu pháp nhận thức hành vi, NXB Thời đại.

4. Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý (Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh), NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành), NXB Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh.
6. Victoria K Ngô và cộng sự (2012), Liệu pháp tâm lý kích hoạt hành vi, Quỹ Cựu chiến binh Mỹ tại Việt Nam.
7. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.

46. TRỊ LIỆU NHẬN THỨC

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp nhận thức (Cognitive Therapy) là một hình thức trị liệu nhấn mạnh vào những gì người bệnh nghĩ hơn là những gì họ làm. Dựa trên mô hình nhận thức, trong đó suy nghĩ, cảm xúc và hành vi có mối liên hệ với nhau và người bệnh có thể hướng tới việc vượt qua khó khăn và đạt được mục tiêu của mình bằng cách xác định và thay đổi những suy nghĩ vô ích hoặc không chính xác, hành vi có vấn đề và những phản ứng cảm xúc đau khổ

Liệu pháp nhận thức được xây dựng dựa trên nguyên tắc cho rằng hành vi không thích hợp/ hành vi không hiệu quả được kích hoạt bởi những suy nghĩ tự động không phù hợp hoặc không hợp lý.

Liệu pháp nhận thức nhằm thay đổi những cảm xúc và hành động có ảnh hưởng lên tư duy của người bệnh. Nhà trị liệu giúp người bệnh đồng nhất những suy nghĩ lệch lạc của họ và học cách thay đổi suy nghĩ thiết thực hơn. Nhà trị liệu sử dụng nhiều kỹ thuật khác nhau tác động lên người bệnh nhằm tạo ra những thay đổi nhận thức – thay đổi hệ thống tư duy và niềm tin của người bệnh và cuối cùng đem đến sự thay đổi trong cảm xúc và hành vi.

Lý thuyết nhận thức cho rằng những mẫu ứng xử bất thường và rối loạn cảm xúc bắt đầu với những suy nghĩ. Liệu pháp nhận thức tập trung vào (1) Thay đổi hành vi bằng kỹ thuật tự khẳng định bản thân. Những mẫu hành vi không phù hợp sẽ được biến đổi bằng sự tự khẳng định tiêu cực về bản thân chuyển sang sự tự khẳng định tích cực, sáng tạo. (2) Điều chỉnh hệ thống niềm tin sai lệch của người bệnh bằng việc chỉ ra 3 kiểu nhận thức không chuẩn mực: Những thái độ không hợp lý, những tiền đề sai lệch và những luật lệ hà khắc

Liệu pháp nhận thức tập trung vào việc thay đổi những khuôn mẫu suy nghĩ lệch lạc bằng cách kiểm tra tính hợp lý và hợp lệ của các giả định đằng sau chúng. Quá trình này được gọi là tái cấu trúc nhận thức. Các nhà trị liệu sử dụng một số kỹ thuật khác nhau trong quá trình Liệu pháp nhận thức để giúp người bệnh kiểm tra suy nghĩ và hành vi. Bao gồm: (1) Kiểm tra tính hợp lệ, (2) Diễn tập nhận thức, (3) Khám phá có hướng dẫn, (4) Viết nhật ký, (5) Bài tập về nhà, (6) Làm mẫu. Từ đó, người bệnh có thể mô hình hóa hành vi này.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định rộng rãi trong nhiều trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Người bệnh có vấn đề nhận thức không phù hợp cần điều chỉnh
- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn thích ứng,...
- Rối loạn ăn uống

- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (nghiện chất, game, cờ bạc,...)
- Có ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại
- Rối loạn liên quan sự phát triển: Rối loạn về kiểm soát xung động, tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi, tự kỷ,...
- Một số chỉ định khác: rối loạn nhân cách, tâm phần phân liệt và rối loạn liên quan,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần nặng không có khả năng nhận thức
- Người bệnh có rối loạn hành vi nhiều, chưa hợp tác trị liệu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 50-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu nhận thức có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Buổi 1: Xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa cán bộ thực hiện trị liệu và người bệnh, giới thiệu về liệu pháp (tên liệu pháp, cơ chế, cách thức thực hiện), giúp người bệnh hiểu được vai trò và ý nghĩa của liệu pháp với tình trạng sức khỏe của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành. Lên danh sách các vấn đề suy nghĩ cần thay đổi của người bệnh, những yếu tố củng cố cho sự xuất hiện của suy nghĩ sai lệch, người tham gia, thời gian, địa điểm xuất hiện suy nghĩ sai (thế nào, tại sao, khi nào, ở đâu, cái gì...)

Buổi 2: Cán bộ thực hiện trị liệu giúp người bệnh hiểu được mối liên quan giữa tình huống/ sự kiện với suy nghĩ, hành vi và hệ quả của hành vi. Chỉ ra mối quan hệ giữa suy nghĩ, hành vi, hệ quả hành vi đối với sức khỏe của người bệnh. Cán bộ thực hiện trị liệu cùng người bệnh gọi tên những vấn đề của họ, nguyên nhân nào gây ra vấn đề, mức độ và cường độ của vấn đề, cách người bệnh đã làm những để giải quyết vấn đề, đã nghĩ như thế nào, khả năng tự tin và quyết định của người bệnh. Theo dõi các suy nghĩ tự động thực hiện tại nhà.

Buổi 3: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh 2 kỹ thuật giúp họ nhận thức được các hành vi sai lệch: (1) Kỹ thuật tự kiểm tra (cho người bệnh ghi nhận trên giấy mỗi vấn đề mình gặp phải (hành vi, triệu chứng...) bất cứ lúc nào nó xảy ra, giúp họ ý thức được những vấn đề đang xảy ra với mình; (2) Kỹ thuật điều hành kích thích để sửa đổi tính chất tương quan giữa kích thích và phản ứng của một hành vi hay để tạo ra một hành vi mới với mục đích là làm gia tăng hay giảm thiểu vấn đề của họ, ví dụ: người nghiện cờ bạc cần tránh tiếp xúc với bàn cờ bạc cũ (kích thích) để giảm thiểu hành vi tiếp tục chơi cờ bạc (phản ứng). Có nhiều hình thức điều hành kích thích như: (2.1) Kỹ thuật hạn chế yêu cầu, người bệnh hạn chế vào một khuôn khổ nhất định, ví dụ: người tiểu đường được yêu cầu tránh ăn các loại thức ăn chứa nhiều đường và tinh bột; (2.2) Kỹ thuật gợi ý gia tăng là cho người bệnh gia tăng sự kết nối với một hay nhiều gợi ý, ví dụ: muốn con ham học cho con lui tới thư viện, nhà sách, bảo tàng, tọa đàm về kiến thức; (2.3) Kỹ thuật diễn kịch đóng vai, với mục đích đánh giá thêm được các khía cạnh khác của vấn đề: cách suy nghĩ, đối đáp, thói quen và cách cư xử trong các mối quan hệ

Buổi 4: Hướng dẫn người bệnh thêm 3 kỹ thuật (1) Kỹ thuật phòng chống stress trong đó, giai đoạn chuẩn bị nhận thức giúp người bệnh gọi tên những sai lầm trong suy nghĩ từ lâu nay được cho là nguyên nhân gây ra khó khăn, cản trở cho những việc làm thích hợp và đúng đắn của họ. Giai đoạn tạo dựng kỹ năng người bệnh sẽ được học các giải pháp để tránh rơi vào tình trạng căng thẳng tinh thần, luyện tập các hình thức thư giãn và cách tư duy tích cực. (2) Kỹ thuật giải mã cảm có hệ thống giúp người bệnh giảm thiểu các trạng thái căng thẳng, có hai hình thức, bằng sự tưởng tượng hoặc bằng sự trực diện với thực tế (cho người bệnh từng bước một trực tiếp đương đầu với vấn đề cho đến khi quen thuộc). (3) Kỹ thuật tràn ngập là cách để người bệnh trực tiếp đối diện ngay với tình huống cho đến lúc họ nhận thức rõ là không có gì đang phải lo lắng, sợ hãi như mình tưởng.

Buổi 5: Hướng dẫn người bệnh tái cấu trúc nhận thức gồm (1) Xác định các nhận thức có vấn đề (suy nghĩ tự động) về quan điểm tiêu cực về bản thân, người khác, thế giới hoặc tương lai, (2) Xác định những thay đổi nhận thức của người bệnh, (3) Đặt các câu hỏi xoay vần để thách thức suy nghĩ tự động

Buổi 6: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh (1) Nhận diện các niềm tin cốt lõi hủy hoại (Ví dụ: tôi không được yêu, tôi là người tồi tệ, tôi là đứa thất bại, mọi người ai cũng chỉ lo cho bản thân họ, tôi không được phép chấp nhận bất kỳ một điều tốt đẹp nào trong cuộc sống, không có thứ gì có ích cả, thế giới này là một nơi nguy hiểm, tôi là người vô dụng, không có ích lợi gì cho người khác); (2) cách niềm tin cốt lõi tạo nên quan điểm (chọn lọc các suy nghĩ, chọn lọc cảm xúc, chọn lọc hành vi) và hướng dẫn người bệnh 2 kỹ thuật để vượt qua các khó khăn đó là phương pháp giải quyết vấn đề và tạo bước đi phù hợp.

Buổi 7: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh được hướng dẫn kỹ thuật (1) Kiểm tra tính hợp lệ, (2) Diễn tập nhận thức, (3) Khám phá có hướng dẫn, (4) Viết nhật ký, (5) Làm mẫu và (6) Bài tập về nhà

Buổi 8: Cán bộ thực hiện trị liệu củng cố các kỹ thuật đã hướng dẫn cho người bệnh. Người bệnh phản hồi quá trình trị liệu những kỹ thuật đã học và vận dụng vào đời sống. Sau thời gian trị liệu người bệnh sẽ tự nhận thức được vai trò của bản thân và tự tin vượt qua các khó khăn trong tương lai. Dựa trên các tình huống gây ra hành vi sai lệch người bệnh nhận diện các nguy cơ tái phát trong tương lai và tự đánh giá khả năng vượt qua các khó khăn đó.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu 50-60 phút:

- Bước 1: Mở đầu – tổng quan & mục tiêu (5–10 phút)

Mục tiêu:

- + Kết nối với người bệnh
- + Xác định nội dung chính muốn tập trung trong phiên

Câu hỏi mở:

- + “Trong tuần qua, điều gì ảnh hưởng nhiều nhất đến cảm xúc của bạn?”
- + “Có suy nghĩ nào cứ lặp đi lặp lại trong đầu bạn?”
- + “Bạn muốn làm rõ điều gì trong buổi hôm nay?”

- Bước 2: Khám phá tình huống – suy nghĩ – cảm xúc (10–15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh phân tích mạch cảm xúc – suy nghĩ – phản ứng

- + Công cụ: Mô hình S.T.E.C (Tình huống – Suy nghĩ – Cảm xúc – Kết quả)

Thành phần	Câu hỏi gợi ý	Ví dụ
Tình huống	“Chuyện gì đã xảy ra?”	Nhắn tin cho bạn mà không được trả lời
Suy nghĩ tự động	“Bạn đã nghĩ gì ngay lúc đó?”	"Họ ghét mình rồi"
Cảm xúc	“Bạn cảm thấy thế nào?”	Buồn bã, lo lắng

Thành phần	Câu hỏi gợi ý	Ví dụ
Hành vi/kết quả	“Bạn đã làm gì?”	Rút lui, không nhấn nữa

- Bước 3: Nhận diện và đánh giá suy nghĩ tự động (15–20 phút)

Mục tiêu: Thách thức suy nghĩ tiêu cực và kiểm tra tính hợp lý

- + Câu hỏi trị liệu điển hình:
 - “Bạn có bằng chứng nào ủng hộ hoặc chống lại suy nghĩ đó không?”
 - “Đó là một sự thật, hay chỉ là một giả định?”
 - “Bạn có thể nhìn tình huống này theo cách nào khác?”
 - “Suy nghĩ này giúp bạn hay khiến bạn khổ sở hơn?”
- + Kỹ thuật: Ghi bảng 3 cột
 1. Tình huống
 2. Suy nghĩ tiêu cực
 3. Suy nghĩ thay thế hợp lý hơn

- Bước 4: Tái cấu trúc nhận thức – tìm cách diễn giải linh hoạt (10–15 phút)

Mục tiêu: Thay thế suy nghĩ cực đoan bằng suy nghĩ trung tính – hợp lý – có tính hỗ trợ

Ví dụ: từ: “Tôi thất bại → Tôi vô dụng” chuyển thành: “Tôi có thể thất bại, nhưng điều đó không định nghĩa toàn bộ con người tôi.”

Công cụ hỗ trợ:

- + Thẻ suy nghĩ thay thế
- + Câu nói trung hòa cảm xúc
- + Tập phản ứng tích cực với "giọng nói nội tâm tiêu cực"

- Bước 5: Khám phá niềm tin cốt lõi (5–10 phút)

Mục tiêu: Lặn theo nhiều suy nghĩ tiêu cực để tìm ra niềm tin lõi nằm sâu bên dưới

- + Kỹ thuật “5 lần vì sao”:
 - “Tôi sợ thất bại.”
 - “Tại sao bạn sợ thất bại?”
 - “Vì tôi sẽ bị đánh giá.”
 - “Vì người khác sẽ nghĩ tôi vô dụng.”
 - “Vì tôi không có giá trị nếu tôi thất bại.”

Niềm tin lỗi: Tôi chỉ có giá trị khi hoàn hảo

- + Ghi nhận – không ép thay đổi ngay – chỉ nhận thức

- Bước 6: Kết thúc phiên – tổng kết & bài tập (5 phút)

Mục tiêu: củng cố nhận thức mới – đưa về áp dụng thực tế

- + Hỏi:

“Bạn học được gì mới về cách bạn suy nghĩ hôm nay?”

“Bạn sẽ áp dụng điều gì trong tuần này để thay đổi cảm xúc/hành vi của mình?”

- + Bài tập về nhà có thể gồm:

Viết nhật ký suy nghĩ 3 cột

Nhận diện 1 suy nghĩ tự động mỗi ngày và phản biện

Đối chiếu cảm xúc sau khi thay đổi cách suy nghĩ

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá triển triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark, D.A., and A.T. Beck (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. The Guilford Press
2. McKay, Matthew; Fanning, Patrick (13 May 2018). *Self-esteem*. New Harbinger Publications. [*ISBN 9781572241985*](#) – via Google Books.
3. Beck, A.T., & Emery, G. (with Greenberg, R.L.). (Rev. Ed. 2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
4. Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2008). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: Guilford
5. Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.
6. Wenzel, A., Brown, G.K., Beck, A.T. (2008). *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications*. American Psychological Association.

7. Beck, Judith.(2009). *The Beck Diet Solution*. Oxmoor House
8. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành).
9. Lê Thị Minh Tâm (2013), Tiếp cận liệu pháp nhận thức hành vi, NXB Thời đại.
10. Newman, Cory F., Leahy, Robert L., Beck, Aaron T., Reilly- Harrington, Noreen A., & Gyulai, Laszlo (2001). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
11. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
12. Wenzel, A., Liese, B.S., Beck, A.T., and Friedman-Wheeler, D.G. (2012). *Group Cognitive Therapy for Addictions*. The Guilford Press

47. TRỊ LIỆU TÂM LÝ ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tâm lý động (Psychodynamic Therapy) còn có các tên gọi khác như *Liệu pháp tâm lý động lực học, trị liệu tâm động học,...* có nguồn gốc từ liệu pháp phân tâm học dựa trên công trình của Sigmund Freud. Trị liệu tâm động học là một hình thức trị liệu trò chuyện chuyên sâu dựa trên các lý thuyết và nguyên tắc phân tâm học, nhằm mục đích giúp các cá nhân hiểu rõ hơn về cảm xúc, động cơ vô thức và mô hình hành vi của họ. Liệu pháp tâm lý động tìm cách khám phá tiềm thức của người bệnh và ảnh hưởng của tiềm thức đối với sự tự nhận thức và hành vi của họ. Tâm lý động đi sâu vào các vấn đề có thể nảy sinh từ những trải nghiệm đầu đời và nhằm mục đích khám phá những động lực cơ bản, khám phá những khuôn mẫu ẩn giấu và thúc đẩy sự phát triển cá nhân.

Liệu pháp tâm lý động tập trung vào việc nhận biết, thừa nhận, hiểu, bày tỏ và vượt qua những cảm giác tiêu cực và mâu thuẫn cũng như những cảm xúc bị kìm nén để cải thiện trải nghiệm và mối quan hệ giữa các cá nhân của người bệnh. Điều này bao gồm việc giúp người bệnh hiểu những cảm xúc bị kìm nén trong quá khứ ảnh hưởng như thế nào đến việc ra quyết định, hành vi và các mối quan hệ hiện tại. Liệu pháp tâm lý động cũng nhằm mục đích giúp đỡ những người bệnh nhận thức và hiểu được nguồn gốc của những khó khăn xã hội của họ nhưng không thể tự mình khắc phục vấn đề. Người bệnh học cách phân tích và giải quyết những khó khăn hiện tại cũng như thay đổi hành vi trong các mối quan hệ hiện tại thông qua việc khám phá và phân tích sâu sắc những trải nghiệm và cảm xúc trước đó.

Liệu pháp tâm lý động tập trung vào vấn đề chủ yếu của người bệnh, nhằm giải thích động cơ thúc đẩy bên trong của người bệnh, nhấn mạnh vai trò của ý thức và vô thức đến hành vi của họ, ảnh hưởng quá khứ đến hình thành và quyết định nhân cách người bệnh. Liệu pháp tâm lý động tập trung hơn vào việc giải quyết vấn đề và kết quả, trái ngược với việc đi sâu vào các vấn đề có thể nảy sinh từ trải nghiệm đầu đời từ trị liệu phân tâm. Thời gian Liệu pháp tâm lý động thường ngắn hơn so với trị liệu phân tâm, khoảng 25 buổi hoặc hơn.

Những lợi ích mang lại:

- Giảm triệu chứng: Mục tiêu là đạt được sự thuyên giảm các triệu chứng liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần.
- Tăng giá trị bản thân: Người bệnh thường cảm thấy giá trị bản thân tăng lên và tận dụng tốt hơn tài năng và khả năng của chính mình.
- Cải thiện các mối quan hệ: Liệu pháp tâm lý động nâng cao khả năng phát triển và duy trì các mối quan hệ tốt hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định rộng rãi trong các rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...

- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng, PTSD, ...
- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi,...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống, rối loạn tình dục, rối loạn nhân cách, ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bút viết, ghế trị liệu, máy ghi âm...

5.4. Trang thiết bị

- Phòng thực hiện trị liệu: bàn, ghế, ghế dài (có thể nằm) phục vụ người bệnh đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Vật dụng, tài liệu được sử dụng tùy từng giai đoạn, tùy thuộc từng người bệnh.

5.5. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 45-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Các giai đoạn của liệu pháp:

6.1. Giai đoạn 1: Xây dựng mối quan hệ với người bệnh.

Mục đích: Để người bệnh có niềm tin với cán bộ thực hiện trị liệu và sẵn sàng cho việc chia sẻ các vấn đề riêng tư của người bệnh. Giúp cho cán bộ thực hiện trị liệu hiểu rõ hơn về những điều được ẩn giấu, từ đó trợ giúp để người bệnh trở nên tốt hơn.

Thực hiện: Cán bộ thực hiện trị liệu giới thiệu về bản thân, các kỹ thuật sẽ thực hiện trong quá trình trị liệu, thời gian, địa điểm thực hiện, nhà trị liệu sử dụng các kỹ thuật tâm lý phỏng vấn người bệnh, xây dựng niềm tin với người bệnh. Thời gian thực hiện 1-2 buổi.

6.2. Giai đoạn 2: Đối chất cùng người bệnh nhằm đánh giá tình hình người bệnh.

Hiểu được bản chất của những thôi thúc và tranh chấp trong nội tâm vô thức và các thể suy nghĩ, cảm nhận và ứng xử trước mọi vấn đề của người bệnh. Cán bộ thực hiện trị liệu cần tìm hiểu được các tình huống và những khó khăn trong quá khứ, hiện tại, chấn thương, ám ức, giấc mơ, ước muốn, khát vọng về (những thứ chưa làm, những vấn đề đã được hay không của người bệnh). Tìm được nguyên nhân của tình trạng hiện tại đang xảy ra cho họ không chỉ thông qua lời nói mà cần chú ý đến cả các vấn đề cử chỉ, thái độ... của người bệnh.

Chú ý 3 hiện tượng: **Cơ chế phòng ngự, chuyển di và chuyển di ngược.** Cán bộ thực hiện trị liệu phải khơi gợi cả những khía cạnh tích cực và tiêu cực trong hành vi và thái độ của người bệnh. Cán bộ thực hiện trị liệu cần tìm hiểu, khám phá các yếu tố tâm lý vô thức đã xảy ra trong quá khứ của người bệnh, giúp họ nhận biết để không ảnh hưởng tới mối quan hệ trị liệu ở hiện tại giữa họ với cán bộ thực hiện trị liệu. Thời gian thực hiện 3-6 buổi.

6.3. Giai đoạn 3: Làm sáng tỏ, đây là giai đoạn sau khi đã thu thập và hiểu được những thông tin (như câu, ý tưởng, chấn thương, cảm xúc, ký ức...), tìm hiểu được tính nhân quả trong phần vô thức và ý thức (trong quá khứ và hiện tại) của người bệnh.

Cán bộ thực hiện trị liệu cần làm sáng tỏ lý do gì và tại sao người bệnh có sự phòng ngự nhằm tìm hiểu được những động lực vô thức nào đã dẫn đến các cảm xúc, hành vi và suy nghĩ của người bệnh. Cán bộ thực hiện trị liệu sử dụng các kỹ thuật đặt *câu hỏi, lời hỏi hay trượt lời* thảo luận với người bệnh để hiểu xem ở họ những gì đang còn khúc mắc. Các hiện tượng phòng ngự và chuyển di cũng được thảo luận để làm rõ trong giai đoạn này. Làm sáng tỏ ở người bệnh

những vấn đề ở tưởng tượng và thực tế, giúp người bệnh nhận thức đúng đắn các vấn đề mình đang gặp phải.

Với sự giúp đỡ của cán bộ thực hiện trị liệu, người bệnh được khuyến khích nói chuyện thoải mái về bất cứ điều gì nảy ra trong đầu, bao gồm những khó khăn, nỗi sợ hãi, ham muốn, ước mơ và tưởng tượng hiện tại. Mục đích là để giảm bớt các triệu chứng của người bệnh, cũng như nâng cao giá trị bản thân họ, giúp họ sử dụng tốt hơn năng lực và khả năng của mình, đồng thời cải thiện khả năng phát triển và duy trì các mối quan hệ, từ đó xây dựng các chiến lược ứng phó đối với những vấn đề cần được giải quyết sớm.

6.4. Giai đoạn 4: Giải thích cho người bệnh, đây là giai đoạn được thực hiện sau khi dữ kiện về người bệnh được thu thập đầy đủ, có thể sắp xếp chúng thành một chuỗi liên tục, một khuôn mẫu để có thể đưa ra những phỏng đoán tổng quát về các yếu tố ảnh hưởng đến tinh thần & các nét đặc thù của cá tính, tính cách đã hình thành các triệu chứng tâm lý tâm thần hiện tại của người bệnh. Ở giai đoạn này cán bộ thực hiện trị liệu giải thích và diễn dịch cho người bệnh về ý nghĩa của những sự kiện vô thức (cảm xúc, ký ức và giấc mơ, những vấn đề họ đang vướng mắc, tính liên hệ của chúng đối với hành vi và nhân cách của họ ở hiện tại. Có thể được thực hiện lặp đi lặp lại nhiều lần và phải được thực hiện trong điều kiện thuận lợi và đúng thời điểm để người bệnh có thể sẵn sàng nghe và hiểu. Cán bộ thực hiện trị liệu làm sáng tỏ và cắt nghĩa tại sao những gì đã diễn biến trong cuộc sống nội tâm của người bệnh chính là những nguyên nhân cho những khó khăn trong sinh hoạt hiện tại của họ. Cán bộ thực hiện trị liệu cũng cần lựa chọn thời điểm để giải thích (lúc người bệnh có thể lắng nghe, hoàn cảnh...). Cần lựa chọn cách thức giải thích (từ những vấn đề chung chung, những lợi ích, ý nghĩa của phương pháp liên tưởng tự do tác động vô thức, ý nghĩa của hiện tượng chuyển di, giấc mơ, nỗi sợ hãi...) của người bệnh.

6.5. Giai đoạn 5: Phối hợp nhằm hóa giải, là giai đoạn cuối cùng và giúp người bệnh phát triển được khả năng nhìn thấy được xuyên suốt quá trình hình thành các yếu tố stress, các sang chấn từ thơ ấu đến hiện tại. Cán bộ thực hiện trị liệu giúp người bệnh đào sâu vào vô thức, biết kết nối và hiểu được tính liên hệ có ý nghĩa với hành vi ở hiện tại. Từ đó hình thành những thay đổi về tính cách, tập quán sinh hoạt của mình cho phù hợp với mong muốn của hiện tại. Cán bộ thực hiện trị liệu phân tích, lý giải các yếu tố tối-sáng đan xen trong chuỗi hoạt động tâm lý của người bệnh và còn phải biến nó thành khả năng của người bệnh (**tăng khả năng nội thị**- nhìn thấy nội tâm mình). Từ đó, cảm xúc của người bệnh bắt đầu được hóa giải, người bệnh thấy được mối liên hệ giữa hành vi ở hiện tại với những gì xảy ra trong phần vô thức sâu kín của mình. Tuy nhiên, giai đoạn 2,3,4,5 có thể áp dụng linh hoạt đối với từng người bệnh.

Lưu ý: Các kỹ thuật được sử dụng trong liệu pháp được sử dụng linh hoạt ở từng người bệnh.

Các kỹ thuật được sử dụng trong liệu pháp như:

(1) Liên tưởng tự do: Liên tưởng tự do là kỹ thuật được sử dụng để khám phá vô thức và giải phóng điều bị dồn nén. Người bệnh được yêu cầu phải tự nhiên và tự do liên tưởng đến những suy nghĩ ngẫu nhiên xuất hiện trong đầu họ; đôi khi cán bộ thực hiện trị liệu có thể gợi ý hoặc nói một lời cho bệnh nhân để bắt đầu sự liên kết tự do của họ. Người bệnh cũng được khuyến khích gạt bỏ sự xấu hổ và mong muốn tự kiểm duyệt sang một bên. Sau đó, cán bộ thực hiện trị liệu cố gắng xác định những gì người bệnh có thể đang kìm nén trong quá khứ và điều đó có thể ảnh hưởng đến hành vi hiện tại của họ như thế nào.

(2) Phân tích cơ chế phòng vệ: Mục tiêu là phá vỡ sự chống đối để giúp người bệnh đối mặt với suy nghĩ, mong muốn và kinh nghiệm đau khổ, giúp họ nhận thức được nó và vấn đề được giải quyết. Sự phòng vệ xảy ra để ngăn cản không cho những xung đột bị dồn nén trong vô thức quay trở lại ý thức của người bệnh. Cán bộ thực hiện trị liệu cần tập trung chú ý vào những vấn đề đã kích thích sự phòng vệ ở người bệnh.

(3) Phân tích giấc mơ: nhằm giải phóng vô thức của bệnh nhân và mở ra những nỗi sợ hãi, ham muốn và động lực tiềm ẩn. Những giấc mơ không mang tính phán xét và không thể hiện sự đề phòng, cho phép một cá nhân khơi dậy những suy nghĩ và cảm xúc đã bị chôn vùi từ lâu. Khi ngủ, các siêu thức (superego) yếu đi trong phần kiểm duyệt những xung đột trong vô thức. *Động cơ không thể bộc lộ được trong khi thức* biểu hiện trong giấc mơ. Động cơ không thể chấp nhận là do sự ngăn cản của ý thức hình thành cơ chế tự vệ, xung đột phải thể hiện dưới hình thức “trá hình” hoặc “tượng trưng”. Cán bộ thực hiện trị liệu cần phân tích giấc mơ để hiểu và xử lý những vấn đề của người bệnh. Quá trình này được cho là sẽ tiết lộ ý nghĩa và sự thật ẩn giấu phía sau của người bệnh.

(4) Phân tích sự chuyển di: Trong quá trình trị liệu người bệnh xuất hiện những phản ứng cảm xúc đối với cán bộ thực hiện trị liệu. Cán bộ thực hiện trị liệu thường được đồng nhất với người nào đó là trung tâm của những xung đột cảm xúc trong quá khứ của họ. người bệnh có hai xu hướng chuyển di, một là chuyển di tích cực: khi người bệnh có cảm giác liên hệ mật thiết với Nhà tâm lý lâm sàng như yêu đương, sự kích phục, thứ hai là chuyển di tiêu cực: khi người bệnh có cảm giác liên hệ thù địch, đố kỵ với cán bộ thực hiện trị liệu. Cán bộ thực hiện trị liệu cần điều chỉnh chuyển di, giúp người bệnh “phiên dịch” những tình cảm hiện tại bằng cách tìm hiểu nguồn gốc của những tình cảm đó trong quá khứ.

(5) Diễn giải: Tâm lý động cho rằng mỗi người đều có một lịch sử phát triển của riêng mình. Con người tự tạo ra bản thân mình trong lịch sử của chính mình. Trong vô thức của mỗi người đều có liên quan đến quá khứ và tới thời điểm hiện tại, người đó vẫn không ý thức được nó. Bệnh lý của hôm nay là hệ quả của tất cả những gì xảy ra trong quá khứ. Lành bệnh là khi người bệnh được giải phóng khỏi những xung đột tâm lý vô thức và họ nói thành lời những suy tưởng của chính mình. Do đó, cán bộ thực hiện trị liệu diễn giải cách những

xung đột vô thức ở người bệnh trở lên rõ ràng hơn và giúp người bệnh gọi tên được nó và hóa giải nó để cuộc sống thích ứng tốt hơn.

Hoạt động của một phiên trị liệu:

- Bước 1: Khởi đầu tự do – khám phá nội dung tự phát (5–10 phút)

Mục tiêu: Tạo không gian an toàn để người bệnh khơi mở dòng liên tưởng tự do

+ Cán bộ trị liệu:

Khuyến khích người bệnh nói bất cứ điều gì đến với họ

Không định hướng mạnh hoặc áp đặt chủ đề

+ Câu hỏi mở:

“Điều gì đang hiện diện trong tâm trí bạn hôm nay?”

“Có điều gì bạn mơ gần đây hoặc cứ nghĩ đi nghĩ lại?”

“Bạn cảm thấy thế nào khi bước vào phiên hôm nay?”

- Bước 2: Lắng nghe & phản hồi (10–15 phút)

Mục tiêu: Nhận diện mô thức suy nghĩ – cảm xúc – mối quan hệ lặp lại

Kỹ thuật trị liệu:

+ Diễn giải: “Bạn nói bạn sợ bị từ chối, nhưng cũng hay chủ động rút lui trước – có thể đó là cách bảo vệ mình?”

+ Phản chiếu: “Tôi thấy bạn vừa chia sẻ điều đó với giọng trầm hơn – có cảm xúc gì đi kèm không?”

+ Chuyển di: “Bạn có cảm thấy tôi giống ai đó trong quá khứ của bạn không?”

+ Soi chiếu mẫu quan hệ lặp lại: “Đây là lần thứ ba bạn kể về một mối quan hệ mà bạn phải cố gắng ‘được chấp nhận’...”

- Bước 3: Khám phá cơ chế phòng vệ & niềm tin vô thức (15–20 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh nhận ra họ đang tránh né hoặc bảo vệ điều gì

+ Cơ chế phòng vệ:

Cơ chế	Hành vi/biểu hiện thường gặp
Phủ nhận	“Tôi không thấy chuyện đó ảnh hưởng gì đến tôi cả.”
Lý tưởng hóa	“Ba tôi lúc nào cũng đúng, tôi là người sai.”
Phân ly	Nói về sang chấn như người khác đang kể chuyện

Cơ chế	Hành vi/biểu hiện thường gặp
Di chuyển cảm xúc	Trút giận lên người an toàn thay vì đối tượng thực sự
Trí năng hóa	Dùng lý trí để né cảm xúc (phân tích thay vì cảm nhận)

- + Cán bộ trị liệu nhẹ nhàng phản ánh và thử diễn giải những điều người bệnh né tránh hoặc chưa ý thức.

- Bước 4: Khám phá mối liên hệ với quá khứ – mô thức gắn bó (10–15 phút)

Mục tiêu: Tìm liên hệ giữa cảm xúc hiện tại và trải nghiệm thời thơ ấu

- + Câu hỏi khai thác:
 “Bạn đã học được điều gì về việc thể hiện cảm xúc khi còn nhỏ?”
 “Khi cảm thấy bị bỏ rơi, bạn thường làm gì? Bạn học được điều đó từ ai?”
 “Bạn có nhớ trải nghiệm đầu tiên khi cảm thấy mình không đủ tốt?”
- + Cán bộ trị liệu giúp người bệnh nhận ra khuôn mẫu gắn bó – và sự lặp lại trong các mối quan hệ hiện tại

- Bước 5: Xử lý chuyển di – củng cố mối quan hệ trị liệu

Mục tiêu: Sử dụng quan hệ trị liệu như một công cụ để người bệnh nhận thức rõ bản thân

- + Nếu người bệnh phản ứng quá mức, lý tưởng hóa hoặc tránh né cán bộ trị liệu → khám phá chuyển di.
- + Giúp người bệnh nói về cảm xúc với trị liệu viên một cách an toàn. Ví dụ:
 “Bạn cảm thấy tôi sẽ đánh giá bạn nếu bạn nói điều đó. Điều đó có quen thuộc trong các mối quan hệ khác không?”

- Bước 6: Kết thúc phiên – gọi mở & không đóng lại vấn đề (5 phút)

Mục tiêu: Không ép tổng kết – nhưng có thể phản ánh nhẹ về chuyển biến

- + “Bạn đang cảm thấy điều gì sau khi nói ra điều này?”
- + “Điều gì bạn sẽ tiếp tục suy nghĩ sau phiên hôm nay?”
- + “Bạn muốn quay lại chủ đề này vào phiên sau không?”
- + Tôn trọng quá trình nội tâm đang mở ra – không cần kết luận vội vàng

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Liệu pháp tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành), NXB Đại học Quốc Gia, TP. Hồ Chí Minh
3. Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*. September 2013;170(9):1041–1050.
4. Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., et al. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*. October 2014;171(10):1074–1082.
5. Stefini, A., Salzer, S., Reich, G., et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: A randomized controlled trial. Published online February 10, 2017.
6. Stefini, A., Salzer, S., Reich, G., et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: A randomized controlled trial. Published online February 10, 2017

48. TRỊ LIỆU KÍCH HOẠT HÀNH VI

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu kích hoạt hành vi (Behavioral Activation) là một phương pháp trị liệu tâm lý cho người bệnh trầm cảm được áp dụng nhiều trên thế giới, và được xem là phương pháp tương đối đơn giản, có hiệu quả, và có thể áp dụng tại cộng đồng.

Kích hoạt hành vi là trị liệu tâm lý dựa trên cơ sở của lý thuyết hành vi nhằm mục đích động viên người bệnh thực hiện các hoạt động mà người bệnh thích thú. Nhờ tăng cường thực hiện hoạt động đó, cảm xúc của người bệnh sẽ thay đổi, từ đó tình trạng bệnh được cải thiện.

Trị liệu kích hoạt hành vi là cán bộ thực hiện trị liệu giáo dục cho người bệnh về các vấn đề như: (1) thay đổi cảm xúc giúp họ thay đổi hoạt động của mình. (2) Các thay đổi trong cuộc sống có thể dẫn tới trầm cảm và các chiến lược thích ứng ngắn hạn có thể làm họ lún sâu vào cảm giác buồn chán. (3) Việc duy trì và sử dụng thuốc chống trầm cảm là quan trọng. (4) Lên chương trình hoạt động dựa vào kế hoạch chứ không dựa vào cảm xúc. (5) Thay đổi sẽ dễ dàng hơn khi thực hiện từng bước nhỏ. (6) Nhấn mạnh các hoạt động được củng cố một cách tự nhiên. (6) Hoạt động như huấn luyện viên (7) Nhấn mạnh phương pháp thực nghiệm giải quyết vấn đề và nhận diện rằng mọi kết quả đều hữu ích. (8) Không chỉ nói mà phải làm. (9) Giải quyết sự cố có thể xảy ra và các cản trở thực tế đối với sự kích hoạt. Tất cả các kỹ thuật trong quá trình trị liệu đều nhằm mục tiêu làm gia tăng sự kích hoạt và hướng người bệnh tham gia nhiều hoạt động trong xã hội, làm giảm các hành vi né tránh.

2. CHỈ ĐỊNH

Được sử dụng rộng rãi trong các trường hợp:

- Người bệnh có vấn đề hành vi không phù hợp cần điều chỉnh
- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, PTSD, rối loạn sự thích ứng, dạng cơ thể,...
- Các rối loạn liên quan sử dụng chất
- Hành vi nghiện: cờ bạc, game,...
- Tâm thần phân liệt và rối loạn liên quan

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Hạn chế/ thận trọng trong các trường hợp:

- Các bệnh thực tổn nặng

- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần mức độ nặng, tự kỷ mức độ nặng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy (A4, A3, A0), bút (chì, bi, dạ)...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Tivi thông minh, USB và đầu đĩa, Loa Bluetooth, máy tính, máy in, bảng flipchart

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 8 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 60-90 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh và gia đình của họ thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh và gia đình
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

- Buổi 1: Chủ yếu giới thiệu về liệu pháp, làm sao để người bệnh hiểu liệu pháp có ý nghĩa với tình trạng sức khỏe của mình. Đồng thời tạo cho người bệnh cảm giác liệu pháp kích hoạt hành vi là những công cụ thân thuộc và có khả năng thực hiện được. Cuối buổi điều trị cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành tại nhà, từ đó đưa ra các bài tập để người bệnh thực hiện trong thời gian 2 buổi điều trị. Đề nghị người bệnh tự chọn một hoạt động thực hiện
- Buổi 2: Giúp người bệnh hiểu được mối liên quan giữa hành vi và cảm xúc của bệnh nhân, đồng thời cán bộ thực hiện trị liệu cùng bệnh nhân phân loại các hoạt động, để từ đó bệnh nhân sẽ chọn hoạt động phù hợp để thực hiện bài tập.
- Buổi 3: Bệnh nhân được hướng dẫn 2 phương pháp để vượt qua các khó khăn đó là phương pháp giải quyết vấn đề và tạo bước đi phù hợp.
- Buổi 4: Hướng dẫn người bệnh thêm 2 phương pháp để kích hoạt hành vi đó là tiên đoán sự thích thú và cân bằng hoạt động, với 4 phương pháp của liệu pháp kích hoạt hành vi (giải quyết vấn đề, tạo bước đi phù hợp, tiên đoán sự thích thú và cân bằng hoạt động), Cán bộ thực hiện trị liệu hy vọng người bệnh sẽ thực hiện tốt kế hoạch định ra trong phần bài tập và khi thực hiện các hành vi đó, vì vậy khí sắc của họ sẽ thay đổi.
- Buổi 5: Sau khi thực hiện tốt các kế hoạch hoạt động để thay đổi cảm xúc của mình, người bệnh sẽ tự nhận thức được vai trò của bản thân trong quá trình điều trị để từ đó tự tin vượt qua các khó khăn trong tương lai. Dựa trên các tình huống gây trầm cảm trong quá khứ, họ nhận diện các nguy cơ tái phát trong tương lai và tự đánh giá khả năng vượt qua các khó khăn đó.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.

- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu:

- Bước 1: Mở đầu – thiết lập an toàn & mục tiêu (10 phút)

Mục tiêu:

- + Tạo kết nối nhóm
- + Nhắc lại quy tắc nhóm (an toàn, không phán xét, chia sẻ tự nguyện)
- + Giới thiệu mục tiêu chính của phiên hôm nay

Hoạt động mở đầu:

- + “Bạn cảm thấy thế nào khi đến đây hôm nay?” (chia sẻ vắn tắt)
- + “Bạn mong chờ điều gì từ buổi hôm nay?”

- Bước 2: Ôn lại bài tập về nhà (15 phút)

Mục tiêu:

- + Củng cố trải nghiệm hành vi của tuần trước
- + Tăng cam kết nhóm & hỗ trợ nhau

Câu hỏi gợi mở:

- + “Tuần qua, bạn có thực hiện hành vi đã cam kết không?”
- + “Bạn cảm thấy thế nào khi hoàn thành – hoặc khi trì hoãn?”
- + “Có điều gì bạn rút ra từ trải nghiệm đó?”

Cán bộ trị liệu ghi nhận, hỗ trợ không phán xét – khuyến khích phản hồi tích cực từ các thành viên.

- Bước 3: Giảng giải – giáo dục ngắn gọn về chủ đề trị liệu (10–15 phút)

Mục tiêu: Cung cấp kiến thức nền về cơ chế hành vi – cảm xúc

- + Nội dung giáo dục:

Vòng luẩn quẩn Trầm cảm → Tránh né → Mất động lực → Trầm cảm tăng

Hành vi tích cực tạo cảm xúc tích cực → não tiết **dopamine**

Sự khác biệt giữa “cảm thấy muốn làm” và “làm rồi mới cảm thấy tốt”

- + Công cụ hỗ trợ: sơ đồ hành vi – cảm xúc, thẻ nội dung hình ảnh

- Bước 4: Bài tập nhóm – nhận diện hành vi tránh né và xây dựng hoạt động (20–25 phút)

Mục tiêu:

- + Nhận diện hoạt động đang né tránh, trì hoãn
- + Tạo danh sách các hành vi có thể khôi phục hứng thú, kết nối hoặc ý nghĩa

Hoạt động nhóm nhỏ:

- + Viết 3 hành vi bản thân đang trì hoãn và cảm xúc đi kèm
- + Chia sẻ trong nhóm 2–3 người
- + Cùng nghĩ các hoạt động nhỏ thay thế giúp cải thiện tâm trạng

Bảng gợi ý:

Hành vi tránh né	Cảm xúc	Hành vi thay thế nhỏ	Thang khả thi (1–10)
Không ra khỏi giường	Mệt mỏi, vô vọng	Mở cửa sổ, rửa mặt	8
Tránh bạn bè	Cô đơn	Gửi 1 tin nhắn	6

- Bước 5: Lập kế hoạch hành vi tuần tới (15 phút)

Mục tiêu:

- + Cam kết hành vi cụ thể, khả thi
- + Khuyến khích đo lường trước–sau cảm xúc

Công cụ:

Bảng kế hoạch “Hoạt động – thời điểm – cảm xúc kỳ vọng – cảm xúc sau khi làm”

Ví dụ:

Hoạt động	Khi nào?	Cảm xúc mong đợi	Cảm xúc sau đó
Đi bộ 10 phút	Thứ Ba sáng	4/10	... (ghi sau)

- Bước 6: Chia sẻ – phản hồi – kết thúc (10 phút)

Mục tiêu:

- + củng cố cam kết
- + Tăng gắn kết nhóm
- + Mở ra hy vọng nhẹ nhàng

Câu hỏi kết thúc:

- + “Bạn mang theo điều gì từ buổi hôm nay?”
- + “Bạn muốn thử điều gì khác đi trong tuần tới?”

Có thể mời 1–2 người tự nguyện chia sẻ hành vi cam kết. Cán bộ trị liệu phản hồi âm áp, nhẹ nhàng, tránh áp lực

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh có quyền dừng điều trị nếu thấy quá trình thực hiện liệu pháp không đạt được kết quả như dự kiến. Họ có thể chuyển sang dạng điều trị khác hoặc chuyển Cán bộ thực hiện trị liệu khác.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
2. Fortney, J. C., Bauer, A. M., Cerimele, J. M., Pyne, J. M., Pfeiffer, P., Heagerty, P. J., Hawrilenko, M., Zielinski, M. J., Kaysen, D., Bowen, D. J., Moore, D. L., Ferro, L., Metzger, K., Shushan, S., Hafer, E., Nolan, J. P., Dalack, G. W., & Unützer, J. (2021). Comparison of Teleintegrated Care and Telereferral Care for Treating Complex Psychiatric Disorders in Primary Care: A Pragmatic Randomized Comparative Effectiveness Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(11), 1189–1199. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2318>
3. Victoria K Ngô và cộng sự, Liệu pháp tâm lý kích hoạt hành vi, Quỹ Cứu chiến binh Mỹ tại Việt Nam, tháng 5/2012.
4. Võ Văn Bản, Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học, Năm 2002.
5. Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. J. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51(9), 1491–1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>.

49. PHÂN TÍCH HÀNH VI ỨNG DỤNG (ABA)

1. ĐẠI CƯƠNG

Phân tích hành vi ứng dụng (Applied Behavioral Analysis (ABA)) là việc sử dụng kỹ thuật phân tích hành vi và hậu quả của hành vi nhằm hướng dẫn cho người bệnh những cách cư xử hiệu quả hơn, thay đổi hậu quả của hành vi hiện có thông qua củng cố tích cực.

Người sáng lập ra ABA là nhà tâm lý học Ole Ivar Lovaas vào những năm 1960 ABA sử dụng củng cố tích cực để giảng dạy và thúc đẩy các kỹ năng xã hội, khả năng giao tiếp, kỹ năng học tập, hình thành thói quen tự chăm sóc bản thân, học các kỹ năng mới và duy trì các hành vi tích cực. ABA giúp điều chỉnh các kỹ năng và hành vi từ tình huống này sang tình huống khác, kiểm soát tình huống phát sinh hành vi tiêu cực và giảm thiểu hành vi tiêu cực. ABA cũng giúp người bệnh đối phó với những giảm sút do tuổi tác, như giảm trí nhớ và duy trì các mối quan hệ. ABA giúp người bệnh quản lý một số thách thức về lối sống đi kèm với nhiều tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần. Tất cả các hành vi mong muốn được chia thành các bước nhỏ hơn và khi học được từng bước, người bệnh sẽ được khen thưởng vì đã thực hiện thành công hành vi mục tiêu.

***Cơ chế:**

Triết lý của chủ nghĩa hành vi là nỗ lực cải thiện tình trạng của người bệnh thông qua thay đổi hành vi (ví dụ: giáo dục, điều trị sức khỏe hành vi) sẽ hiệu quả nhất nếu bản thân hành vi là trọng tâm chính. Hành vi là sản phẩm của hoàn cảnh, đặc biệt là các sự kiện xảy ra ngay sau hành vi. Hành vi có thể dự đoán được, hành vi sẽ học được và sẽ thay đổi được theo thời gian. Do đó, thông qua các hành vi để có thể phân tích, đánh giá và đề xuất những hành vi thay thế phù hợp, tích cực.

ABA được thực hiện theo nguyên lý “những hành vi được củng cố (thường) sẽ tái diễn thường xuyên hơn là những hành vi bị bỏ qua hoặc bị phạt”. ABA giúp cải thiện nhiều lĩnh vực chức năng: nhận thức, quan hệ xã hội, ngôn ngữ, tự phục vụ... Đồng thời phương pháp này cũng nhấn mạnh việc loại bỏ những hành vi tiêu cực và thay thế bằng những hành vi tích cực, giúp trẻ có ứng xử phù hợp với cuộc sống

Cơ sở của phương pháp ABA là hành vi được củng cố sẽ được lặp lại liên tục, mục đích dạy kỹ năng cho người bệnh để tự chăm sóc, phục vụ cho chính mình, cải thiện tối đa các hành vi tiêu cực, chưa phù hợp và cuối cùng là cải thiện cuộc sống.

ABA cho rằng mọi hành vi mong muốn thay đổi cần xác định ba yếu tố sau đây: “A-B-C” trong đó:

- A- Tiền đề: là những gì xảy ra ngay trước hành vi (có thể bằng lời nói, chẳng hạn như một mệnh lệnh hoặc yêu cầu. Nó cũng có thể là vật chất, chẳng hạn như đồ chơi hoặc đồ vật, hoặc ánh sáng, âm thanh hoặc

thứ gì đó khác trong môi trường). Tiền đề có thể đến từ môi trường, từ người khác hoặc từ bên trong (chẳng hạn như suy nghĩ hoặc cảm giác).

B- Hành vi kết quả: là phản ứng của người bệnh phản ứng đối với tiền đề. Nó có thể là một hành động, một phản ứng bằng lời nói, hoặc một cái gì đó khác (cử chỉ phi ngôn ngữ, biểu cảm cơ thể...)

C- Hậu quả: là kết quả xảy ra ngay sau hành vi.

Tùy thuộc vào nhu cầu, kỹ năng, sở thích và mức độ đáp ứng của mỗi người bệnh mà nhà trị liệu triển khai nhiều kỹ thuật ABA khác nhau và sử dụng các hệ thống củng cố liên quan khác nhau để dạy người bệnh về hậu quả của việc tham gia vào các hành vi và hoạt động cụ thể, với mục đích những hành vi đó sẽ được tăng lên và lặp lại trong tương lai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn liên quan stress: lo âu, hoảng sợ, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn ám ảnh cưỡng chế,...
- Các rối loạn ở trẻ em và thanh thiếu niên: Rối loạn học tập, rối loạn tự kỷ, rối loạn hành vi, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi, rối loạn tăng động giảm chú ý...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (cờ bạc, game,...)
- Các chỉ định khác: Sa sút trí tuệ nhẹ và vừa, rối loạn tâm thần thực tổn,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Tâm thần phân liệt, hoang tưởng, ảo giác
- Chậm phát triển tâm thần
- Sa sút trí tuệ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 60-90 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu phân tích hành vi ứng dụng (ABA) có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

- Xác định danh sách các hành vi bất thường/ hành vi sai lệch, thời gian, địa điểm, tình huống, người liên quan, trước khi xảy ra hành vi, sau khi xảy ra hành vi, hệ quả
- Xác định những yếu tố củng cố cho những hành vi này
- Lên danh sách những hành vi thay thế, những yếu tố củng cố
- Người bệnh thực hành, cán bộ thực hiện trị liệu ghi nhận và củng cố

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu

- Bước 1: Mở đầu – thiết lập quan hệ và động lực (5–10 phút)

Mục tiêu: Thiết lập kết nối tích cực – tăng tính hợp tác

Hoạt động:

- + Giao tiếp thân thiện, dùng đồ chơi/trò chơi yêu thích của trẻ
- + Quan sát tâm trạng – hành vi nền
- + Dẫn dắt trẻ vào không gian can thiệp
- + Xác định "tác nhân củng cố" mạnh hôm nay (quà, thức ăn, trò chơi)

- Bước 2: Khởi động – ôn lại kỹ năng đã học (10–15 phút)

Mục tiêu: Tăng độ trôi chảy, tạo nền tảng cho kỹ năng mới

Cách thực hiện:

- + Nhắc lại bài đã học với mức hỗ trợ thấp dần
- + Khen ngợi ngay sau mỗi đáp ứng đúng:
"Con giỏi quá! Mình high-five nào!"

- Bước 3: Dạy kỹ năng mới – thiết kế các thử nghiệm có cấu trúc (25–30 phút)

Mục tiêu: Hình thành hành vi hoặc kỹ năng mới (theo kế hoạch cá nhân)

Hướng dẫn kỹ năng:

- + Giao tiếp bằng hình ảnh
- + Chỉ vào đồ vật khi được yêu cầu
- + Gọi người khác

- + Thực hiện hành động khi có tín hiệu lời nói

Ví dụ:

- + Cán bộ trị liệu: “Chỉ vào quả táo.” (nói + chỉ tay nhẹ nếu cần)
- + Trẻ thực hiện đúng → “Giỏi quá! Mình chơi bong bóng nhé!”
- + Trẻ sai → Không khen – thực hiện nhắc lại

- Bước 4: Khái quát hóa & dạy qua chơi (10–15 phút)

Mục tiêu: Giúp trẻ áp dụng kỹ năng vào nhiều tình huống thực tế

Hoạt động:

- + Dạy kỹ năng tương tác trong trò chơi
- + Chơi giả định tình huống xã hội
- + Cho trẻ chọn lựa hoạt động và lồng kỹ năng vào đó
- + Dạy kỹ năng bằng mô hình Huấn luyện môi trường tự nhiên (NET). “Con lấy xe hơi nào?” → “Cho cô một chiếc nhé!” (dạy chia sẻ)

- Bước 5: Giảm hành vi không phù hợp (xử lý hành vi – nếu có)

Mục tiêu: Can thiệp hành vi khó bằng kế hoạch Khuyến khích hành vi - BSP

Chiến lược gồm:

- + Quan sát chức năng hành vi (thoát nhiệm vụ? tìm sự chú ý?)
- + Sử dụng kỹ thuật Dập tắt, củng cố sự khác biệt, Thúc đẩy, Cung cấp mẫu hành vi
- + Không củng cố hành vi không phù hợp
- + Ghi dữ liệu: mô hình ABC chart (Sự kiện – Hành vi – Kết quả)

- Bước 6: Tổng kết phiên – củng cố & kết thúc tích cực (5–10 phút)

Mục tiêu: Trẻ kết thúc trong trạng thái tích cực – củng cố điều đã học

Hoạt động:

- + Ôn lại nhanh kỹ năng hôm nay
- + Nhắc lại thành tích nổi bật (nêu rõ hành vi)
- + Khen thưởng mạnh hơn nếu hoàn thành tốt
- + Cho chơi hoạt động yêu thích 2–3 phút trước khi ra về

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Applied Behavior Analysis (ABA) Association for Science in Autism Treatment. Accessed December 28, 2016. Applied Behavior Analysis (ABA), Autism Speaks
2. ABA Therapy, Center for Autism & Related Disorders. Accessed December 28, 2016
3. Behavior Analysis Certification Board. About Behavior Analysis. Accessed December 29, 2016
4. Behavior Analysis Certification Board. Credentials. Accessed December 29, 2016
5. Cambridge Center for Behavioral Studies. Accessed December 29, 2016

50. LIỆU PHÁP ÂM NHẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Âm nhạc trị liệu là việc sử dụng âm nhạc (nhịp điệu, giai điệu, hòa âm, tiết tấu...) trong mối quan hệ trị liệu để duy trì phục hồi hoặc cải thiện sự tập trung chú ý, cảm xúc, nhận thức, hành vi, giao tiếp...

Âm nhạc trị liệu có 2 hình thức:

Liệu pháp âm nhạc tích cực chủ động: Người bệnh có thể hát, di chuyển theo điệu nhạc, viết bài hát và chơi các nhạc cụ...

Liệu pháp âm nhạc thụ động: Người bệnh nghe, cảm nhận và tưởng tượng, âm nhạc tưởng tượng có hướng dẫn.

Âm nhạc giúp cho người bệnh nhanh chóng lấy lại sự cân bằng dễ dàng vượt qua các bất ổn về tinh thần thể chất và xã hội. Các giai điệu âm nhạc kích thích sự hoạt động của các giác quan kích hoạt cơ chế điều hòa của não bộ giúp cho con người điều chỉnh cảm xúc, phục hồi chức năng nhận thức như tập trung chú ý và trí nhớ, giúp cải thiện nhận thức và điều chỉnh hành vi, sống tự tin vào bản thân, sống thoải mái hơn, hạnh phúc hơn và dễ gắn kết yêu thương nhau hơn.

Qua các hoạt động âm nhạc người bệnh được cải thiện khả năng và kỹ năng giao tiếp với mọi người giúp họ tự khám phá bản thân, phát triển tư duy sáng tạo, tâm lý thoải mái hỗ trợ cho quá trình điều trị và phục hồi chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi chức năng tâm lý - tâm thần cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Sách hướng dẫn thực hiện.
- Phiếu theo dõi đánh giá.

5.4. Trang thiết bị

- Loa.
- Máy vi tính.
- Tivi.
- Amply.
- Micro.
- Đàn Gitar.
- Đàn Organ.
- Sáo.

5.5. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Tùy theo nội dung được chuẩn bị trong buổi trị liệu mà xây dựng kế hoạch. Cấu trúc chung cho một buổi như sau:

6.1. Bước 1: Tập chung người bệnh, giới thiệu các cá nhân để làm quen. Cán bộ thực hiện trị liệu giới thiệu chung về nội dung thực hiện và nguyên tắc quy định cho các thành viên tham gia buổi trị liệu: về thời gian cho 1 buổi, số buổi thực hiện, và yêu cầu cần đạt khi tham gia hoạt động. Tổng kết ôn bài của buổi trước tính sau buổi hoạt động thứ nhất.

6.2. Bước 2: Các hoạt động

A. Cảm thụ âm nhạc – nghe nhạc có hướng dẫn

- * Giới thiệu tác giả tác phẩm
- * Giới thiệu về hoạt động của buổi trị liệu (nội dung thực hiện và nguyên tắc quy định cho các thành viên tham gia)
- * Cho người bệnh nghe một đoạn âm nhạc
- * Người bệnh nhắm mắt và tưởng tượng
- * Hướng dẫn người bệnh thả lỏng, hít thở và cảm thụ âm nhạc theo giai điệu bài hát
- * Thảo luận, rút kinh nghiệm và đánh giá về buổi trị liệu
- * Giao bài tập về nhà

B. Học hát

- * Giới thiệu tác giả, tác phẩm

Giới thiệu tác giả: quê quán, năm sinh, sự nghiệp âm nhạc.

Giới thiệu tác phẩm: ý nghĩa, nội dung, hoàn cảnh ra đời.

- * Cho Bệnh nhân nghe toàn bài.
- * Dạy học hát:

Chia bài hát thành từng câu, từng đoạn ngắn.

Hướng dẫn bệnh nhân học thuộc từng câu cho tới hết bài hát.

Hát hoàn thiện cả bài hát.

Ghép nhạc với kỹ thuật viên đánh đàn cho bệnh nhân hát cả bài.

- * Nhận xét và đánh giá.

C. Nghe nhạc và vận động

- * Làm quen người bệnh.
- * Hướng dẫn người bệnh nghe nhạc và tưởng tượng, vận động theo nhạc.
- * Giới thiệu tác giả tác phẩm.
- * Thực hành: Hướng dẫn người bệnh vận động theo các nhạc
- * Kỹ thuật viên nhận xét và đánh giá.

D. Hát và ca hát

- * Làm quen với người bệnh.
- * Giới thiệu tác phẩm âm nhạc.
- * Người bệnh nghe nhạc, tưởng tượng theo hướng dẫn của người hướng dẫn.
- * Người bệnh thể hiện ca khúc hoặc đoạn ca khúc mà bản thân yêu thích
- * Các thành viên nhận xét
- * Chia nhóm/ đội để các nhóm giao lưu và thi đấu cùng nhau
- * Tổng kết và trao phần thưởng
- * Giao bài tập về nhà

6.3. Bước 3: Tổng hợp các hoạt động đã được tiến hành trong buổi trị liệu. đánh giá tâm trạng nhanh. Đánh giá kết quả thực hiện hoạt động của người bệnh qua bảng lượng giá.

6.4. Bước 4: Tổng kết các hoạt động có lợi đã được bệnh nhân thực hiện và ý nghĩa của các hoạt động đó tới sức khỏe và nhận thức của người bệnh. Khen thưởng những bệnh nhân đã làm tốt, động viên khích lệ những người làm chưa tốt để họ làm tốt hơn trong các buổi tới và đề nghị người bệnh áp dụng thực hành trong cuộc sống. Đưa ra yêu cầu cho buổi trị liệu lần sau.

6.5. Bước 5: Thu xếp kiểm tra lại dụng cụ phòng âm nhạc ghi chép vào sổ theo dõi hoạt động, cán bộ thực hiện trị liệu thảo luận rút kinh nghiệm đánh giá về thuận lợi khó khăn để kịp thời điều chỉnh cho buổi hoạt động sau.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi:

- Theo dõi thái độ, cảm xúc, hành vi và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình thực hiện kỹ thuật để can thiệp kịp thời nếu người bệnh có diễn biến bất thường.

- Người bệnh mặc cảm không tham gia: Bình tĩnh động viên để họ quan sát rồi từng bước giúp họ tự tin tham gia vào hoạt động.

7.2 Tai biến và xử trí

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Celia et Al. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontier Med (Lausane)* 2020 7; 160
2. Felicity A Bake. Clinical effectiveness of music interventions for dementia and depression in elderly care (MIDDEL): Australian cohort of an international pragmatic cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Healthy Longev* 2022; 3: e153–65 .
3. Geretsegger M. Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 022, Issue 5. Art. No.: CD0043
4. Jenifer Buchanan – Bùi Thu Vân dịch. *Ứng dụng âm nhạc để thay đổi cuộc sống*, Nhà xuất bản Công thương 2020.
5. Liệu pháp kích hoạt hành vi, 2012 (lưu hành nội bộ)
6. TS. Nguyễn Văn Thọ (2009). Nhà xuất bản Y học Hà Nội. ‘Liệu pháp âm nhạc và ứng dụng liệu pháp tâm lý – âm nhạc trong điều trị bệnh nhân tâm thần’.

51. LIỆU PHÁP HỘI HỌA

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu nghệ thuật hội họa là một hình thức trị liệu tâm lý sử dụng tiến trình sáng tạo trong một không gian chữa lành an toàn để cải thiện và gia tăng sức khỏe tâm lý cho người bệnh.

Có nhiều hình thức nghệ thuật được sử dụng trong liệu pháp này, tuy nhiên cách hiểu phổ biến nhất với cụm từ “nghệ thuật” ở đây là nghệ thuật thị giác. Nghệ thuật thị giác được sử dụng trong trị liệu nghệ thuật bao gồm nhưng không giới hạn trong các hình thức vẽ tranh với than, chì, màu nước, sáp màu, cắt dán hình ảnh, vẽ kể chuyện, nặn đất sét, sáng tạo với vải...

Nghệ thuật phản ánh cái đẹp bằng màu sắc, đường nét, hình khối, sắc độ.

Thông qua tương tác với các chất liệu và dụng cụ người bệnh có thể khám phá và giải quyết những mâu thuẫn nội tâm, cải thiện hành vi ứng xử, có thể phát triển khả năng nhận thức, tự nhận thức và niềm tin vào bản thân, tự tin tham gia vào các hoạt động xã hội.

Giúp người bệnh giảm căng thẳng, cải thiện về mặt cảm xúc: người bệnh chủ động giải phóng những cảm xúc tiêu cực thay vì thụ động chờ đợi.

Giúp người bệnh cải thiện về mặt xã hội: người bệnh tự tin hòa nhập với xã hội, phát huy khả năng bản thân.

Giúp người bệnh cải thiện về mặt thể chất: Người bệnh giảm căng thẳng, khơi dậy tính chủ động tham gia vào các hoạt động.

Giúp người bệnh cải thiện về thể chất: cải thiện chức năng chi trên (các hoạt động tinh, kỹ năng khéo léo bàn tay trong các bài tô vẽ, tạo hình bằng đất nặn...nghệ thuật trị liệu cải thiện chức năng nhận thức đặc biệt trí nhớ, chức năng điều hành, không gian thị giác...

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi chức năng tâm lý - tâm thần cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

** Dụng cụ vẽ:*

- Giấy vẽ.
- Giá vẽ.
- Bút chì.
- Tẩy.
- Bút nước.
- Bút sáp.
- Hộp màu.
- Bút lông.
- Hồ dán.
- Kẹp giấy.
- Phiếu theo dõi đánh giá.

** Dụng cụ hướng dẫn:*

- Đồ vật mẫu khác nhau.
- Tranh, mô hình hội họa.
- Sách hướng dẫn kỹ thuật.

5.4. Trang thiết bị

- Ti vi thông minh, bảng flipchart...

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Tùy theo nội dung được chuẩn bị trong buổi trị liệu mà xây dựng kế hoạch. Cấu trúc chung cho một buổi như sau:

6.1. Bước 1: Tập chung người bệnh, giới thiệu các cá nhân để làm quen. Cán bộ thực hiện trị liệu giới thiệu chung về nội dung thực hiện và nguyên tắc quy định cho các thành viên tham gia buổi trị liệu: về thời gian cho 1 buổi, số buổi thực hiện, và yêu cầu cần đạt khi tham gia hoạt động. Tổng kết ôn bài của buổi trước tính sau buổi hoạt động thứ nhất.

6.2. Bước 2: Các hoạt động trị liệu.

A. Vẽ tự do theo cảm xúc

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp với nhóm
- Giới thiệu hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện...)
- Hướng dẫn người bệnh vẽ tranh theo cảm xúc của bản thân
- Người bệnh được lựa chọn cách thức thể hiện tranh vẽ (vẽ chì, màu nước, bút sáp...)
- Người bệnh trình bày/ diễn giải về sản phẩm của mình trước nhóm
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động vẽ tranh tự do theo cảm xúc
- Giao bài tập về nhà

B. Kể chuyện bằng hình ảnh

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp với nhóm
- Giới thiệu hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện...)
- Hướng dẫn người bệnh vẽ tranh theo hình thức kể chuyện bằng hình ảnh
- Người bệnh được tự do lựa chọn cách thức thể hiện tranh vẽ (chì, màu sáp, màu nước...)
- Người bệnh trình bày về sản phẩm của mình về kể câu chuyện bức tranh của mình

- Nhận xét về buổi trị liệu
- Giao bài tập về nhà

C. Trò chơi hội họa

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp với nhóm
- Giới thiệu hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện...)
- Hướng dẫn người bệnh tổ chức các trò chơi hội họa
- Người bệnh được lựa chọn các bức tranh khác nhau và cùng nhau trao đổi ý nghĩa của các bức tranh, thảo luận về (màu sắc, bố cục, nội dung, xu hướng cảm xúc, bày tỏ quan điểm ý kiến đồng ý hoặc không đồng ý, ý nghĩa thực tiễn....)
- Lựa chọn thành viên của nhóm và kể câu chuyện bức tranh của nhóm
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động trò chơi hội họa
- Giao bài tập về nhà

D. Nhật ký hình ảnh

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp với nhóm
- Giới thiệu hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện...)
- Hướng dẫn người bệnh vẽ tranh theo hình thức nhật ký hình ảnh về cảm xúc, suy nghĩ, nhật ký sinh hoạt...
- Người bệnh được lựa chọn cách thức thể hiện theo nhu cầu
- Người bệnh trình bày về sản phẩm của mình và các thành viên trong nhóm nhận xét, góp ý
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động vẽ tranh theo hình thức nhật ký hình ảnh
- Giao bài tập về nhà

E. Vẽ tranh theo nhóm

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp với nhóm
- Giới thiệu hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện...)
- Hướng dẫn người bệnh chia nhóm và chọn chủ đề
- Đại diện người bệnh trình bày về sản phẩm của nhóm mình và các thành viên tưởng tượng phối hợp thực hiện hoàn thiện bức tranh

- Tổng kết, nhận xét về hoạt động vẽ tranh của tất cả các nhóm trong buổi trị liệu
- Giao bài tập về nhà.

6.3. Bước 3: Người bệnh tự thực hiện dưới sự giám sát của cán bộ thực hiện trị liệu.

6.4. Bước 4: Tổng kết các hoạt động có lợi đã được bệnh nhân thực hiện và ý nghĩa của các hoạt động đó tới sức khỏe và nhận thức của người bệnh. Đánh giá kết quả thực hiện hoạt động của người bệnh qua bảng lượng giá.

6.5. Bước 5: Thu xếp kiểm tra lại dụng cụ phòng trị liệu ghi chép vào sổ theo dõi hoạt động, nhóm trị liệu thảo luận rút kinh nghiệm đánh giá về thuận lợi khó khăn để kịp thời điều chỉnh cho buổi hoạt động sau.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi:

- Theo dõi thái độ, cảm xúc, hành vi và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình thực hiện kỹ thuật để can thiệp kịp thời nếu người bệnh có diễn biến bất thường.
- Người bệnh mặc cảm không tham gia: Bình tĩnh động viên để họ quan sát rồi từng bước giúp họ tự tin tham gia vào hoạt động.

7.2 Tai biến và xử trí

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alberto Cucca & all. Art therapy for Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 84 (2021) 148–154
2. Nguyễn Công Khanh. *Tâm lý trị liệu*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. 2000.
3. Liệu pháp kích hoạt hành vi, 2012. (lưu hành nội bộ)
4. Ngô Bá Công. *Giáo trình mỹ thuật cơ bản*, Nhà xuất bản Đại học sư phạm. 2018.
5. Suzanme Haeyen. *Art therapy and Emotion Regulation problems*, HAN University of Applied Sciences. 2018.
6. Shayla Y.M. Emblad. Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis Rep*. 2021; 5(1): 353–364

52. LIỆU PHÁP THỂ DỤC, THỂ THAO

1. ĐẠI CƯƠNG

Rèn luyện thể dục thể thao đều đặn không chỉ giúp chúng ta thư giãn đầu óc, cải thiện trí nhớ, giảm căng thẳng và ngủ ngon hơn, mà nó còn là liệu pháp tích cực có tác dụng chống trầm cảm, lo âu, khắc phục chứng tăng động giảm chú ý và nhiều chứng bệnh khác liên quan đến tâm thần.

Chức năng rèn luyện sức khỏe của thể dục thể thao đó là thông qua các hoạt động vận động khoa học, hợp lý, thông qua cơ chế sinh học, y học để cải thiện và nâng cao hiệu quả quá trình trao đổi chất, năng lực tổng hợp và phân giải các chất dinh dưỡng trong cơ thể, nâng cao sức khỏe và tăng cường thể chất, làm cho cơ thể và bản thân người tập có được sự phát triển hiệu quả.

Luyện tập thể dục thể thao là phương pháp nên phối hợp để nâng cao thể lực của người bệnh cũng như giúp người bệnh có thể hòa đồng với những người xung quanh, tập dần khả năng phối hợp và tạo dựng lại niềm tin vào cuộc sống. Trong điều trị, tập luyện giúp cải thiện triệu chứng, hỗ trợ điều trị nguyên nhân, giảm các bệnh. Lấy lại cho người bệnh không chỉ thể lực tâm lý và sự tự tin khi hòa nhập với tập thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi chức năng tâm lý - tâm thần cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các triệu chứng loạn thần hoặc có các bệnh lý nội khoa cấp tính kèm theo chưa kiểm soát được (nhồi máu cơ tim cấp, suy tim mất bù, ngoại khoa nặng).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Tuỳ theo kế hoạch hoạt động tương ứng với các chủ đề khác nhau: Máy tập đa năng, quả cầu lông, quả bóng bàn, bóng chuyền, bóng đá, bóng rổ, xe đạp lực kế, xe đạp, tạ tay, dây kéo co...

Một số vật tư chính:

- Vợt cầu lông.
- Quả cầu lông.
- Lưới cầu lông.

- Bảng ghi điểm.
- Bóng chuyên hơi.
- Lưới bóng chuyên hơi.
- Còi.
- Lưới bóng rổ.
- Quả bóng rổ.
- Bàn bóng bàn.
- Quả bóng bàn.
- Vợt bóng bàn.
- Sách hướng dẫn thực hiện.
- Phiếu theo dõi đánh giá.

5.4 Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật
- Sân chơi

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Một số hoạt động thể thao như:

- a. Chơi cầu lông
- b. Chơi bóng chuyên
- c. Chơi bóng rổ
- d. Chơi bóng bàn
- e. Đá cầu
- f. Đá bóng

- g. Nhảy dây
- h. Đạp xe đạp
- i. Tập Erobic
- j. Lắc vòng...

6.1. Bước 1: Đánh giá tâm trạng trước khi tham gia hoạt động. Chào hỏi làm quen tạo dựng tâm lý thân thiện và cảm giác hòa đồng đối với người bệnh, giúp người bệnh thoải mái tham gia thực hiện liệu pháp.

6.2. Bước 2: Thực hiện các động tác khởi động cơ thể, các khớp trước khi vào thực hiện.

6.3. Bước 3: Giới thiệu về liệu pháp thể dục thể thao cho người bệnh tâm thần có thể nắm bắt được bước đầu. Giải thích để người bệnh hiểu về nguyên tắc thực hiện liệu pháp thể dục thể thao theo từng kỹ thuật.

6.4. Bước 4: Làm mẫu các động tác thể dục thể thao, hướng dẫn người bệnh thực hiện cá nhân hay tập thể.

6.5. Bước 5: Sau khi người bệnh tâm thần có thể hiểu được các kỹ thuật và có thể chủ động thực hiện sẽ để người bệnh tự tham gia liệu pháp dưới sự giám sát đánh giá của nhân viên y tế.

6.6. Bước 6: Kết thúc hoạt động, tổng kết, đánh giá chất lượng của liệu pháp mang lại, khuyến khích khen thưởng bằng tinh thần và vật chất. Đánh giá tâm trạng người bệnh sau khi tham gia liệu pháp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Tiến trình trị liệu.

Diễn biến tâm lý, hoạt động cơ thể và kết quả sau trị liệu.

7.2 Tai biến và xử trí

Chấn thương phần mềm: Người thực hiện xử lý theo từng loại chấn thương phần mềm.

Chấn thương xương khớp: Người thực hiện xử lý ban đầu kịp thời và chỉ định khám chuyên khoa.

Mệt mỏi quá sức trong thể thao: nghỉ ngơi, bù nước điện giải, đánh giá toàn trạng người bệnh...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liệu pháp kích hoạt hành vi, 2012. (lưu hành nội bộ)
2. Bài giảng y học thể thao – Bộ Giáo dục và Đào tạo, TS. Nguyễn Đăng Chiếu

3. Patrick J. Smith. The Role of Exercise in Management of Mental Health Disorders: An Integrative Review. *Annu Rev Med.* 2021 January 27; 72: 45–62
4. Richard Norris. The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of psychosomatic research*; Vol 36 issue 1; january 1992
5. Brendon Stubbs. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry* 54 (2018) 124–144

53. LIỆU PHÁP TÁI THÍCH ỨNG XÃ HỘI

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tái thích ứng xã hội là liệu pháp tâm lý dùng kỹ thuật tâm lý để giải thích và thuyết phục người bệnh, giúp họ tự điều chỉnh lại hành vi/ việc làm của mình để chủ động khắc phục những khiếm khuyết về bệnh tật, đảm bảo người bệnh không tách rời các phương thức sinh hoạt xã hội trước đây, nhằm thích ứng và tái hoà nhập với cuộc sống.

Liệu pháp tái thích ứng xã hội trong điều trị bệnh tâm thần cho người bệnh bao gồm 3 cấp độ: (1) dự phòng độ I: điều trị khỏi hoàn toàn, không để tái lại các triệu chứng, biểu hiện bệnh. (2) dự phòng độ II: phát hiện sớm, can thiệp và điều trị sớm giúp ngăn chặn tác hại của bệnh. (3) Dự phòng độ III: tái thích ứng xã hội, phục hồi chức năng về tâm lý xã hội cho người bệnh để họ có thể sinh hoạt, làm việc có ích cho bản thân, gia đình và xã hội.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi chức năng tâm lý - tâm thần cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các triệu chứng loạn thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Dụng cụ tùy thuộc vào từng kỹ thuật cụ thể để tiến hành trên người bệnh thì cần những dụng cụ tương ứng: Đồ dùng cá nhân; đồ dùng sinh hoạt hàng ngày; đồ dùng nấu ăn...

Ngoài ra phối hợp với các liệu pháp khác: phương tiện, công cụ lao động, phòng tập gym, dụng cụ, đồ dùng để tổ chức các hoạt động chơi tập thể, hoạt động lao động phối hợp nhóm...

Một số vật tư chính:

- Sách, báo, tạp chí, tờ rơi.
- Sách hướng dẫn thực hiện.
- Phiếu theo dõi đánh giá.

5.4. Trang thiết bị

Dụng cụ tùy thuộc vào từng kỹ thuật cụ thể để tiến hành trên người bệnh thì cần những dụng cụ tương ứng (đồ dùng cá nhân, bếp nấu, phương tiện, công cụ lao động, dụng cụ, đồ dùng để tổ chức các hoạt động chơi tập thể, hoạt động lao động phối hợp nhóm...).

Một số trang thiết bị chính:

- Loa.
- Micro.
- Tivi.

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Một số hoạt động trị liệu của liệu pháp tái thích ứng xã hội:

A. Hoạt động giao tiếp

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp
- Giới thiệu về hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện)
- Giáo dục và nâng cao nhận thức của người bệnh về vai trò của giao tiếp
- Giới thiệu về các kiểu giao tiếp

- Thực hành lắng nghe chủ động, diễn đạt cảm xúc và phản hồi tích cực
- Bài tập nhập vai tình huống xã hội
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động giao tiếp
- Giao bài tập về nhà

B. Hoạt động kỹ năng sống

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp
- Giới thiệu về hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện)
- Giáo dục và nâng cao nhận thức của người bệnh về vai trò của kỹ năng sống (kỹ năng: tự phục vụ, giao tiếp ứng xử, ra quyết định, giải quyết vấn đề, tự bảo vệ bản thân, thể hiện bản thân, làm việc nhóm...)
- Bài tập tình huống
- Đóng vai
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động kỹ năng sống
- Giao bài tập về nhà

C. Hoạt động vệ sinh cá nhân

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp
- Giới thiệu về hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện)
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân mô phỏng
- Hướng dẫn người bệnh thực hành trên công cụ thực tế
- Người bệnh trình bày về sản phẩm của mình
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động
- Giao bài tập về nhà

D. Hoạt động định hướng nghề nghiệp

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp
- Giới thiệu về hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian, cách thức thực hiện)
- Giáo dục và nâng cao nhận thức của người bệnh về vai trò của định hướng nghề nghiệp (khám phá bản thân, khám phá thế giới nghề nghiệp, kỹ năng nghề nghiệp, lập kế hoạch nghề nghiệp...)
- Hướng dẫn người bệnh đưa ra định hướng nghề nghiệp phù hợp với hoàn cảnh, năng lực của bản thân
- Mô phỏng một tình huống cụ thể
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động nghề nghiệp
- Giao bài tập về nhà

E. Hoạt động xã hội – cộng đồng

- Xây dựng mối quan hệ trị liệu
- Giới thiệu về liệu pháp
- Giới thiệu về hoạt động của buổi trị liệu (nội dung, hình thức, thời gian,

cách thức thực hiện)

- Giáo dục và nâng cao nhận thức của người bệnh về vai trò của hoạt động cộng đồng và việc tham gia hoạt động cộng đồng
- Hướng dẫn người bệnh các bước tham gia hoạt động cộng đồng
- Mô phỏng một tình huống cụ thể (đóng vai)
- Tổng kết, nhận xét về hoạt động nghề nghiệp
- Giao bài tập về nhà

6.1. Bước 1: Người bệnh được giới thiệu mục đích hoạt động, hiểu được nội dung buổi trị liệu.

6.2. Bước 2: Thảo luận nội quy và chủ đề của hoạt động. Người bệnh thảo luận nội quy hoạt động, quy tắc, quy định của việc tuân thủ hoạt động trị liệu.

6.3. Bước 3: Đánh giá nhu cầu của người bệnh và gia đình. Từ đó xây dựng chương trình can thiệp.

6.4. Bước 4: Hướng dẫn người bệnh các bước cụ thể trong quá trình thao tác, thực hành liệu pháp theo từng chủ đề và nội dung của buổi trị liệu.

6.5. Bước 5: Người bệnh nhắc lại các bước, thực hiện các bước dưới sự giám sát của cán bộ thực hiện.

6.6. Bước 6: Nhận xét, đánh giá và thực hiện bài tập về nhà.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Tiến trình trị liệu.

Bài tập về nhà của người bệnh, thành phẩm sau những buổi trị liệu và thực hành tại nhà/ tại phòng.

7.2. Tai biến và xử trí

Các tai biến theo các chủ đề khác nhau có thể xảy ra: chấn thương, mệt mỏi, say nắng, say nóng...

Xử trí theo tình trạng tai biến.

Cần đánh giá lại vấn đề của người bệnh thường xuyên để có thể thay đổi phương pháp, cách thức hỗ trợ khác nhằm trợ giúp người bệnh được tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện tâm thần Khánh Hòa (2010). *Phục hồi chức năng trong tâm thần*, Tài liệu lưu hành nội bộ.
2. Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng (2009). *Phục hồi chức năng Tâm thần - Xã hội cho người bệnh tâm thần*.
3. Trung tâm đào tạo Sức khỏe tâm thần Quốc tế Đài Loan tại Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng (2019), *Tài liệu tập huấn “Công tác điều dưỡng và hoạt động trị liệu”*.

4. Trần Viết Nghị, Nguyễn Kim Việt (2001), *Tài liệu hướng dẫn điều dưỡng viên chăm sóc người bệnh tâm thần*. Tài liệu lưu hành nội bộ ngành tâm thần, “Dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần hợp tác với tổ chức y tế thế giới.

54. LIỆU PHÁP HOẠT ĐỘNG - LAO ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đây là liệu pháp quan trọng vào bậc nhất trong tâm thần học, không thể thiếu được trong cơ sở điều trị nào, nội trú cũng như ngoại trú.

Bất kỳ một hoạt động nào của con người đều có 2 thành tố chính: thành tố tâm lý bên trong và các thao tác bên ngoài. Lao động liệu pháp nhằm làm thay đổi, điều chỉnh cái tâm lý bên trong thông qua việc tổ chức thực hiện các thao tác bên ngoài.

Liệu pháp hoạt động lao động làm cho người bệnh quên những cảm giác khó chịu do hoang tưởng ảo giác gây ra, giảm bớt lo lắng về bệnh tật, làm mất những ý nghĩ tiêu cực khi không hoạt động.

Liệu pháp hoạt động lao động giúp người bệnh gắn với tập thể trong dây chuyền sản xuất, tăng tính tổ chức và kỷ luật.

Liệu pháp hoạt động lao động giúp người bệnh có cảm giác thoải mái, khoan khoái trước sản phẩm của mình, khí sắc vui vẻ, lạc quan, gây lòng tin vào khả năng giúp ích xã hội của mình.

Liệu pháp hoạt động lao động giúp người bệnh cải thiện các mối quan hệ và duy trì các mối quan hệ với các thành viên. Huấn luyện bệnh nhân có khả năng độc lập, tự chủ trong hoạt động tự chăm sóc bản thân, giao tiếp, tái thích ứng xã hội.

Giúp bệnh nhân cải thiện và phát huy khả năng tập trung chú ý, sự biểu lộ, tính tổ chức, lòng tự tin.

Liệu pháp hoạt động lao động giúp người bệnh khôi phục và duy trì thói quen và động tác sản xuất, huấn luyện bệnh nhân một số kỹ năng lao động, nghề nghiệp cơ bản để người bệnh sớm hòa nhập cộng đồng.

Liệu pháp hoạt động lao động giúp người bệnh ăn ngon hơn, ngủ yên hơn.

Hỗ trợ bệnh nhân lập kế hoạch tái hòa nhập cộng đồng trong tương lai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi chức năng tâm lý - tâm thần cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 02 nhân lực: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuộc

5.3. Vật tư

Tuỳ theo từng hoạt động có thể sử dụng các loại vật tư khác nhau như: kim, chỉ, vải các loại, cỏi, dụng cụ móc, dây nylon, cước, xẻng, liềm, cây trồng, phân bón...

Một số dụng cụ chính:

- Găng tay vải.
- Kéo cắt may.
- Thước may.
- Kim.
- Chỉ.
- Kéo bấm.
- Vải.
- Cỏi.
- Dây.
- Thoi đưa.
- Ghim chiếu.
- Kéo cắt.
- Dây móc chổi.
- Kim móc.
- Cây hóp.
- Cây hóp.
- Kéo cắt tỉa.
- Bàn chải sắt.
- Cán gỗ.
- Ốc vít.
- Kìm bấm.
- Dụng cụ bắt vít.
- Liềm.
- Cước.
- Xẻng.
- Bình tưới cây.

5.4. Trang thiết bị

Các vật dụng cần thiết phù hợp với hoạt động cụ thể sẽ tiến hành: máy may, máy vắt xô, go dẹt, xe rửa...

Một số trang thiết bị chính:

- Bộ dụng cụ dẹt chiếu.
- Máy may.
- Máy vắt xô.
- Máy bơm nước di động.

5.5. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 40-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Một số hoạt động trị liệu lao động:

- a. May má, khâu thùa
- b. Trồng cây cảnh
- c. Đan (mây, tre, cói, lúa, các sản phẩm thủ công...)

d. Làm nghề thủ công (làm hoa, làm OT, gấp phong bì, làm chổi...)

e. Sửa chữa đồ điện ...

6.1. Bước 1: Đánh giá tâm trạng nhanh trước khi tham gia liệu pháp.

6.2. Bước 2: Tập trung người bệnh và giải thích cho người bệnh biết về mục đích, ý nghĩa của hoạt động. (các dạng lao động thủ công như dệt chiếu, móc chổi phát trần, may thảm chùi chân, bắt vít dây...).

6.3. Bước 3: Cán bộ thực hiện hướng dẫn và làm mẫu cho người bệnh quan sát các thao tác tỉ mỉ, dễ hiểu và dễ làm.

6.4. Bước 4: Thực hiện các thao tác đã được hướng dẫn dưới sự giám sát của cán bộ thực hiện.

6.5. Bước 5: Tổng kết hoạt động, đánh giá kết quả thực hiện, khen thưởng, động viên khuyến khích người bệnh. Đánh giá tâm trạng sau khi tham gia hoạt động.

6.6. Bước 6: Thu dọn, ghi chép vào sổ theo dõi hoạt động, nhóm thảo luận rút kinh nghiệm.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

- Cần theo dõi diễn biến tâm lý người bệnh trong quá trình tham gia lao động.
- Theo dõi độ tập trung của người bệnh, sự phối hợp khi tham gia lao động.

7.2. Xử trí tai biến

- Có biểu hiện bất thường yêu cầu dừng hoạt động.
- Người bệnh bỏ tham gia giữ chừng cố gắng động viên khuyến khích để người bệnh tiếp tục tham gia.
- Tai biến: choáng, ngất, tai nạn trong quá trình hoạt động cần bình tĩnh đưa người bệnh vào nghỉ và vào phòng bệnh để xử trí cấp cứu kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BS. CKII. Bùi Đức Trình. Giáo trình tâm thần học, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. 2010.
2. Lê Đình Sáng. Tâm thần học 2010, Đại học Y Hà Nội. 2010.
3. Janne Clatworthy et all. Gardening as a mental health intervention: A review. *Mental Health Review Journal*, Vol. 18 No. 4, pp. 214-225
4. The Importance of Vocation in Recovery for Young People with Psychiatric Disabilities. *British Journal of Occupational Therapy* February 2007 70(2)

5. Crowther R. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2

55. ĐO ĐIỆN NÃO VI TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp đo điện não được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1930. Điện não đồ là phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ thực hiện. Đo điện não đồ là phương pháp ghi hoạt động điện học của não bằng các điện cực đặt tại da đầu một cách chuẩn mực

Cùng với sự hiểu biết ngày càng rõ ràng hơn về các vùng chức năng trong não bộ, các quá trình hoạt động tâm thần, hành vi được cho là gây ra các biến đổi sinh hoá, hình ảnh trên điện não đồ đáng tin cậy và lặp lại giống nhau khi các hoạt động đó diễn ra. Việc chạy trên máy chạy bộ giúp bác sĩ tìm mạch xác định hoạt động của tim người bệnh, giống như vậy, việc kiểm tra các hoạt động tâm thần như đọc, tính toán, giải quyết vấn đề... thay đổi trên điện não đồ giúp bác sĩ tâm thần biết hoạt động của não bộ người bệnh xử lý như thế nào.

2. CHỈ ĐỊNH

a) Điện não đồ dùng trong chẩn đoán các bệnh lý tâm thần

- Chẩn đoán các tình trạng loạn thần nghi ngờ do tổn thương ở các vùng thùy trán, thùy đỉnh, thùy thái dương và do viêm não tự miễn, viêm não vùng limbic.

- Các bệnh lý tâm thần như Tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lo âu, chậm phát triển tâm thần, tăng động giảm chú ý.

- Rối loạn phân ly (cơn co giật không do nguyên nhân động kinh – PNES)

- Các bệnh lý sa sút trí tuệ

- Trong các trường hợp điều trị dược lý tâm thần như dùng clozapine, lithium

b) Điện não đồ trong chẩn đoán các bệnh lý thần kinh

- Chẩn đoán động kinh, phân loại động kinh, vị trí động kinh.

- Các nghi ngờ tổn thương não: u não, viêm não.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.

- Bệnh nhân không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 02 nhân lực trực tiếp: Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Hệ thống máy ghi điện não

STT	Dụng cụ, phương tiện	Đơn vị	Số lượng
1	Điện cực đĩa	Chiếc	40
2	Điện cực tim	Chiếc	02
3	Điện cực cơ	Chiếc	02
4	Gạc	Gói	01
5	Mũ đội đầu	Chiếc	01
6	Gel tẩy da chết	Tuýp	01
7	Gel dẫn truyền	Tuýp	01
8	Băng keo y tế	Cuộn	01
9	Găng tay y tế dùng 01 lần	Đôi	01
10	Khẩu trang y tế	Chiếc	01
11	Giấy in	Gam	01
12	Máy in	Cái	01
13	Máy điện não	Cái	01
14	Màn hình vi tính	Cái	01

5.4 Trang thiết bị

Phòng ghi điện não đạt tiêu chuẩn:

- + Khép kín, yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến
- + Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện
- + Hệ thống oxy
- + Ánh sáng vừa phải
- + Có dây tiếp đất tốt và an toàn
- + Có điều hoà hai chiều duy trì nhiệt độ phòng ổn định
- + Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn
- + Có giường hoạt ghế ghi điện não phù hợp
- + Giường hoặc ghế ghi điện não phù hợp
- + Máy tính, máy in, bàn ghế phục vụ cho bác sĩ đọc kết quả

5.5 Người bệnh

Cán bộ thực hiện kỹ thuật giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện : mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi điện não

- Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp
- Da đầu sạch
- Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.
- Không sử dụng các thiết bị điện thử có thể gây nhiễu điện

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính):

- 20-40 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện kỹ thuật để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2 Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế: ngồi hoặc nằm thoải mái, thư giãn
- Xác định và mắc các vị trí điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10-20
- Test chuẩn bị máy, cài đặt các thông số
- Tiến hành ghi điện não: Trong 20 phút thực hiện các bước ghi như trong quy trình ghi điện não thường quy, làm các nghiệm pháp hoạt hoá: nhắm mở mắt, tăng thông khí, kích thích ánh sáng ngắt quãng (khi mở, khi nhắm mắt) với các tần số khác nhau.
- Kết thúc quy trình ghi điện não: lưu lại bản ghi, tháo điện cực, vệ sinh da đầu, vệ sinh điện cực. Lấy kết quả trên máy phân tích
- Đọc kết quả

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Trả kết quả

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: không

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không

7.3. Biện chứng muộn: không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, PJ. điện não đồ lâm sàng. In: Nhà xuất bản Y học, 2006.
2. Lee HS, Kim JS. Implication of Electrophysiological Biomarkers in Psychosis: Focusing on Diagnosis and Treatment Response. *J Pers Med.* 2022;12(1):31. doi:10.3390/jpm12010031
3. Tong S, ed. *Quantitative EEG Analysis Methods and Clinical Applications*. Artech House; 2009.
4. Badrakalimuthu VR, Swamiraju R, de Waal H. EEG in psychiatric practice: to do or not to do? *Adv Psychiatr Treat.* 2011;17(2):114-121. doi:10.1192/apt.bp.109.006916

56. ĐO ĐIỆN NÃO VIDEO

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp đo điện não được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1930, đến nay có nhiều kỹ thuật mới và hiện đại như đo điện não video, ghi điện não não - cộng hưởng từ... Kỹ thuật đo điện não với các điện cực trên da đầu hoặc đặt trong nội sọ (điện não đồ nội sọ); dưới da đầu (dưới màng cứng)

Điện não đồ là phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ thực hiện.

Điện não video sử dụng một máy quay video kết nối đồng bộ với máy ghi điện não. Máy quay video sẽ ghi lại toàn bộ chuyển động thấy được của người bệnh, cùng lúc đó máy điện não sẽ ghi lại sóng điện não.

Điện não video được ghi kéo dài với nhiều mốc thời gian khác nhau tùy theo mục đích chẩn đoán. Thời gian phụ thuộc vào tần số xuất hiện cơn, sự cần thiết khảo sát giấc ngủ, cần xác minh sự liên quan giữa hình thái lâm sàng và biểu hiện trên điện não...

2. CHỈ ĐỊNH

a) Trong các bệnh lý tâm thần

- Chẩn đoán các tình trạng loạn thần nghi ngờ do tổn thương ở các vùng thùy trán, thùy đỉnh, thùy thái dương và do viêm não tự miễn, viêm não vùng limbic, cần phân biệt với cơn động kinh với biểu hiện là rối loạn tâm thần.

- Rối loạn phân ly (cơn co giật không do nguyên nhân động kinh - PNES)

- Rối loạn giấc ngủ

b) Trong các bệnh lý thần kinh

- Xác định động kinh, phân loại động kinh, vị trí động kinh.

- Chuẩn bị cho phẫu thuật động kinh: là thăm dò không thể thiếu trước khi phẫu thuật động kinh kháng trị.

- Chẩn đoán trạng thái động kinh không co giật và theo dõi trạng thái động kinh co giật tại các đơn vị điều trị tích cực.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đây là thăm dò an toàn nên không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.

- Bệnh nhân không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

02 nhân lực trực tiếp: 01 Bác sĩ tâm thần/bác sĩ y khoa và 01 điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Hệ thống máy ghi điện não video hoàn chỉnh: bộ khuếch đại nhỏ gọn, có thể gắn trên người bệnh, di chuyển cùng với bệnh, máy quay (camera) bao tầm bao quát rộng toàn bộ trạng thái người bệnh, nút bấm báo động khi người bệnh lên cơn co giật hoặc có những bất thường khác.

STT	Dụng cụ, phương tiện	Đơn vị	Số lượng
1	Điện cực đĩa	Chiếc	29
2	Điện cực tim	Chiếc	02
3	Điện cực cơ	Chiếc	02
4	Điện cực tim	Chiếc	02
5	Điện cực theo dõi SpO2	Chiếc	01
6	Gạc	Gói	01
7	Băng cuộn	Cuộn	03
8	Gel tẩy da chết	Tuýp	01
9	Gel dẫn truyền	Tuýp	01
10	Băng keo y tế	Cuộn	01
11	Găng tay y tế dùng 01 lần	Đôi	01
12	Khẩu trang y tế	Chiếc	01
13	Giấy in	Gam	01
14	Máy in	Cái	01
15	Máy điện não	Cái	01
16	Màn hình vi tính	Cái	01

5.4 Trang thiết bị

- Phòng ghi điện não đạt tiêu chuẩn:

- + Khép kín, yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến
- + Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện
- + Hệ thống oxy
- + Ánh sáng vừa hải
- + Có dây tiếp đất tốt và an toàn
- + Có điều hoà hai chiều duy trì nhiệt độ phòng ổn định
- + Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn
- + Có giường hoạt ghế ghi điện não phù hợp

5.5 Người bệnh

- Cán bộ thực hiện kỹ thuật giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi điện não

- Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp

- Da đầu sạch

- Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.

- Không sử dụng các thiết bị điện tử có thể gây nhiễu điện

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính):

- Thời gian theo các mốc thời gian khác nhau ghi trên phiếu chỉ định của bác sĩ lâm sàng: 30 phút-1h-2h-4h-8h-12h-24h- nhiều ngày.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Làm quen, giải thích

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.

Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện kỹ thuật để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2 Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế: ngồi hoặc nằm thoải mái, thư giãn

- Xác định và mắc các vị trí điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10-20

- Test chuẩn bị máy, cài đặt các thông số

- Tiến hành ghi điện não: Tiến hành ghi điện não đủ thời gian theo các mốc thời gian khác nhau ghi trên phiếu chỉ định của bác sĩ lâm sàng: 1h-2h-4h-8h-12h-24h- nhiều ngày. Trong 30 phút đầu tiên, thực hiện các bước ghi như trong

quy trình ghi điện não thường quy, làm các nghiệm pháp hoạt hoá: nhắm mở mắt, tăng thông khí, kích thích ánh sáng ngắt quãng (khi mở và nhắm mắt) với các tần số khác nhau.

- Kết thúc quy trình ghi điện não: lưu lại bản ghi, tháo điện cực, vệ sinh da đầu, vệ sinh điện cực. Lấy kết quả trên máy phân tích

- Đọc kết quả: Bác sĩ cần xem lại toàn bộ kết quả ghi (sóng điện não và hình ảnh video) trên trạm đọc, mô tả các hoạt động điện não bình thường và bất thường các đặc tính sau:

+ Tần số

+ Biên độ các sóng tính theo vôn (Volt)

+ Hình thái sóng: nhin, gai, phức hợp

+ Vị trí xuất hiện song

+ Điều kiện xuất hiện và thay đổi sóng, ảnh hưởng các nghiệm pháp hoạt. Phân tích các biến đổi trên điện não trong mối tương quan với các biểu hiện lâm sàng quan sát qua máy quay trong toàn bộ quá trình ghi

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Trả kết quả

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Quá trình thực hiện kỹ thuật thường không xảy ra tai biến.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whitehead K, Kane N, Wardrope A, Kandler R, Reuber M. Proposal for best practice in the use of video-EEG when psychogenic non-epileptic seizures are a possible diagnosis. Clin Neurophysiol Pract. 2017;2:130-139. doi:10.1016/j.cnp.2017.06.002
2. W. Curt LaFrance Jr.,‡Gus A. Baker,§Rod Duncan,Laura H. Goldstein, and Markus Minimum requirements for the diagnosis of psychogenicnonepileptic seizures: A staged approach A report from the International League Against EpilepsyNonepileptic Seizures Task Force* ReuberEpilepsia, 54(11):2005–2018, 2013doi: 10.1111/epi.12356
3. Lê Quang Cường, PJ. Điện não đồ lâm sàng. In: Nhà xuất bản Y học, 2006.

4. Lee HS, Kim JS. Implication of Electrophysiological Biomarkers in Psychosis: Focusing on Diagnosis and Treatment Response. *J Pers Med*. 2022;12(1):31. doi:10.3390/jpm120100314.
5. A McGonigal, A J C Russell, A K Mallik, M Oto, R Duncan Use of short term video EEG in the diagnosis of attack disorders *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004 May;75(5):771-2. doi: 10.1136/jnnp.2003.024893.

57. ĐO LƯU HUYẾT NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

Đo lưu huyết não là phương pháp ghi lại đại lượng điện trở biến đổi của các mô sống, các cơ quan hoặc các phần của cơ thể khi cho một dòng điện xoay chiều tần số cao, cường độ yếu chạy qua.

Các cơ quan hoặc một phần cơ thể sống luôn có một đại lượng điện trở tương đối ổn định. Những phần của cơ thể luôn có khả năng thay đổi về thể tích làm cho tính dẫn điện cũng thay đổi, sau khi hoạt động có một lượng máu nhất định vào hệ thống tuần hoàn, nhờ khả năng co giãn của mạch máu, lượng máu vào cơ quan tổ chức gây ra biến đổi điện trở.

Trong thực tiễn y học hiện nay, lưu huyết não đồ được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán khách quan có giá trị đối với một số bệnh về não, đặc biệt là chẩn đoán trương lực và lưu lượng tuần hoàn mạch máu não.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định rộng rãi trong các bệnh lý tâm thần nhằm đánh giá mối liên quan tuần hoàn mạch máu não và các hội chứng tâm thần
- Người bệnh tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, thiếu máu não.
- Người bệnh có cơn ngất thoáng qua.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Những người bệnh có vết thương vùng đầu.
- Người bệnh không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 02 nhân lực trực tiếp: Bác sĩ tâm thần/bác sĩ y khoa và điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Hệ thống máy ghi lưu huyết não: máy lưu huyết não, máy tính, máy in, điện cực bạc, điện cực tim điện cực tim, ổn áp, dây điện cực.
- Vật tư khác: Gạc, mũ đội đầu, Gel tẩy da chết, Gel dẫn truyền, băng keo Y tế, găng tay y tế, giấy in, mực in, dung dịch vệ sinh tay, khẩu trang, mũ giấy, quần áo nhân viên, giấy vệ sinh, dây chun, kẹp phẫu tích, ống trụ cầm pince.

5.4. Trang thiết bị

- Phòng ghi lưu huyết não đạt tiêu chuẩn:
 - + Khép kín, yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến
 - + Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện
 - + Ánh sáng vừa phải
 - + Có dây tiếp đất tốt và an toàn
 - + Có điều hoà hai chiều duy trì nhiệt độ phòng ổn định
 - + Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn
- Giường hoặc ghế ghi điện não phù hợp
- Máy tính, máy in, bàn ghế phục vụ cho bác sĩ đọc kết quả

5.5. Người bệnh

- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi lưu huyết não
- Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp
- Da đầu sạch
 - Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.
 - Không sử dụng các thiết bị điện tử có thể gây nhiễu điện

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính):

- 05-13 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Giải thích kỹ thuật cho người bệnh đến khám.

Yêu cầu người bệnh tự tháo bỏ các vật dụng trên đầu như mũ, khăn, cặp...

6.2. Bước 2: Quấn băng thun trên đầu người bệnh.

- Bôi gel vào mặt các điện cực. Đặt điện cực vào băng thun theo đúng vị trí trên sơ đồ (hoặc đặt điện cực trước, bôi gel sau).

6.3. Bước 3:

Nối dây dẫn với các điện cực (Dây đen với các điện cực dòng, dây vàng với các điện cực ghi bên trái. Dây đỏ với các điện cực ghi bên phải). Đạo trình Trán- Chũm trước, đạo trình Chũm- Chẩm sau.

6.4. Bước 4: Trong chương trình ghi

- Nhập tên, tuổi, đơn vị người bệnh. Bắt đầu ghi các sóng lưu huyết.
- Sau khoảng 10s, khi các sóng lưu huyết ổn định thì nhấn nút (Start/Stop) để dừng ghi.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sự tự đánh dấu của máy trên các sóng. Chọn/Bỏ chọn các sóng lưu huyết chỉ giữ lại các sóng đạt yêu cầu (Tối thiểu 3 sóng). Lưu lại kết quả.

6.6. Bước 6: Đổi lại dây dẫn để ghi đạo trình tiếp theo.

6.7. Bước 7: Kết thúc phần ghi, thoát ra ngoài. In kết quả.

6.8. Bước 8: Tháo dây dẫn, điện cực, băng thun.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Trong quá trình ghi, người bệnh có thể xuất hiện mệt mỏi, mất kiểm soát cảm xúc hành vi, kích động. Cần tạm ngừng thực hiện.
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi xuất hiện những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dixon LM, Doust L. (1978). The Diagnostic Potential of Rheoencephalography in Psychiatry. *Psychopathology*. 11(4):219-232. doi:10.1159/000283754
2. Kamianov IM. (1980). [Rheoencephalography in memory evaluation of patients with vascular pathology of the brain]. *Zhurnal Nevropatol Psikhiatrii Im SS Korsakova Mosc Russ* 1952. 1980;80(9):1306-1309.
3. Nguyễn Xuân Thản (2008). Ghi lưu huyết não. *Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh*. Học viện Quân Y.

58. KÍCH THÍCH TỪ XUYÊN SỌ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kích thích từ xuyên sọ TMS (Transcranial Magnetic Stimulation - TMS) là một kỹ thuật kích thích và điều biến thần kinh dựa trên nguyên tắc cảm ứng điện từ của một điện trường trong não, dùng các xung từ tính sóng ngắn xuyên qua xương sọ kích thích các tế bào thần kinh để làm thay đổi chức năng điện thần kinh của vùng não tương ứng. Khi sử dụng các xung từ tính sóng ngắn dưới dạng xung đơn cùng cường độ tác động lặp lại tại một vùng não gọi là kích thích từ xuyên sọ lặp lại (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation – rTMS).

2. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Tâm thần phân liệt và rối loạn liên quan: rối loạn loại phân liệt, phân liệt cảm xúc, loạn thần cấp, hoang tưởng, ảo giác dai dẳng, triệu chứng âm tính,...
- Rối loạn liên quan stress: Các rối loạn lo âu, hoảng sợ, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn phân ly, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn sự thích ứng...
- Rối loạn hành vi, Rối loạn Tíc
- Ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại
- Rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần
- Chỉ định khác: Rối loạn giấc ngủ, rối loạn tình dục, rối loạn ăn uống, rối loạn nhân cách, bệnh parkinson, run, máy giật cơ, ù tai, phục hồi chức năng, đau dai dẳng,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền sử đặt stent mạch não hoặc mạch cảnh
- Máy kích thích não sâu
- Điện cực để theo dõi hoạt động của não
- Ốc tai kim loại
- Xăm mặt bằng mực kim loại hoặc mực nhạy từ tính
- Các thiết bị hoặc vật thể kim loại khác được cấy ghép trong hoặc gần đầu

4. THẬN TRỌNG

- Máy tạo nhịp tim.
- Phẫu thuật kẹp túi phình mạch
- Tiền sử phẫu thuật sọ não trước đó
- Tiền sử bệnh động kinh

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 nhân lực trực tiếp: bác sĩ chuyên khoa tâm thần/bác sĩ đa khoa.

5.2. Thuốc

- Thuốc để xử lý cơn co giật nếu xuất hiện (midazolam, diazepam,...)

5.3. Vật tư

- Găng khám, khẩu trang, mũ giấy, bông tiêm, cồn sát khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay.

5.4. Trang thiết bị

- 01 máy kích thích từ xuyên sọ (kèm ghế bệnh nhân có tựa lưng và tựa đầu theo hệ thống)

5.5. Người bệnh

Giải thích về lợi ích và nguy cơ của phương pháp điều trị, chấp nhận điều trị bằng kỹ thuật

Đề nghị bệnh nhân tháo bỏ các đồ kim loại ở đầu và cổ (kẹp tóc, khuyên tai, vòng...) nếu có, bệnh nhân gửi lại cho người nhà.

Sàng lọc các yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh phù hợp với chống chỉ định. Đánh giá nguy cơ.

Đưa dụng cụ nút tai và đề nghị bệnh nhân nút tai 2 bên bằng dụng cụ nút tai

5.6. Hồ sơ bệnh án

Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

25-35 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**6.1. Bước 1: chuẩn bị máy, người bệnh**

Kiểm tra hệ thống ghế (giường nằm) điều trị, hệ thống máy. Khởi động máy.

Kiểm tra Coil, lắp Coil lên giá và cắm Coil vào máy.

Đề bệnh nhân ngồi (nằm) lên ghế (giường) trong tư thế thoải mái và thư giãn.

6.2. Bước 2: Xác định cường độ kích thích

Xác định bên điều trị, tùy theo mục đích điều trị

Xác định và đánh dấu điểm tương ứng với vùng vận động của cơ dạng ngón cái (5cm tính từ đỉnh đầu hướng xuống lỗ tai ngoài).

Đặt chế độ xung của máy TMS ở chế độ “Single pulse”.

Đặt cường độ của máy TMS ở cường độ trung bình (khoảng 60%). Trong trường hợp bệnh nhân không thoải mái hoặc đau tại chỗ thì có thể đặt ở cường độ thấp hơn (khoảng 30%).

Di chuyển đầu Coil đến vị trí tương ứng với vùng vận động của cơ dạng ngón cái (điểm giữa Coil tương ứng với điểm đánh dấu, Coil tạo góc 45° so với mặt phẳng tiếp tuyến hướng về đỉnh trán, cán Coil hướng về phía lưng và ra sau).

Kê dưới tay 2 bên của bệnh nhân bằng đệm để tạo tư thế tay thoải mái.

Tay bên đối diện với bên não được kích thích của bệnh nhân có thể được chống vuông góc với mặt phẳng của miếng đệm hoặc tư thế duỗi thẳng và có đệm bằng nệm hình tam giác để thuận tiện cho việc quan sát cơ cơ.

Để bắt đầu kích thích, ấn nút “Start” trên Coil hoặc trên máy.

Bảo bệnh nhân thư giãn tay (có thể bảo bệnh nhân chú ý tới hoạt động khác, ví dụ tập trung vào tay còn lại).

Quan sát sự co cơ ngón cái hoặc các ngón tay, nếu không thấy có sự co cơ thì tăng cường độ kích thích thêm 5% mỗi lần và có thể thay đổi vị trí của Coil khoảng 2cm xung quanh điểm đã đánh dấu.

Nếu thấy có sự co cơ, đánh dấu điểm này, giảm cường độ kích thích (5% một lần) đến khi không còn thấy được sự co cơ ngón cái hoặc các ngón tay.

Tăng cường độ kích thích (2% một lần) đến khi thấy sự co cơ của ngón cái hoặc các ngón tay.

Giảm dần cường độ kích thích 1% mỗi lần đến khi ngưỡng kích thích được xác định (10 kích thích gây ra 5 co cơ).

Ghi lại cường độ kích thích và sẵn sàng cho quá trình điều trị.

6.3. Bước 3: Tiến hành kỹ thuật

Xác định và đánh dấu vùng điều trị

Cài đặt máy cho buổi điều trị:

Tần số: Nút “Frequency”

Thời gian một chuỗi xung: Nút “Train”

Thời gian giữa các chuỗi xung: Nút “Pause”

Thời gian buổi điều trị: Nút “Session”

Cường độ: nút “Amplitude”

Ấn “Fix MT” và đặt %MT bằng cách điều chỉnh nút “Amplitude”.

Đặt Coil 45° tại vị trí điều trị

Ấn nút “Start” để bắt đầu điều trị theo thời gian đã cài đặt

6.4. Bước 4: Kết thúc thời gian điều trị

Chuyển Coil khỏi vị trí đầu của bệnh nhân trở về tư thế ban đầu. Bỏ nút tai của bệnh nhân.

Thông báo cho bệnh nhân buổi điều trị tiếp theo và ghi chép hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Biến chứng tuy hiếm gặp nhưng nguy hiểm nhất là co giật. Khi bệnh nhân xuất hiện biến chứng co giật thì phải ngay lập tức cấp cứu bệnh nhân theo các bước

Xử trí:

- Bảo vệ đầu bệnh nhân, cho nằm đầu bằng, tránh vật sắc nhọn, khai thông đường thở

- Oxy liệu pháp

- Sau 3 phút không hết, tiếp tục cho người bệnh thở oxy

- Đặt đường truyền tĩnh mạch

- Tiêm bắp/tĩnh mạch chậm midazolam 5-15mg hoặc diazepam 10mg

- Gọi trợ giúp

Sau cơn co giật:

- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh, tìm nguyên nhân cơn co giật, ghi bệnh án

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Sau khi thực hiện kỹ thuật phải đo chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp

Theo dõi đánh giá tác dụng phụ nhất thời nhẹ có thể xảy ra như đau đầu, cảm giác khó chịu vùng da đặt điện cực, mệt mỏi, khó tập trung, co giật cơ mặt,

hưng cảm, đặc biệt ở người bệnh rối loạn lưỡng cực, giảm thính lực trong trường hợp không được bảo vệ tai cẩn thận khi điều trị

Xử trí: bác sĩ có thể điều chỉnh mức độ kích thích để giảm các tác dụng phụ cho người bệnh hoặc đề nghị dùng thuốc giảm đau không kê đơn trước khi làm thủ thuật.

Các tác dụng phụ khi kích thích điện xuyên sọ thường từ nhẹ đến trung bình và cải thiện ngay sau khi kết thúc phiên điều trị riêng lẻ, giảm dần theo thời gian trong các đợt điều trị bổ sung.

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MarK, S.G., (2006) Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Rosa, M.A. and M.O. Rosa, (2012) Transcranial Magnetic Stimulation Handbook

59. SỐC NÃO THÔNG THƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Sốc não (Sốc điện) là một liệu pháp điều trị bằng cách đưa dòng điện một chiều có điện thế, cường độ và thời gian nhất định qua đầu người bệnh tạo nên một cơn co giật giống động kinh cơn lớn. Người bệnh mất ý thức một thời gian ngắn sau đó tỉnh lại dần.

1.2. Nguyên lý: Dòng điện được truyền vào não, làm thay đổi các hoạt chất hóa học trong não, làm thay đổi các thụ thể thần kinh trong não, từ đó làm thay đổi các triệu chứng.

1.3 Mục đích:

Điều trị một số bệnh lý tâm thần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhiều rối loạn tâm thần khác nhau: Rối loạn cảm xúc (trầm cảm, hưng cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...), tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan (rối loạn hoang tưởng, rối loạn loại phân liệt, rối loạn phân liệt cảm xúc,...), căng trương lực, hội chứng an thần kinh ác tính...
- Người bệnh tâm thần có ý tưởng, hành vi tự sát, tự hủy hoại, kích động, chống đối ăn.
- Đáp ứng kém với điều trị thuốc, phương pháp khác.
- Một số chỉ định khác: bệnh parkinson,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người có bệnh lý tim mạch như: suy tim, loạn nhịp, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất.
- Người bệnh bị bệnh lý nội khoa nặng khác: suy gan, suy thận nặng, ngộ độc nặng, bệnh lý xương khớp, cột sống nặng; COPD, lao phổi tiến triển

4. THẬN TRỌNG

- Với các trường hợp bệnh nhân có các bệnh cơ xương khớp thông thường, có tiền sử gãy xương.
- Với các trường hợp có bệnh lý về răng miệng.
- Bệnh lý động kinh
- Các trường hợp có chấn thương sọ não đã ổn định (không có tổn thương thần kinh khu trú, không có kim khí trong hộp sọ).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện.

- 02 nhân lực: bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Máy đo thân nhiệt.
- Đầu cực.
- Đồng hồ bấm giây.
- Gạc đè lười (dùng 1 lần).
- Giấy vệ sinh.
- Thiết bị đo độ bão hòa oxy.
- Panh.
- Khăn lau miệng.
- Khẩu trang y tế.
- Chăn mỏng.
- Găng tay.
- Gạc vô trùng.
- Đèn khám phản xạ đồng tử.
- Búa phản xạ.
- Paste.
- Nước sát khuẩn tay nhanh.
- Dung dịch nước rửa tay.
- Khay đựng dụng cụ.
- Giường cố định bệnh nhân.
- Bộ đai cố định bệnh nhân.
- Phiếu chỉ định, theo dõi.

5.4. Trang thiết bị

- Máy sốc điện.
- Máy theo dõi bệnh nhân.
- Máy hút đờm dãi.
- Máy tạo oxy.

5.5. Người bệnh.

Cán bộ thực hiện kỹ thuật giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

Gia đình người bệnh phải đồng ý bằng văn bản.

Người bệnh phải được hội chẩn trước khi làm thủ thuật, được làm các xét nghiệm máu cơ bản, x quang tim phổi, cột sống, làm điện tim, khám răng miệng...

Tiến hành làm sốc điện khi người bệnh tỉnh.

Người bệnh được chuẩn bị trước khi thực hiện kỹ thuật:

Nhịn ăn ít nhất 06 giờ trước khi làm kỹ thuật.

Người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi tiến hành sốc điện.

Người bệnh nằm ngửa, được nới dây lưng, tháo răng giả nếu có.

+ Đặt chăn mỏng kê vai, thắt lưng và gót chân.

5.6. Hồ sơ bệnh án.

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Bệnh sử bệnh tâm thần.
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa.
- Kết quả khám trước khi thực hiện thủ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 60-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

6.1. Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân

- Người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi tiến hành sốc điện.
- Người bệnh nằm ngửa, nới dây lưng, tháo răng giả nếu có.
- Kiểm tra mạch nhiệt độ huyết áp trước khi làm thủ thuật.
- Đặt chăn mỏng kê vai, thắt lưng và gót chân của người bệnh.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị máy móc trang thiết bị:

Cán bộ thực hiện kỹ thuật xác định cường độ dòng điện và thời gian cho từng trường hợp người bệnh. Thường sử dụng dòng điện có hiệu điện thế 80 - 120V, cường độ 50-250mA, thời gian từ 0,5 – 0,9 giây.

6.3. Bước 3:

Vệ sinh vị trí đặt điện cực trên cơ thể người bệnh (vùng thái dương hai bên hoặc một bên thái dương và một bên đỉnh đầu).

Một cán bộ thực hiện kỹ thuật đặt đè lưỡi, đỡ vùng khớp vai, đỡ vùng khớp gối hai bên, gót chân hai bên.

Một cán bộ thực hiện kỹ thuật sẽ đặt hai điện cực đã bôi paste dẫn điện vào hai bên thái dương hoặc một bên thái dương và một bên đỉnh đầu tùy hình thức sốc điện một hay hai bên bán cầu.

6.4. Bước 4: Một cán bộ thực hiện kỹ thuật bấm nút điện làm người bệnh lên cơn co giật toàn thân khoảng 20 - 30 giây. Sau khi hết cơn co giật nghiêng đầu người bệnh về một bên để đảm bảo đàm dãi dễ thoát ra ngoài. Sau khi người bệnh tự thở được bình thường, để người bệnh nằm nghiêng hoặc ngửa đến khi tỉnh hoàn toàn.

6.5 Bước 5: Theo dõi sát toàn trạng người bệnh, ý thức, sắc mặt, mạch, huyết áp nhịp thở không để người bệnh đi lại tự do nếu có cơn hoàng hôn.

6.6 Kết thúc qui trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, ghi kết quả vào hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc theo dõi, lưu hồ sơ người bệnh sốc điện.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Trường hợp không gây được cơn co giật điển hình nếu cần thực hiện lại phải ít nhất sau 2- 3 phút.
- Sử dụng liều tấn công 1 lần/ ngày kéo dài trong 5-7 ngày, liều duy trì 1 lần/2 ngày trong tuần tiếp theo.
- Thu dọn dụng cụ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Trật khớp vai, khớp hàm: nắn lại ngay sau khi hết cơn, lúc người bệnh chưa tỉnh hoàn toàn.

Cơn Absence khiến người bệnh không hợp tác tiếp trong cả liệu trình.

Người bệnh không tự thở lại được: sau 1 đến 2 phút người bệnh không tự thở được phải tiến hành cấp cứu như một trường hợp ngừng hô hấp tuần hoàn.

Gãy răng, gãy xương hàm, răng rơi rụng vào khí quản.

Thức ăn trào ngược lên đường thở.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Lú lẫn tâm thần: thấy trong cơn hoàng hôn kèm theo kích động, thường tự mất đi sau 5 – 10 phút. Nếu lú lẫn kéo dài phải ngừng sốc điện.

Đau đầu trong vài giờ.

Đau mỏi toàn thân do co cơ quá mức.

7.3. Biện chứng muộn

Giảm trí nhớ: thường chỉ giảm tạm thời, làm giảm tác dụng không mong muốn này bằng cách sốc điện cách nhật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh, Nhà xuất bản y học.
2. Bộ Y tế (2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, Nhà xuất bản y học.
3. Trần Đình Xiêm (1997), Tâm thần học, Nhà xuất bản y học.
4. Taylor, C. Paton, R. Kerwin (2008); Prescribing Guidelines 9th edition; Informa healthcare.

60. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT KÍCH ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Định nghĩa:

Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý, vận động quá mức xuất hiện đột ngột, không có mục đích, không thích hợp với hoàn cảnh, thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh.

1.2. Nguyên nhân:

a. Rối loạn tâm thần:

Kích động: thường gặp nhất trong các bệnh sau: Tâm thần phân liệt, hưng cảm nặng ở bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Động kinh tâm thần, nhân cách bệnh: thể bùng nổ, paranoia. Rối loạn tâm thần ở người già (sa sút trí tuệ).

b. Các trạng thái kích động phản ứng: do căn nguyên tâm lý

Sang chấn tâm lý mạnh: rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn phân ly...

Do thay đổi đột ngột môi trường sinh hoạt (chuyển viện, chuyển phòng), do bệnh nhân tâm thần khác kích động mà kích động theo, do giận dữ, bất bình với những sự việc không vừa ý trong phòng bệnh. Do nhận thức sai là bị đưa đi giam giữ hoặc bị cưỡng ép, bị gia đình lừa dối đưa đi bệnh viện; thường có phủ định bệnh.

c. Kích động do các bệnh thực thể tại não: u não, chấn thương sọ não, dị dạng mạch não, nhiễm khuẩn não – màng não,....

d. Kích động liên quan đến rượu và ma túy: Trạng thái nhiễm độc rượu và ma túy, hội chứng cai.

2. CHỈ ĐỊNH: Xử trí bệnh nhân có biểu hiện tình trạng kích động

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh cơ thể nặng kết hợp
- Bệnh nhân phản ứng mãnh liệt
- Người nhà (người chịu trách nhiệm) hợp tác kém, không thống nhất điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 03 nhân lực trực tiếp: Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Diazepam 10mg
- Diazepam 5mg

- Haloperidol 5mg
- Clorpromazin 25mg

Dịch truyền

- NACL 0,9% 500ml
- Ringer lactat 500ml
- Glucose 5% 500ml

Một số thuốc khác

- Loại thuốc, liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

5.3. Vật tư

5.4. Trang thiết bị

- Bình khí oxy, dụng cụ phương tiện cấp cứu
- Găng tay vô trùng, bơm kim tiêm,...
- Băng, băng, còng, dây băng vải cố định bệnh nhân, phòng cố định bệnh nhân.

5.5. Người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh, kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng và hướng xử trí.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh cơ thể. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến bệnh
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Khoảng 20-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Quan sát:

- Các biểu hiện của bệnh nhân ăn mặc, cử chỉ, tác phong, lời nói, cảm xúc ...
- Chú ý các vật dụng BN đang có hoặc ở xung quanh có thể gây nguy hiểm.

6.2. Hỏi người nhà hoặc người đi cùng:

- Tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh, trạng thái của BN trước khi kích động
- Những biểu hiện từ lúc lên kích động đến nay.

6.3. Thông báo và nhờ sự hỗ trợ của các nhân viên y tế khác:

- Chuẩn bị các phương tiện như dây cố định, thuốc, phòng bệnh...

6.4. Trấn tĩnh ngay trạng thái tâm thần của bệnh nhân bằng liệu pháp tâm lý:

- Bằng thái độ điềm đạm, bình tĩnh, dùng lời nói ôn tồn để hỏi, động viên, an ủi, giải thích hợp lý cho người bệnh. Đề phòng bệnh nhân có thể tấn công bất ngờ.

6.5. Nếu người bệnh hợp tác:

- Tiến hành khám ngay cho người bệnh về tình trạng toàn thân, các dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, các thương tích, các dấu hiệu thần kinh khu trú, các hội chứng - triệu chứng tâm thần.

6.6. Nếu BN kích động, không hợp tác khám bệnh:

- Có thể cưỡng chế đưa bệnh nhân vào phòng riêng hoặc phòng cách ly, cố định BN tại giường/phản để xử trí thuốc. Lưu ý: Tránh quá thô bạo vì có thể gây tay, trật khớp, trước và sau khi xử trí nên thả thông tư tưởng để người nhà yên tâm.
- Cần kiểm tra trong tư trang, quần áo và trên người của bệnh nhân, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm như dao kéo, bật lửa, ...

6.7. Điều trị bằng hóa dược

Nếu chưa rõ nguyên nhân:

- Diazepam 10 - 20mg tiêm tĩnh mạch. Thường sau khi tiêm thuốc một vài phút, tình trạng kích động sẽ dịu đi, bệnh nhân bắt đầu lơ mơ ngủ... Tiến hành thăm khám kỹ hơn trên người bệnh để tìm hiểu nguyên nhân.

Sau khi đã nắm được nguyên nhân: cần điều trị theo nguyên nhân

- Kích động trong tâm thần phân liệt, có thể xử trí:

Haloperidol 5 - 20 mg, tiêm bắp.

Chlorpromazine 25 - 50 mg, tiêm bắp.

Có thể phối hợp thêm: Diazepam 10 - 20 mg (tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp)

- Kích động do trạng thái căng trương lực, có thể xử trí:

Thuốc lựa chọn đầu tiên là Seduxen 10 - 20 mg/lần, 2 - 3 lần/ngày.

Có thể phối hợp với Haldol hay các an thần kinh khác.

Lưu ý: dễ bỏ sót nguyên nhân thực tổn

Nếu căng trương lực do tâm thần phân liệt có thể dùng liệu pháp sốc não sau khi đã kiểm tra kỹ tình trạng tim mạch, ECG...

- Kích động trong động kinh tâm thần, có thể xử trí:
Phenobarbital 100 - 200 mg, tiêm bắp, 1 - 2 lần/ngày
Có thể phối hợp diazepam 10 - 20mg, tiêm tĩnh mạch, 2 - 3 lần/ ngày.
- Kích động do rượu-ma túy tổng hợp (say rượu, sảng rượu, hoang tưởng ảo giác do rượu, nhiễm độc ma túy tổng hợp), có thể xử trí:
Diazepam 10 - 20mg/lần (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp) 2 - 3 lần/ngày.
Kết hợp Haloperidol 5 - 10 mg/lần x 1 - 2 lần/ ngày, nhưng phải hết sức thận trọng.
- Kích động trong các bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm độc:
Tốt nhất là điều trị bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm độc.
Nếu cần thiết để làm bệnh nhân yên dịu, có thể dùng:
Diazepam 10 - 20 mg/ ngày (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp)
Loprazepam: 1 - 3 ống/ ngày.
Thận trọng khi sử dụng thuốc an thần kinh, nếu cần thì sử dụng nhóm thuốc an thần kinh thế hệ mới.
- Kích động ở người già: Việc dùng thuốc an thần kinh phải hết sức thận trọng, nên dùng liều thấp, tăng dần.
- Các trạng thái kích động do phản ứng tâm lý: Nên kiên trì giải thích động viên người bệnh, dùng diazepam 10 - 20 mg/ngày (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp) và chỉ dùng 1 - 2 ngày đầu.

Chú ý chế độ dinh dưỡng, bồi phụ nước điện giải, chế độ vệ sinh, phòng chống loét và chăm sóc cấp một.

Quản lý người bệnh tại buồng riêng, yên tĩnh, thoáng mát, dễ quan sát, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm.

Sau cơn kích động:

Sau khi đã tạm giải quyết được tình trạng kích động, cần:

- Hỏi kỹ bệnh sử, thăm khám lâm sàng và cho làm các xét nghiệm để xác định bệnh, nguyên nhân và có hướng điều trị thích hợp.
- Để bệnh nhân nằm tại phòng trấn tĩnh, theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu, sắc mặt...

- Chú ý bồi phụ nước - điện giải, chế độ dinh dưỡng, vệ sinh thân thể và phòng chống loét.
- Không nên dùng an thần kinh liều cao, kéo dài vì dễ gây ra tình trạng ngộ độc thuốc.
- Giải thích hợp lý để người bệnh yên, tránh lo lắng, sợ hãi trước môi trường mới.
- Điều trị theo nguyên nhân gây kích động.

7.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi diễn biến tâm lý, tâm thần của bệnh nhân.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc an thần kinh: loạn trương lực cơ cấp, hạ huyết áp tư thế, ...
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, vùng cổ định tay chân của bệnh nhân.
- Theo dõi sát tình trạng người bệnh sau khi xử trí tình trạng kích động, đề xử trí tiếp nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục kích động gây nguy hiểm cho người bệnh và người xung quanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng tâm thần học- Bộ môn tâm thần Đại học y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2016
2. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
3. Bệnh học tâm thần - Nhà xuất bản quân đội nhân dân, năm 2005.
4. Tâm thần học- Nguyễn Việt. Nhà xuất bản y học 1984

61. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TỰ SÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tự sát được hiểu là hành vi tự giết bản thân. Theo tổ chức y tế thế giới WHO, tự sát được chia thành:

- Ý tưởng tự sát (suicidal ideation): Thể hiện đơn thuần trong ý nghĩ muốn chết nhưng chưa hành động.
- Toan tự sát (attempted suicide): Bao gồm các hành vi khác nhau cố gắng để tự tử nhưng không thành công.
- Tự sát hoàn thành (completed suicide): hành vi trực tiếp hay gián tiếp của bệnh nhân dẫn đến tử vong.

Một số nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ hay gặp:

- a, Rối loạn trầm cảm
- b, Tâm thần phân liệt và rối loạn loạn thần cấp
- c, Rối loạn hoang tưởng dai dẳng
- d, Rối loạn tâm thần thực tổn
- e, Lệ thuộc rượu và sử dụng chất kích thích
- f, Rối loạn nhân cách
- g, Rối loạn hành vi ăn uống
- h, Tự sát và các nguyên nhân xã hội...

2. CHỈ ĐỊNH: Tất cả các trường hợp có ý tưởng tự sát/ hành vi tự sát

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh cơ thể nặng kết hợp
- Người bệnh phản ứng mãnh liệt
- Người nhà (người chịu trách nhiệm) hợp tác kém, không thống nhất điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 03 nhân lực trực tiếp: 01 Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và 02 điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Diazepam 10mg
- Diazepam 5mg
- Haloperidol 5mg

Dịch truyền

- NaCl 0,9% 500ml

- Ringer lactat 500ml
- Glucose 5% 500ml

Một số thuốc khác

- Liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

5.3. Vật tư

5.4. Trang thiết bị

- Bình khí oxy, dụng cụ phương tiện cấp cứu
- Găng tay vô trùng, bơm kim tiêm,...
- Băng, băng, còng, dây băng vải cố định bệnh nhân

5.5. Người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh, kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng và hướng xử trí.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh cơ thể. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến bệnh
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 20-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ và các thuốc đang sử dụng

6.2. Kiểm tra người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ khám và đánh giá lâm sàng
- Điều dưỡng đo huyết áp và báo cáo tình hình cho bác sĩ

- Người bệnh và người nhà được bác sĩ giải thích về tình trạng có ý tưởng tự sát hoặc hành vi tự sát

6.3. Thực hiện kỹ thuật

Bao gồm khám và đánh giá tâm thần, cơ thể, và đánh giá các yếu tố môi trường gia đình và xã hội

Khám cơ thể:

- Phát hiện các tổn thương cơ thể do hành vi tự sát gây ra, đánh giá mức độ trầm trọng, chuyển hồi sức cấp cứu nếu cần thiết.
- Đánh giá tổng trạng, tình trạng dinh dưỡng, vệ sinh cơ thể, những dấu vết cơ thể do bị ngược đãi cũng như lạm dụng tình dục, tìm những dấu hiệu lạm dụng rượu và ma túy. Nếu cần thiết xác định nồng độ rượu trong máu và xét nghiệm tìm độc chất.

Khám tâm thần:

- Tìm hiểu tiền căn bệnh lý tâm thần cá nhân và gia đình
- Phát hiện các rối loạn tâm thần hiện tại và đánh giá mức độ liên quan với mưu toan hoặc hành vi tự sát hiện tại.
- Tìm hiểu những phương tiện đã được sử dụng cho hành vi tự sát.
- Phát hiện những yếu tố thúc đẩy trực tiếp cũng như các nét đặc trưng của nhân cách
- Đánh giá các yếu tố môi trường và xã hội:
- Tìm hiểu các tình huống bị ngược đãi.
- Tìm hiểu kết quả học tập, hoặc thành quả lao động.
- Đánh giá mối quan hệ đối với các thành viên trong gia đình, trường học hoặc nơi làm việc.
- Chỉ định nhập viện điều trị nội trú những trường hợp có nguy cơ tự sát cao, đặc biệt khi sự theo dõi và hỗ trợ của gia đình bị hạn chế

Vai trò của bác sĩ

Sử dụng hoá dược

- Thuốc chống trầm cảm: Được chỉ định cho những người bệnh bị trầm cảm. Cần lưu ý tác dụng phụ có thể gây bồn chồn, kích thích, mất ngủ liên quan đến tăng hành vi tự sát đặc biệt ở thanh thiếu niên.
- Thuốc chỉnh khí sắc: có tác dụng giảm hành vi tự sát ở những bệnh nhân có rối loạn cảm xúc lưỡng cực và cả ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn. Trong trầm cảm lưỡng cực.
- Thuốc chống loạn thần: chỉ định tự sát ở bệnh nhân loạn thần, thường sử dụng thuốc chống loạn thần an dịu, trong trường hợp kích động kèm theo có thể điều trị phối hợp cùng Benzodiazepin.
- Liệu pháp tâm lý
- Điều trị phối hợp với liệu pháp hoá dược. Lựa chọn các liệu pháp tâm lý phụ thuộc vào chẩn đoán, đánh giá người bệnh có tự sát

- Liệu pháp nhận thức hành vi và liệu pháp hành vi biện chứng là hai phương pháp có bằng chứng mạnh mẽ nhất trong ngăn ngừa hành vi tự sát.

Vai trò của điều dưỡng:

- Lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch
- Giáo dục, tư vấn cho gia đình về nguy cơ tự sát, các dấu hiệu nhận biết
- Loại bỏ sự sẵn có của các vật dụng có thể gây nguy hiểm cho người bệnh như vật sắc nhọn...
- Quản lý việc sử dụng thuốc của người bệnh, đảm bảo uống thuốc tận miệng hoặc tận dạ dày, tránh người bệnh có thể tích thuốc
- Nếu người bệnh có nguy cơ tự sát cao cần sự theo dõi sát 24/24h thậm chí cả khi vệ sinh và ngủ. Không ra khỏi khuôn viên bệnh viện.
- Nếu người bệnh nguy cơ tự sát thấp, có thể tham gia một số hoạt động khác nhưng vẫn cần sự theo dõi sát.
- Xếp phòng người bệnh nên gần phòng nhân viên để dễ quan sát, không nên xếp cuối đường, gần cầu thang máy...
- Cửa sổ và hành lang nên có thanh chắn để đảm bảo người bệnh không nhảy từ trên cao xuống.
- Cảnh giác với các hành vi của người bệnh như giảm giao tiếp, nói về cái chết, mất phương hướng...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thường xuyên đánh giá tình trạng bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị, chỉ bỏ theo dõi tự sát khi người bệnh hoàn toàn không còn suy nghĩ, ý định tự sát, nhận thức được sai lầm trong suy nghĩ và hành vi của mình, cam kết không thực hiện những hành động gây hại cho bản thân.
- Vì một số lý do, khi bệnh nhân có cơ hội thực hiện hành vi tự sát tại bệnh viện, cần nhanh chóng đánh giá phát hiện các tổn thương cơ thể do hành vi tự sát gây ra, đánh giá mức độ trầm trọng và chuyển hồi sức cấp cứu nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng tâm thần học- Bộ môn tâm thần Đại học y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2016
2. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
3. Bệnh học tâm thần - Nhà xuất bản quân đội nhân dân, năm 2005.
4. Shain B. N. (2018). Youth Suicide: The First Suicide Attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 730–732.

5. McClellan, C., Ali, M. M., & Mutter, R. (2021). Impact of Mental Health Treatment on Suicide Attempts. *The journal of behavioral health services & research*, 48(1), 4–14. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09714-4>

62. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TÌNH TRẠNG KHÔNG ĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trạng thái không ăn là tình trạng người bệnh từ chối sử dụng bất kỳ loại thực phẩm dinh dưỡng nào kéo dài trên 24h mà không có lý do hoặc lý do không hợp lý. Đây là một cấp cứu tâm thần và là một trạng thái bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân tâm thần do nhiều nguyên nhân khác nhau với bệnh cảnh kéo dài rất lâu, điều trị gặp nhiều khó khăn. Người bệnh dễ dẫn đến sụt cân, mất nước, suy kiệt, mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, tử vong, đòi hỏi phải được chẩn đoán đúng, điều trị tích cực và chăm sóc tốt.

Nguyên nhân:

- Trạng thái căng trương lực (kích động hoặc bất động) của tâm thần phân liệt: Người bệnh thường ngồi hoặc nằm bất động, không chịu ăn uống; khi đưa cơm nước vào miệng thì ngậm chặt lại.
- Do hoang tưởng, ảo giác chi phối:
 - + Hoang tưởng bị tội: người bệnh cho rằng bản thân họ là xấu xa và có nhiều tội lỗi, không đáng sống, không đáng được ăn uống và từ chối không chịu ăn uống.
 - + Hoang tưởng bị hại: người bệnh luôn lo sợ bị người khác ám hại, đầu độc mình bằng cách bỏ thuốc độc vào thức ăn nên không chịu ăn uống.
 - + Ảo thanh xui khiến: có tiếng người bảo bệnh nhân không được ăn uống.
 - + Ảo khứu và ảo vị với nội dung khó chịu: mùi hôi, mùi tanh, vị đắng...
- Trầm cảm nặng.
- Rối loạn bản năng ăn uống: ở trẻ chậm phát triển tâm thần, tâm thần phân liệt giai đoạn sa sút, sa sút trí tuệ ở người già.
- Do bệnh lý cơ thể: viêm dạ dày, lao phổi, ung thư, kém hấp thu ...
- Nguyên nhân tâm lý: thức ăn không thích hợp, tôn giáo ...
- Chán ăn tâm thần (anorexia nervosa).

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có biểu hiện từ chối ăn uống (trạng thái không ăn)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh cơ thể nặng kết hợp
- Người bệnh phản ứng mãnh liệt
- Người nhà (người chịu trách nhiệm) hợp tác kém, không thống nhất điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 nhân lực trực tiếp: Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Diazepam 10mg
- Diazepam 5mg
- Haloperidol 5mg

Dịch truyền

- NaCl 0,9% 500ml
- Ringer lactat 500ml
- Glucose 5% 500ml
- Đạm truyền...

Một số thuốc khác

- Loại thuốc, liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

5.3. Vật tư

5.4. Trang thiết bị

- Bình khí oxy, dụng cụ phương tiện cấp cứu
- Găng tay vô trùng, bơm kim tiêm...
- Dụng cụ cho ăn sonde: sonde dạ dày, thức ăn...
- Băng, băng, cùn, dây băng vải cố định bệnh nhân

5.5. Người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh, kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng và hướng xử trí.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh cơ thể. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến bệnh
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- 50-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Kiểm tra hồ sơ

- Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

6.2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra trạng thái không ăn
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

6.3. Thực hiện kỹ thuật

Các biện pháp chung:

- Tìm hiểu nguyên nhân, động viên khuyến khích người bệnh ăn uống.
- Cho ăn nhiều lần trong ngày, nên đút từng thìa nhỏ.
- Có thể để thức ăn, thức uống bên cạnh người bệnh.
- Chú ý vệ sinh thân thể, tránh loét, phòng bội nhiễm.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nước - điện giải cho bệnh nhân bằng cách cho ăn qua sonde dạ dày hoặc đường tĩnh mạch nếu điều trị chưa có hiệu quả, bệnh nhân vẫn không ăn uống.
- Xây dựng chế độ dinh dưỡng đảm bảo cung cấp đủ cho bệnh nhân, hội chẩn chuyên khoa dinh dưỡng nếu cần.
- Đảm bảo vệ sinh các nhân, tránh bội nhiễm, phòng chống loét.

Tích cực điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân:

- Tâm thần phân liệt thể căng trương lực: dùng thuốc nhóm. Benzodiazepins, thuốc an thần kinh ưu tiên loại hoạt hóa như Amisulpirid 100 - 200mg/ngày. Cân nhắc điều trị bằng sốc điện khi các phương pháp khác không hiệu quả và không có chống chỉ định.
- Tâm thần phân liệt có hoang tưởng, ảo giác chi phối: có thể dùng an thần kinh liều cao.
- Trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm, đơn trị liệu hoặc phối hợp thuốc, kết hợp liệu pháp tâm lý.
- Chán ăn tâm thần: điều trị bằng thuốc chống trầm cảm như Fluoxetin, Amitriptylin; Olanzapin,... kết hợp các liệu pháp tâm lý

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi diễn biến tâm lý, tình trạng bệnh lý tâm thần của bệnh nhân.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc an thần kinh, chống trầm cảm có thể xảy ra: loạn trương lực cơ cấp, hạ huyết áp tư thế,...
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, theo dõi lượng nước tiểu 24h, cân nặng cơ thể 2 lần/tuần.
- Theo dõi xét nghiệm cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, SGOT, SGPT, điện giải đồ).
- Tình trạng nặng: đánh giá toàn thể các nguy cơ tim mạch, hô hấp để có sự hỗ trợ chuyên khoa chống độc, hồi sức cấp cứu

7.2. Xử trí tai biến

Rối loạn nước điện giải

- Xử trí theo phác đồ xử trí rối loạn nước điện giải của Bộ y tế

Hạ đường huyết

- Truyền dung dịch Glucose 5% - 10% - 20% đảm bảo đường máu trên 5,5mmol/L, theo dõi đường máu sau mỗi lần truyền. Nếu cần có thể tiêm tĩnh mạch Glucose 20% hoặc chuyển chuyên khoa hồi sức, nội tiết theo dõi điều trị tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng tâm thần học- Bộ môn tâm thần Đại học y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2016
2. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
3. Nguyễn Việt (1984), “*Chẩn đoán và xử trí các trường hợp cấp cứu trong tâm thần học*”. Triệu chứng học tâm thần. Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội, 174 - 181.
4. Gruenewald D.A. (2018). Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Practical Approach for Long-Term Care Facilities. *J Palliat Med*, **21**(9), 1214–1220.
5. Bolt E.E., Hagens M., Willems D. và cộng sự. (2015). Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med*, **13**(5), 421–428.