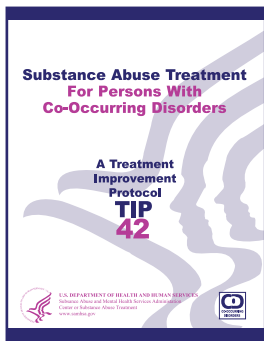


Hướng dẫn nhanh

dành cho bác sĩ lâm sàng

Dựa trên TIP 42

**Điều trị lạm dụng chất gây
nghiện cho người có bệnh lý
tâm thần
đồng diễn**



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
Center for Substance Abuse Treatment
www.samhsa.gov

Mục lục

Tại sao lại là Hướng dẫn nhanh?	2
TIP là gì?	3
Giới thiệu	4
Những nguyên tắc hướng dẫn và thái độ cần thiết	5
Đánh giá	9
Phương pháp làm việc với bệnh nhân có bệnh tâm thần đồng diễn bệnh lý tâm thần đồng diễn (BLTTDD)	28
Số bệnh nhân cụ thể	31
Tổng quan về những rối loạn tâm thần đặc trưng	35
Nguồn lực để Phát triển chuyên môn	55

Hướng dẫn nhanh

dành cho bác sĩ lâm sàng

Dựa trên TIP 42

*Điều trị lạm dụng chất gây
nghiện cho người có bệnh lý
tâm thần đồng diễn*

Cuốn hướng dẫn nhanh này hoàn toàn dựa vào thông tin có trong TIP 42 được xuất bản năm 2005 và dựa vào thông tin cập nhật từ tháng 1 năm 2005. Không có nghiên cứu bổ sung nào được thực hiện để cập nhật chủ đề này từ khi xuất bản TIP.

TẠI SAO LẠI LÀ HƯỚNG DẪN NHANH?

Cuốn Hướng dẫn nhanh này được xây dựng kèm theo với cuốn *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người có bệnh lý tâm thần đồng diễn*, Số 42 trong loạt tài liệu về Phác đồ cải thiện điều trị do Trung Tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện (CSAT) và Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA) xuất bản. Cuốn Hướng dẫn nhanh này hoàn toàn dựa trên TIP 42 và được xây dựng nhằm đáp ứng nhu cầu của bác sĩ lâm sàng bận rộn cần thông tin thật súc tích và dễ tiếp cận về “phương pháp điều trị”.

Cuốn Hướng dẫn nhanh này được chia thành chín mục (xem *Mục lục*) nhằm giúp độc giả nhanh chóng xác định được tài liệu liên quan. Để biết thêm thông tin về các chủ đề này trong Cuốn Hướng dẫn nhanh này, độc giả hãy tham khảo TIP 42.

TIP LÀ GÌ?

Một loạt tài liệu TIP đã được xuất bản từ năm 1991. Loạt tài liệu TIP này cung cấp phương pháp điều trị lạm dụng chất gây nghiện và các lĩnh vực có liên quan với sự nhất trí cao, những hướng dẫn được đánh giá theo lĩnh vực đang được quan tâm hiện nay và có tầm quan trọng về điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

TIP 42, Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người có bệnh lý tâm thần đồng diễn

- Cung cấp thông tin về những diễn biến mới trong lĩnh vực sử dụng chất gây nghiện và BLTTĐD đang phát triển nhanh.
- Tập trung vào những gì mà bác sĩ lâm sàng điều trị lạm dụng chất gây nghiện cần biết và cung cấp những thông tin đó theo cách dễ sử dụng.
- Tổng hợp và truyền tải kiến thức về thực tiễn có ý nghĩa thiết thực của các trường hợp lâm sàng và những tình huống thực tế, như vậy độc giả sẽ có thêm hiểu biết, sự khích lệ và cách thức khi làm việc với những bệnh nhân có BLTTĐD

Xem bên trong bìa sau để có thông tin về cách đặt mua các TIP và sản phẩm có liên quan.

GIỚI THIỆU

Thuật ngữ “bệnh lý tâm thần đồng diễn” dùng để chỉ việc sử dụng chất gây nghiện (lạm dụng hay nghiện) và các rối loạn tâm thần xảy ra đồng thời. Những bệnh nhân được cho là có bệnh lý tâm thần đồng diễn (từ đây viết tắt là BLTTĐD) thường có một hay nhiều rối loạn tâm thần cũng như một hay nhiều rối loạn liên quan đến rượu và/hoặc các loại ma túy khác.

Vào những năm 1990, theo báo cáo từ các chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện thì từ 50% -70% bệnh nhân có những bệnh lý tâm thần đồng diễn trong khi đó các bác sĩ tại các cơ sở y tế điều trị bệnh tâm thần báo cáo là có từ 20% đến 50% bệnh nhân của họ có những bệnh lý đồng diễn do sử dụng chất gây nghiện.

Mục tiêu của TIP 42 và Cuốn Hướng dẫn nhanh này là nêu bật những diễn biến chính trong lĩnh vực từ khi xuất bản TIP 9 trong một nỗ lực nhằm giúp đỡ các chuyên gia về lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần xây dựng kế hoạch cho một cộng đồng đối xử hòa nhập hơn để có thể giải quyết tốt hơn những nhu cầu của bệnh nhân có BLTTĐD.

NHỮNG NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN VÀ THÁI ĐỘ CẦN THIẾT

Sáu nguyên tắc dưới đây được khuyến nghị sử dụng khi làm việc với các bệnh nhân có BLTTĐD.

1. Tận dụng triển vọng phục hồi

Triển vọng phục hồi thừa nhận rằng phục hồi là một quá trình thay đổi bên trong cơ thể lâu dài và những thay đổi này trải qua nhiều giai đoạn khác nhau. Triển vọng này tạo ra ít nhất hai nguyên tắc hành động chính:

- Xây dựng kế hoạch điều trị để thực hiện việc liên tục chăm sóc mọi lúc.
- Đưa ra những can thiệp điều trị cụ thể cho từng nhiệm vụ và thử thách phải đối mặt ở mỗi giai đoạn trong quá trình phục hồi rối loạn xảy ra đồng thời.

2. Lựa chọn quan điểm đa vấn đề

Nhìn chung, do những người có BLTTĐD gặp nhiều vấn đề về tâm thần, sức khỏe, lạm dụng chất gây nghiện, và các vấn đề về gia đình và xã hội, nên hầu hết những người này cần có sự phục hồi và sự chuẩn bị đáng kể. Điều trị nên giải quyết những nhu cầu trước mắt và lâu dài về nhà ở, công việc, chăm sóc sức khỏe và mạng lưới hỗ trợ.

3. Xây dựng phương pháp tiếp cận điều trị theo giai đoạn

Nhiều bác sĩ lâm sàng nhìn nhận bệnh nhân có tiền triển theo từng giai đoạn. Nhìn chung, có thể xác định được từ ba đến năm giai đoạn: cam kết, ổn định, điều trị và chăm sóc điều trị sau cai nghiện hay chăm sóc liên tục. Những giai đoạn này phù hợp và song hành với những giai đoạn được xác định trong triển vọng phục hồi.

4. Xử lý sớm các vấn đề tồn tại của bản thân người bệnh trong quá trình điều trị

Phương pháp tiếp cận xử lý sớm các vấn đề thực tế trong điều trị có thể kết hợp Quản lý hồ sơ và Quản lý hồ sơ chuyên sâu để giúp bệnh nhân tìm nhà ở (nếu cần), hay xử lý các vấn đề liên quan đến pháp lý và gia đình. Cũng có thể có ích khi sử dụng các can thiệp chuyên môn nhằm vào các lĩnh vực quan trọng mà bệnh nhân cần như quản lý tiền và các dịch vụ hỗ trợ liên quan đến nhà ở.

Phục hồi tâm lý xã hội, giúp bệnh nhân phát triển những kỹ năng cụ thể và những phương pháp tiếp cận mà bệnh nhân cần để thực hiện vai trò đã chọn của họ, cũng là một chiến lược hữu ích để giải quyết những vấn đề cụ thể này.

Giải quyết những vấn đề như vậy thường là bước đầu tiên quan trọng hướng đến việc có được sự

cam kết của bệnh nhân trong việc tiếp tục điều trị. Đây là một phần có tính quyết định trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện nói chung và điều trị BLTTĐD nói riêng.

5. Lập kế hoạch điều trị suy giảm về nhận thức và chức năng của bệnh nhân

Những bệnh nhân có BLTTĐD thường có những biểu hiện suy giảm nhận thức và chức năng làm ảnh hưởng đến khả năng lĩnh hội thông tin hay hoàn thành nhiệm vụ. Những suy giảm như vậy cần điều trị tương đối trong thời gian ngắn và tập trung vào các vấn đề thực tế trong cuộc sống. Những dụng cụ trực quan và việc lặp lại từng bước thường có tác dụng. Thậm chí những suy giảm nhẹ có thể có ảnh hưởng đáng kể đến sự thành công của việc điều trị; do đó, việc đánh giá cẩn thận và lập kế hoạch điều trị phù hợp với việc đánh giá là rất cần thiết.

6. Sử dụng hệ thống hỗ trợ để duy trì và mở rộng hiệu quả điều trị

Phong trào tự giúp nhau, gia đình và các nguồn lực khác tồn tại trong cộng đồng của bệnh nhân có vai trò vô giá đối với tiến trình phục hồi. Bác sĩ lâm sàng nên giúp đỡ để đảm bảo rằng bệnh nhân biết được về những hệ thống hỗ trợ sẵn có và được khuyến khích sử dụng những hệ thống này một cách hiệu quả.

Để biết thêm thông tin, xem chương 3 của TIP 42.

Thái độ và phẩm chất cần thiết đối với bác sĩ lâm sàng làm việc với bệnh nhân có BLTTĐD

- Mong muốn và sẵn sàng làm việc với những người có BLTTĐD
- Đánh giá được sự phức tạp của BLTTĐD
- Công khai thông tin mới
- Nhận biết được những phản ứng và tình cảm cá nhân
- Nhận ra được những hạn chế về kiến thức và chuyên môn cá nhân của chính mình
- Nhận ra được giá trị thông tin đầu vào về bệnh nhân trong các mục tiêu điều trị và tiếp thu ý kiến phản hồi của bệnh nhân
- Kiên nhẫn, kiên trì và lạc quan điều trị
- Có khả năng sử dụng các lý luận, khái niệm, mô hình và phương pháp khác nhau.
- Linh hoạt trong phương pháp tiếp cận
- Năng lực về văn hóa
- Tin tưởng rằng tất cả các bệnh nhân đều có điểm mạnh và khả năng phát triển
- Công nhận các quyền của bệnh nhân có BLTTĐD, bao gồm quyền và nhu cầu hiểu những kết quả đánh giá và kế hoạch điều trị.

ĐÁNH GIÁ

Quá trình kiểm tra BLTTĐD nhằm trả lời câu hỏi “có” hay “không” (ví dụ, bệnh nhân điều trị lạm dụng chất gây nghiện có dấu hiệu đáng kể nào về rối loạn sức khỏe tâm thần không?), và cho biết liệu khả năng vấn đề sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời có đảm bảo có được sự quan tâm nhiều hơn tại thời điểm hiện tại.

Mặt khác việc *đánh giá cơ bản* cho phép chuyên gia tư vấn có thể hiểu BLTTĐD, các chuẩn đoán, sự sẵn sàng thay đổi, các phạm vi của vấn đề, những thương tật và điểm mạnh của bệnh nhân. Thông tin có được bao gồm

- **Lý lịch:** gia đình; tiền sử về chấn thương; tình trạng hôn nhân; (tình trạng) liên quan pháp lý; tình hình tài chính; sức khỏe; giáo dục; tình trạng chỗ ở; những điểm mạnh và nguồn lực; việc làm
- **Sử dụng chất gây nghiện:** tuổi sử dụng lần đầu; loại ma túy đầu tiên sử dụng; cách sử dụng ma túy; giai đoạn điều trị
- **Các vấn đề về bệnh tâm thần:** tiền sử các vấn đề về bệnh tâm thần của gia đình, tiền sử các vấn đề về bệnh tâm thần của bệnh nhân bao gồm chẩn đoán, nhập viện và các điều trị khác; triệu chứng hiện tại và tình trạng tâm thần; thuốc và việc tuân thủ sử dụng thuốc

Nếu quá trình kiểm tra và đánh giá chứng minh được việc lạm dụng chất gây nghiện hay xáo trộn tâm thần nằm ngoài khả năng và nguồn lực của cơ quan điều trị, *nên chuyển tuyến người đó tới địa bàn cư trú phù hợp hay cơ sở y tế điều trị bệnh tâm thần hay cộng đồng phù hợp khác. Cần có những cơ chế tư vấn và phối hợp liên tục để đảm bảo rằng việc chuyển tuyến là phù hợp với những yêu cầu điều trị của người có BLTTĐD.*

Quy trình đánh giá

Các bước sau được khuyến nghị để đánh giá mỗi bệnh nhân.

Bước 1: Thu hút bệnh nhân tham gia

Năm khái niệm chính thúc đẩy sự tham gia của bệnh nhân là

- **Tiếp cận chung (không nhắm cửa):** Chấp nhận những bệnh nhân có BLTTĐD có thể tham gia vào những điểm dịch vụ cộng đồng và cần có những nỗ lực tiên phong thực hiện để tiếp nhận họ vào điều trị.
- **Tách rời sự đồng cảm:** Thừa nhận bạn và bệnh nhân đang cùng nhau làm việc để đưa ra những quyết định nhằm hỗ trợ quyền lợi tốt nhất cho bệnh nhân và duy trì quan hệ đồng cảm ngay cả nếu bệnh nhân không phù hợp với những kỳ vọng, loại hình điều trị hay phương pháp làm việc ưu tiên của bạn.

- **Phương pháp đánh giá lấy con người làm trung tâm:** Tập trung vào việc nhận thức vấn đề của bệnh nhân, những điều mà bệnh nhân muốn thay đổi và cách mà bệnh nhân nghĩ rằng việc thay đổi sẽ xảy ra.

- **Nhạy cảm về văn hóa, giới tính, định hướng giới tính:** Nhận ra được triển vọng văn hóa của chính bạn và tìm hiểu những yếu tố văn hóa ảnh hưởng đến yêu cầu giúp đỡ của bệnh nhân như thế nào.

- **Nhạy cảm về tổn thương:** Xem xét khả năng về tiền sử tổn thương trước khi tiến hành đánh giá và cố gắng tăng cường an toàn trong khi phỏng vấn bằng việc hỗ trợ thêm và hòa nhã hơn.

Bước 2: Nhận biết và liên lạc với những người liên quan (gia đình, bạn bè và những người cung cấp khác) để thu thập thông tin bổ sung.

Thông tin từ những người liên quan đặc biệt có giá trị trong việc đánh giá bản chất và sự nghiêm trọng của các triệu chứng bệnh tâm thần khi bệnh nhân có thể đã yếu đến mức họ không thể cung cấp thông tin chính xác. Tuy nhiên, lưu ý rằng quá trình tìm kiếm thông tin như vậy phải được thực hiện một cách nghiêm ngặt theo đúng các hướng dẫn áp dụng pháp luật về tính bảo mật và có sự cho phép của bệnh nhân.

Bước 3: Kiểm tra và phát hiện những rối loạn xảy ra đồng thời.

Tất cả những bệnh nhân cần điều trị lạm dụng chất gây nghiện nên được kiểm tra các rối loạn tâm thần xảy ra đồng thời và tất cả những bệnh nhân cần điều trị sức khỏe tâm thần nên được kiểm tra xem có sự hiện diện của rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hay không. Ngoài ra, nên kiểm tra tất cả các bệnh nhân xem trước đây và hiện nay họ có bị ngược đãi hay tổn thương không.

Kiểm tra sự an toàn: Quá trình kiểm tra sự an toàn yêu cầu ngay khi bắt đầu phỏng vấn bác sĩ lâm sàng cần hỏi cụ thể bệnh nhân xem liệu họ có bị bất kỳ sự kích động trực tiếp để tham gia vào các hành vi bạo lực hay tự làm tổn thương hay không, hay họ có bị bất kỳ sự đe dọa trực tiếp nào từ người khác. Có rất nhiều công cụ có thể sử dụng cho việc kiểm tra an toàn (xem phụ lục G và H của TIP 42).

Kiểm tra sức khỏe tâm thần: Bản tổng hợp Mẫu kiểm tra Sức khỏe Tâm thần - III (MHSF-III) được cung cấp ở những trang sau. Mẫu đầy đủ đó được in lại trong phụ lục H của TIP 42 và cũng có thể tìm được tại trang web: www.projectreturn.org hay www.asap-nys.org/Resources/mhscreen.pdf.

Tốt nhất nên sử dụng mẫu này sau khi bệnh nhân và người điều tra đã xây dựng được quan hệ bền vững vì một số câu hỏi sẽ đề cập đến các vấn đề nhạy cảm. Ngoài ra, những người kiểm tra cũng phải được đào tạo phù hợp để quản lý những mục này và ghi lại những câu trả lời của bệnh nhân.

MHSF-III chỉ là một trong những công cụ kiểm tra sức khỏe tâm thần và việc lạm dụng chất gây nghiện hiện có. Để biết thêm thông tin về công cụ kiểm tra và đánh giá khác và cách để có chúng, hãy xem bảng phụ lục G và H của TIP 42.

Mẫu Kiểm tra Sức khỏe Tâm thần-III (MHSF-III): Phương thức quản lý ưu tiên là cho các nhân viên đọc mỗi mục cho những người được hỏi và nhận câu trả lời “có” và “không”. Sau khi hoàn thành tất cả 18 câu hỏi (câu hỏi 6 có hai phần), nhân viên nên tìm hiểu thêm bất kỳ câu trả lời “có” nào qua việc hỏi.

- “Vấn đề này lần đầu xảy ra khi nào?”
- “Nó đã kéo dài bao lâu rồi?”
- “Vấn đề này xảy ra trước, trong, hay sau khi bạn bắt đầu sử dụng những chất gây nghiện?”
- “Điều gì đã xảy ra trong cuộc sống của bạn vào thời gian đó?”

Mẫu biểu kiểm tra có chỗ trống cho thông tin này và cho những ý kiến nhận xét của nhân viên.

MHSF-III cũng có thể được phát trực tiếp cho bệnh nhân để họ tự điền, miễn là họ có kỹ năng đọc hiểu đầy đủ nội dung. Nếu có bất kỳ sự nghi vấn nào về khả năng đọc hiểu của một người nào đó thì yêu cầu bệnh nhân đọc những hướng dẫn trên MHSF-III và câu hỏi số một cho nhân viên giám sát quá trình này. Nếu bệnh nhân không thể đọc và/hay hiểu được những câu hỏi thì phải đọc và/hoặc giải thích cho họ.

Chúng tôi đề nghị nên tham khảo ý kiến của chuyên gia sức khỏe tâm thần có đủ năng lực chuyên môn về bất kỳ câu trả lời “có” nào cho các câu hỏi từ số 3 đến số 17. Chuyên gia sức khỏe tâm thần sẽ xác định liệu có cần một cuộc phỏng vấn tiếp sau đó và trực diện nữa hay không nhằm chẩn đoán và/hoặc khuyến nghị điều trị.

Mẫu Kiểm tra Sức khỏe Tâm thần-III

Chỉ dẫn: Trong chương trình này, chúng tôi giúp đỡ những người gặp mọi vấn đề, không chỉ là về vấn đề nghiện. Cam kết này bao gồm giúp đỡ những người có các vấn đề về cảm xúc. Nhân viên của chúng tôi sẵn sàng giúp đỡ các bạn xử

lý bất cứ vấn đề cảm xúc mà bạn có thể gặp phải, nhưng chúng tôi chỉ có thể làm được điều này nếu chúng tôi biết được những vấn đề đó là gì.

Bất kỳ thông tin nào mà bạn cung cấp cho chúng tôi trong mẫu này sẽ được giữ bí mật tuyệt đối. Thông tin sẽ không được công bố cho bất cứ cá nhân hoặc cơ quan bên ngoài nào nếu không có sự cho phép của bạn. Nếu bạn không biết trả lời những câu hỏi này như thế nào, hãy yêu cầu nhân viên đang cung cấp mẫu này cho bạn để được hướng dẫn.

Xin hãy lưu ý, mỗi mục sẽ đề cập đến toàn bộ quá trình cuộc sống của bạn, không chỉ tình trạng hiện tại, đây là lý do tại sao mỗi câu hỏi bắt đầu với – “Bạn đã bao giờ...”

1. Bạn đã bao giờ nói chuyện với bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học, bác sĩ chuyên khoa, người làm công tác xã hội hay chuyên gia tư vấn về vấn đề cảm xúc chưa? CÓ KHÔNG
2. Bạn đã bao giờ cảm thấy là mình cần giúp đỡ về vấn đề cảm xúc hay đã bao giờ có người nói với bạn là bạn nên nhờ sự giúp đỡ về vấn đề cảm xúc chưa? CÓ KHÔNG
3. Bạn đã bao giờ được tư vấn là nên uống thuốc do lo âu, chán nản, ảo giác hay do bất kỳ vấn đề nào khác về cảm xúc chưa? CÓ KHÔNG

4. Bạn đã bao giờ bị nhìn thấy ở phòng cấp cứu tâm thần hoặc được đưa vào bệnh viện vì những lý do tâm thần chưa? CÓ KHÔNG

5. Bạn đã bao giờ nghe thấy những tiếng nói mà không ai có thể nghe thấy được hay nhìn thấy những vật hay những thứ mà những người khác không thể nhìn thấy? CÓ KHÔNG

6.(a) Bạn đã bao giờ thấy chán nản trong nhiều tuần, mất sự hứng thú hay niềm vui thích trong hầu hết các hoạt động, lo lắng không thể tập trung và đưa ra quyết định hay có suy nghĩ tự sát? CÓ KHÔNG

(b) Bạn đã bao giờ cố tự sát chưa?
CÓ KHÔNG

7. Bạn đã bao giờ gặp ác mộng hay những hồi tưởng do liên can đến sự việc gây chấn thương/ khiếp sợ nào chưa? Ví dụ xung đột, ẩu đả trong nhóm, hỏa hoạn, bạo lực gia đình, hăm hiếp, loạn luân, tai nạn ô tô, bị bắn hoặc bị đâm.
CÓ KHÔNG

8. Bạn đã bao giờ trải qua bất kỳ sự khiếp sợ nào chưa? Ví dụ, độ cao, côn trùng, động vật, đồ dơ bẩn, tham gia các sự kiện xã hội, trong đám đông, ở một mình, ở những nơi mà khó có thể trốn thoát hay nhận được sự giúp đỡ? CÓ KHÔNG

9. Bạn đã bao giờ rơi vào tình thế bị thôi thúc hay ép buộc đánh nhau nhiều lần gây hại nghiêm trọng đến người khác hay dẫn đến sự phá hoại tài sản không? CÓ KHÔNG

10. Bạn đã bao giờ có cảm giác mọi người có điều gì đó chống lại bạn mà không nhất thiết họ phải nói ra hoặc ai đó hoặc một nhóm nào đó có thể đang cố gắng để tác động đến suy nghĩ và hành vi của bạn? CÓ KHÔNG

11. Bạn đã bao giờ trải qua bất kỳ vấn đề về cảm xúc nào liên quan đến hứng thú tình dục, hoạt động tình dục hay sự lựa chọn bạn tình của mình hay không? CÓ KHÔNG

12. Có thời điểm nào trong cuộc sống khi bạn dành nhiều thời gian để suy nghĩ, lo lắng về việc tăng cân, trở nên béo hay kiểm soát việc ăn của mình không? Ví dụ, ăn kiêng hay nhịn ăn liên tục, tập thể dục quá mức để bù cho việc ăn quá nhiều, thụt rửa ruột hay buộc bản thân mình phải nôn không? CÓ KHÔNG

13. Bạn đã bao giờ có thời điểm tràn đầy sinh lực, ý tưởng đến rất nhanh, nói gần như không ngừng, chuyển nhanh từ hoạt động này sang hoạt động khác, hầu như không cần ngủ và tin tưởng bạn có thể làm được hầu như mọi thứ không?
CÓ KHÔNG

14. Bạn đã bao giờ có những đợt hay lần khi đột nhiên bạn cảm thấy lo âu, sợ hãi, bứt rứt đến nỗi bạn bắt đầu vã mồ hôi, tim đập nhanh, toàn thân rung rẩy hay run lên, tiêu hóa rối loạn, chóng mặt hay loạn choạng như muốn ngất chưa?

CÓ KHÔNG

15. Bạn đã bao giờ có một ý nghĩ dai dẳng, kéo dài hay sự thôi thúc phải làm một điều gì đó nhiều lần khiến bạn lo lắng và gây cản trở công việc thường làm hằng ngày, công việc cơ quan hay mối quan hệ xã hội của bạn chưa? Chẳng hạn như đếm đi đếm lại những thứ bạn đã làm, rửa và rửa lại tay nhiều lần, cầu nguyện hay duy trì một thời gian biểu các hoạt động hàng ngày một cách cứng nhắc mà theo đó bạn không thể làm khác đi được. CÓ KHÔNG

16. Bạn đã bao giờ bị mất những khoản tiền lớn do đánh bạc hoặc có các vấn đề tại cơ quan, ở trường học, với gia đình và bạn bè vì đánh bạc? CÓ KHÔNG

17. Bạn đã bao giờ được thầy cô giáo, chuyên gia tư vấn hướng dẫn hay người khác nói cho biết là bạn có vấn đề đặc biệt về học tập? CÓ KHÔNG

Ghi tên của bệnh nhân:

Chương trình chỉ định cho bệnh nhân:

Tên của chuyên gia tư vấn tiếp nhận:

Ngày:

Ý kiến của người đánh giá:

Tổng số điểm: (mỗi câu trả lời có = 1 điểm)

Lưu ý: Tổng số câu trả lời “Có” không thể được dùng để biểu thị ít nhiều về bất kỳ “đặc điểm” hay

“khuôn khổ” nào. Thậm chí việc sử dụng “Tổng số điểm” cho mục đích nghiên cứu và đánh giá chương trình cần có sự hiểu biết kỹ lưỡng và sự chú ý đến thực tế là về mặt cơ bản mỗi mục tự bản thân nó là một câu hỏi/công cụ kiểm tra riêng biệt và độc lập.

Nguồn: Tiến sĩ J.F.X. Carroll và Tiến sĩ John J. McGinley; Công ty Project Return Foundation, 2000.

Tài liệu này có thể được sao hoặc chép lại toàn bộ không cần xin phép.

www.asapnys.org/Resources/mhscreen.pdf

Bước 4: Xác định tính nghiêm trọng của các triệu chứng. Xác định tính nghiêm trọng của các triệu chứng và thương tật, xem xét việc tham khảo Hệ thống Sử dụng Mức độ Chăm sóc của Hội Bác sỹ tâm thần Mỹ (LOCUS, xem bước 5 ngay sau đây hoặc truy cập

www.wpic.pitt.edu/aacp/finds/locus.html để có thêm thông tin) hay các thang đo phụ của Khung 3 trong Tiêu chí Sắp xếp Bệnh nhân của Hội Y khoa về Nghiện ma túy Hoa Kỳ (ASAM PPC-2R) (xem bước 5).

Một số bệnh nhân có thể thích hợp đối với một số chương trình sức khỏe tâm thần hoặc lợi ích khác. Các chuyên gia tư vấn có thể cần phải hiểu những quyết định này được đưa ra như thế nào tại nơi bệnh nhân cư trú.

Bước 5: Xác định mức độ chăm sóc

LOCUS có thể giúp xác định việc sắp đặt phù hợp về “mức độ chăm sóc” cho các cá nhân cần điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. LOCUS để sử dụng và bao gồm việc xem xét nhiều khuôn khổ đánh giá:

- Nguy cơ gây tổn hại (cho bản thân và những người khác)
- Chức năng (khả năng hoàn thành các trách nhiệm xã hội, tương tác với những người khác, v.v.)
- Mức độ nghiêm trọng (mức độ trầm trọng và/hoặc độ nguy kịch)

- Hỗ trợ phục hồi và căng thẳng (có các hệ thống hỗ trợ của gia đình, cộng đồng và xã hội)
- Thái độ và sự cam kết điều trị (lạc quan, tích cực hoặc phản kháng thay đổi)
- Tiền sử điều trị (những giai đoạn tỉnh táo trước đó v.v.)

ASAM PPC-2R cũng được dùng để xác định mức độ chăm sóc và sử dụng sáu Khung đánh giá:

Khung 1: Nhiễm độc Cấp tính và Khả năng Cai nghiện

Khung 2: Điều kiện Y sinh và biến chứng

Khung 3: Trạng thái Tình cảm, Hành vi hoặc Nhận thức và Biến chứng

Khung 4: Sẵn sàng Thay đổi

Khung 5: Tái nghiện, Sử dụng liên tục hay Vấn đề tiềm năng sẽ tiếp diễn

Khung 6: Môi trường sống/phục hồi

Khung 3 đặc biệt có ích trong việc đánh giá yêu cầu mức độ chăm sóc cho các cá nhân có BLTTĐD và bao gồm năm phạm vi rủi ro cần được xem xét:

- Khả năng tự sát
- Cản trở những nỗ lực cai nghiện
- Chức năng xã hội
- Khả năng tự chăm sóc
- Quá trình diễn biến của căn bệnh

Bước 6: Xác định chẩn đoán

Những tư vấn viên về nghiện muốn nâng cao năng lực xử lý BLTTĐD bị hồi thúc phải thông thạo với nguồn cơ bản được sử dụng để chẩn đoán những bệnh lý tâm thần, *Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê những Rối loạn Tâm thần, Ấn bản lần 4, Hiệu đính Văn bản* (DSM-IV-TR). Ngoài ra, cần xem xét những nguyên tắc sau đây:

- **Nguyên tắc 1:** Chẩn đoán được xác lập dựa vào bệnh sử nhiều hơn là vào biểu hiện triệu chứng hiện tại (áp dụng cho cả những rối loạn về sức khỏe tâm thần và sử dụng chất gây nghiện).
- **Nguyên tắc 2:** Lập thành tài liệu những chẩn đoán trước đó và thu thập thông tin liên quan đến những chẩn đoán hiện tại, mặc dù bạn có thể không được phép để thực hiện chẩn đoán tâm thần.
- **Nguyên tắc 3:** Đối với mục đích chẩn đoán, điều cần thiết là phải liên kết các triệu chứng sức khỏe tâm thần với những khoảng thời gian cụ thể trong bệnh sử của bệnh nhân đặc biệt là những thời điểm khi rối loạn do sử dụng chất gây nghiện tác động không có biểu hiện.

Bước 7: Xác định mức độ thương tật và sự suy giảm chức năng

Mức độ suy giảm hiện tại được xác định bằng cách đánh giá năng lực và thiếu hụt chức năng ở một trong những phạm vi sau đây:

- Liệu bệnh nhân có khả năng sống độc lập (về mặt kỹ năng sống độc lập, chứ không phải về mặt duy

trì sự kiêng khem)? Nếu không thì cần loại hỗ trợ nào?

- Liệu bệnh nhân có khả năng tự nuôi sống bản thân về phương diện tài chính? Nếu vậy thì thông qua phương tiện nào? Nếu không thì liệu bệnh nhân có bị tàn tật hay phụ thuộc vào người khác về tài chính không?
- Bệnh nhân có thể tham gia vào các mối quan hệ xã hội phù hợp không? Có những hỗ trợ xã hội tốt không? Nếu không thì điều gì cản trở khả năng này và bệnh nhân cần những hỗ trợ nào?
- Mức độ hiểu biết của bệnh nhân như thế nào? Có sự tiến triển hay mất khả năng học tập không? Có sự suy giảm về nhận thức hay trí nhớ gây cản trở cho việc học tập hay không? Bệnh nhân có bị hạn chế về khả năng đọc, viết hay hiểu không? Bệnh nhân có gặp khó khăn trong việc chú ý, tập trung và hoàn thành nhiệm vụ không?

Chỉ số Nghiêm trọng về Nghiện (ASI) và Đánh giá Nhu cầu Cá nhân Toàn cầu (GAIN) cung cấp một số thông tin về cấp độ rối loạn chức năng do sử dụng chất gây nghiện ở từng cá nhân. (ASI cũng có trong phiên bản mở rộng dành riêng cho phụ nữ [ASI-F]).

Nhân viên tư vấn nên tìm hiểu những khó khăn trước đây và hiện tại mà bệnh nhân gặp phải trong việc học tập hay sử dụng các kỹ năng phòng ngừa tái nghiện, tham gia vào các chương trình tự phục hồi hoặc

nhận thuốc điều trị hay tuân thủ các phác đồ điều trị. Theo cách đó, bác sĩ lâm sàng có thể hỏi về việc sử dụng phương tiện vận chuyển, lập ngân sách, tự chăm sóc và các kỹ năng khác.

Bước 8: Nhận biết các điểm mạnh và phương thức hỗ trợ

Việc đánh giá phải chú ý đến những điểm mạnh, kỹ năng và các phương thức hỗ trợ của bệnh nhân, tất cả đều có liên quan đến chức năng cuộc sống và khả năng quản lý rối loạn tâm thần hay rối loạn do sử dụng thuốc gây nghiện. Việc đánh giá này thường đưa ra một phương pháp tiếp cận tích cực đối với cam kết điều trị hơn là chỉ tập trung vào những điểm còn thiếu sót. Các câu hỏi có thể tập trung vào:

- Năng lực và mối quan tâm
- Các lĩnh vực quan tâm về văn hóa và giáo dục; kỹ năng hướng nghiệp, sở thích hay các khả năng cụ thể như các kỹ năng hướng nghiệp, kỹ năng xã hội hoặc khả năng tự sáng tạo.
- Các lĩnh vực liên đới mật thiết đến động lực làm thay đổi một hoặc cả hai rối loạn..
- Các mối quan hệ hỗ trợ hiện có, điều trị, đồng đẳng hoặc gia đình và đặc biệt là các mối quan hệ điều trị lồng ghép hiện tại.
- Sức khỏe tâm thần trước đây và những phương pháp cai nghiện thành công và khảo sát xem phương pháp nào thực sự có hiệu quả.
- Xác định những thành công hiện tại: Bệnh nhân đã làm gì gần đây đối với một trong hai loại rối loạn?

- Xây dựng các kế hoạch điều trị và can thiệp dựa vào việc sử dụng và tăng cường những điểm mạnh, và mở rộng hay hỗ trợ những gì có hiệu quả trước đây.

Đối với những cá nhân có thương tật về tâm thần và BLTTĐD, mô hình Sắp xếp và hỗ trợ phục hồi Cá nhân đã được chứng minh là thúc đẩy tốt hơn các kết quả hướng nghiệp và (do vậy) có kết quả điều trị về lạm dụng chất gây nghiện tốt hơn.

Theo hình thức này, những bệnh nhân tàn tật muốn làm việc vẫn có thể được sắp xếp trong các hoạt động công việc được giám sát dựa trên những điểm mạnh và sự ưu tiên, thậm chí khi chủ động sử dụng các chất gây nghiện và không nhất quán tuân thủ chế độ trị liệu dùng thuốc. Trong các hoạt động công việc không được giám sát, điều quan trọng cần phải lưu ý là rất nhiều nơi sử dụng lao động có các chính sách về môi trường làm việc không rượu và các chất gây nghiện.

Bước 9: Nhận biết những nhu cầu và hỗ trợ về văn hóa và ngôn ngữ

- Liệu bệnh nhân có phù hợp với văn hóa điều trị (lạm dụng chất gây nghiện hay sức khỏe tâm thần)? Liệu có các mâu thuẫn trong điều trị (ví dụ, bệnh nhân gắn với những phương pháp chữa bệnh theo văn hóa nhất định)?
- Liệu có những rào cản dịch vụ văn hóa và ngôn ngữ (ví dụ, bệnh nhân chỉ đọc và nói được tiếng địa phương hoặc không đọc được bất kỳ ngôn ngữ nào)?

Bước 10: Nhận biết các vấn đề khó khăn

Nhận biết các vấn đề khó khăn trong cuộc sống của bệnh nhân (ví dụ, y tế, pháp luật, nghề nghiệp, gia đình, xã hội). ASI rất có ích trong việc phát hiện ra những vấn đề này (xem phụ lục G của TIP 42). Làm sáng tỏ cách thức mà cả sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng thuốc gây nghiện tương tác với những khó khăn này, và sử dụng sự hiểu biết này để xác định làm thế nào bệnh nhân có thể tham gia vào điều trị tốt hơn.

Thu thập thông tin có liên quan đến bệnh nhân như gia đình, xã hội và các mạng lưới cung cấp, và khi thích hợp thì những vấn đề bảo mật việc giao tiếp, liên lạc vẫn có thể diễn ra.

Bước 11: Xác định giai đoạn thay đổi

Các bản câu hỏi như SOCRATES và URICA (cả hai đều được sao lại trong phụ lục B của TIP 35, *Tăng cường thúc đẩy sự thay đổi trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện*, trang 220-229) có thể tạo điều kiện thuận lợi cho bước đánh giá giai đoạn thay đổi, hoặc nó có thể quyết định về mặt lâm sàng bằng cách phỏng vấn bệnh nhân và đánh giá câu trả lời của họ về các giai đoạn thay đổi:

- Không có vấn đề và/hoặc không quan tâm đến sự thay đổi (Suy tính trước)
- Có thể có vấn đề; có thể cân nhắc thay đổi (Suy tính)

- Chắc chắn có vấn đề; sẵn sàng thay đổi (Chuẩn bị)
- Chủ động tiến hành thay đổi, thậm chí nếu chậm (Hành động)
- Đạt được sự ổn định và đang cố gắng duy trì (Duy trì)

Bước 12: Lập kế hoạch điều trị

Trong môi trường điều trị lồng ghép, bác sĩ lâm sàng đưa ra các can thiệp đối với những rối loạn về sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Trong môi trường điều trị tách biệt, bác sĩ lâm sàng phải xây dựng các mối quan hệ với các cán bộ cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần để điều phối việc lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

Lên kế hoạch điều trị lồng ghép bao gồm việc giúp bệnh nhân đưa ra những chọn lựa tốt nhất có thể về phương pháp điều trị cho mỗi loại rối loạn và tuân thủ phương pháp điều trị đó một cách nhất quán. Đồng thời, nhân viên tư vấn cần giúp bệnh nhân điều chỉnh những chiến lược điều trị đã được khuyến nghị tương ứng với mỗi loại rối loạn khi cần thiết để xem xét các vấn đề liên quan đến một loại rối loạn khác.

Để biết thêm thông tin về các vấn đề đánh giá, xem chương 4 của TIP 42.

PHƯƠNG PHÁP LÀM VIỆC VỚI NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ BLTTĐD

Tăng cường động cơ thúc đẩy, tạo động lực trên cơ sở phù hợp với từng giai đoạn thay đổi của bệnh nhân.

Tuân theo những nguyên tắc hướng dẫn về phòng vấn động cơ thúc đẩy: (1) bày tỏ sự đồng cảm; (2) xây dựng sự khác biệt; (3) tăng sức chịu đựng; (4) hỗ trợ khả năng tự chủ của bản thân

- Đáp lại bất kỳ biểu hiện mong muốn thay đổi nào của bệnh nhân với thái độ quan tâm và khuyến khích bệnh nhân bộc lộ nó bằng lời nói.
- Khảo sát chi phí và lợi ích mất đi do sử dụng chất gây nghiện của khách hàng như một chiến thuật để hướng họ tới sự thay đổi
- Áp dụng các chiến lược thúc đẩy sao cho phù hợp với giai đoạn thay đổi của bệnh nhân.

Thiết kế các kỹ thuật quản lý để xử lý các hành vi mục tiêu cụ thể.

- Cung cấp các đồ ăn nhẹ theo các nhóm và tại các hoạt động xã hội.
- Giám sát các mẫu xét nghiệm nước tiểu
- Kiểm tra việc tuân thủ điều trị
- Thường cho bệnh nhân đạt được các mục tiêu cụ thể trong kế hoạch điều trị của họ.
- Tăng cường có những ngôn từ và hành vi thân thiện

Sử dụng các phương pháp trị liệu Nhận thức-Hành vi.

- Sử dụng các dụng cụ trực quan, bao gồm hình minh họa và xây dựng khung khái niệm (thể hiện bằng hình ảnh các khái niệm làm cho hình mẫu trở nên rõ ràng).
- Thực hành chuẩn bị đóng vai và diễn tập cho những tình huống bất ngờ.
- Cung cấp những phản hồi về việc áp dụng các quy tắc và kỹ thuật.
- Sử dụng đề cương cho tất cả buổi trao đổi trong đó liệt kê các mục tiêu học tập gắn với hành vi cụ thể.
- Kiểm tra việc tiếp thu kiến thức
- Tận dụng các phương tiện trợ giúp tăng cường trí nhớ, bao gồm cả ghi chép và băng ghi âm.

Sử dụng các phương pháp phòng ngừa tái nghiện.

- Cung cấp kiến thức phòng ngừa tái nghiện về những rối loạn tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện và các mối liên quan giữa chúng.
- Cung cấp các kỹ năng nhằm tăng cường tuân thủ điều trị và giúp bệnh nhân xử lý được áp lực từ những người khác gây gián đoạn quá trình dùng thuốc điều trị hướng thần
- Khuyến khích tham gia nhóm phục hồi và dạy các kỹ năng xã hội cần thiết để giúp họ tham gia.
- Sử dụng bảng kiểm tra hàng ngày để theo dõi các triệu chứng và những thay đổi của các triệu chứng.

- Nếu tái nghiện xảy ra, hãy sử dụng nó như một kinh nghiệm học tập nhằm điều tra nguyên nhân ở bệnh nhân. Coi việc tái nghiện là cơ hội để hiểu về bản thân và là một bước hướng tới thành công cuối cùng.

Sử dụng hình thức lặp lại và xây dựng kỹ năng để xử lý những thiếu hụt về chức năng.

- Cần cụ thể trong các ý tưởng giao tiếp, sử dụng những khái niệm đơn giản, thảo luận ngắn và lặp lại những khái niệm cơ bản một vài lần.
- Trình bày thông tin bằng nhiều hình thức khác nhau (lời nói, hình ảnh hoặc gây xúc động thông qua những câu chuyện, âm nhạc và các hoạt động chia sẻ nghiệm).
- Thực hành đóng vai trong các tình huống thực tế.

Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân tham gia vào các nhóm tự giúp nhau.

- Giúp bệnh nhân chọn được nhóm phù hợp.
- Giúp bệnh nhân tìm người bảo trợ, sẽ lý tưởng khi người bảo trợ cũng có BLTTĐD và đang ở giai đoạn phục hồi cuối cùng.
- Giúp bệnh nhân chuẩn bị tham gia vào nhóm một cách phù hợp.
- Giúp bệnh nhân vượt qua các rào cản khi tham gia nhóm.
- Sau khi bệnh nhân tham gia nhóm, hãy nói chuyện với bệnh nhân xem họ cảm thấy như thế nào và

việc gặp gỡ diễn ra ra sao; sau đó thảo luận với bệnh nhân bất kỳ ý nghĩ, cảm giác hay những trở ngại nào đối với việc tham gia.

Để biết thêm thông tin, xem chương 5 của TIP 42.

NHÓM BỆNH NHÂN

Nhận thức về BLTTĐD trong các nhóm bệnh nhân cụ thể và mối quan ngại về họ ngày càng tăng. TIP 42 tập trung vào ba trong số các nhóm này là: phụ nữ, những người vô gia cư và tù nhân.

Nhóm phụ nữ có BLTTĐD

- Xác định và củng cố điểm mạnh của từng phụ nữ trong nhóm.
- Tránh các phương pháp tiếp cận đối đầu.
- Truyền đạt các chiến lược ứng phó dựa trên những kinh nghiệm của từng người cụ thể, thông qua việc tìm hiểu kinh nghiệm của bản thân từng người cũng như những đánh giá của chính họ về những trải nghiệm đã qua.
- Bố trí những nhu cầu hàng ngày như việc chăm sóc trẻ và đi lại.
- Trong nhóm có một phụ nữ khỏe mạnh.
- Thúc đẩy mối quan hệ giữa các phụ nữ trong chương trình.
- Cung cấp những chương trình nhằm giúp phụ nữ giảm căng thẳng liên quan đến việc làm cha mẹ và hướng dẫn họ kỹ năng làm cha mẹ.

- Xây dựng chương trình cho cả phụ nữ và trẻ em.
- Cung cấp các can thiệp tập trung vào nhóm bị tổn thương và lạm dụng.
- Khuyến khích việc đoàn tụ gia đình và xây dựng các mối quan hệ tích cực với gia đình, họ hàng thân thiết.
- Xây dựng các mạng lưới hỗ trợ y tế có chia sẻ mục tiêu gia đình.
- Cung cấp các hỗ trợ tình cảm và hoạt động dự phòng cho trẻ em.

Thời kỳ mang thai và bệnh lý tâm thần đồng diễn

Thời kỳ mang thai có thể làm trầm trọng hoặc làm giảm những triệu chứng bệnh tâm thần đồng diễn. Phụ nữ có bệnh lý tâm thần đồng diễn đôi khi không tiến hành thăm khám trong thai kỳ, họ gặp khó khăn trong việc tuân theo chỉ dẫn của nhân viên y tế và không thể lập kế hoạch cho con của mình hoặc chăm sóc chúng sau khi sinh. Rất nhiều phụ nữ mang thai có bệnh lý tâm thần đồng diễn không tin tưởng những người cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, mặc dù họ lại là người cần nhiều dịch vụ y tế này.

Các vấn đề về bệnh lý tâm thần đồng diễn cần giải quyết

- Lập kế hoạch điều trị cẩn thận cho phụ nữ có các vấn đề về sức khỏe tâm thần trong thời kỳ mang thai bao gồm việc lập kế hoạch sinh con và chăm sóc trẻ sơ sinh.

- Thực hiện duy trì ổn định về sức khỏe và tâm lý cho bệnh nhân trong thời kỳ mang thai và phối hợp với những nhân viên y tế khác để đảm bảo việc phối hợp điều trị.
- Khi phụ nữ làm mẹ, điều này thường làm tái phát lại những chấn thương thời kỳ thơ ấu của chính bản thân họ. Do vậy, cần giữ cân bằng giữa sự phát triển với việc chữa trị bằng kỹ năng ứng phó và sự an toàn.
- Tập trung vào sự quan tâm và mong muốn trở thành một người mẹ tốt của phụ nữ.
- Lưu ý đối với những vấn đề như tội lỗi, sự xấu hổ, từ chối và phản kháng để có thể xử lý những vấn đề này vì phụ nữ trong thời kỳ hồi phục cũng nhận thức hơn những kỹ năng làm mẹ hiệu quả của mình.
- Cho phép đánh giá mọi lúc đối với phụ nữ bị BLTTĐD. Nên tiến hành đánh giá lại nhiều lần vì các bà mẹ đều có tiến triển thông qua điều trị.
- Nhận biết các dấu hiệu và triệu chứng suy nhược sau khi sinh.

Những cân nhắc về dược lý

- Trước khi kê bất kỳ loại thuốc nào cho phụ nữ đang mang thai, cần phải đảm bảo là họ hiểu được những rủi ro và lợi ích của việc uống những loại thuốc này và ký vào mẫu giấy đồng ý hợp tác.
- Những loại thuốc tâm thần nhất định có thể có liên quan đến khuyết tật thai nhi, đặc biệt là trong ba tháng đầu của thời kỳ mang thai và điều quan trọng là phải cân nhắc rủi ro/lợi ích tiềm năng. Trong hầu

hết các trường hợp thì có thể tìm được các loại thuốc an toàn và phù hợp; tuy nhiên, việc này cần phải có sự tư vấn của chuyên gia và cân nhắc của bác sĩ và dược sĩ có kinh nghiệm làm việc với phụ nữ mang thai có các rối loạn về tâm thần.

- Vì phụ nữ mang thai thường được điều trị từ giai đoạn thứ hai đến thứ ba của thai kỳ và việc sử dụng nhiều loại thuốc là quy chuẩn hơn là ngoại lệ nên điều quan trọng nhất là phải kiểm tra những phụ nữ này xem họ có phụ thuộc vào các chất gây nghiện có thể đe dọa cuộc sống bản thân như: rượu, nhóm hợp chất có tác động dược lý dùng làm thuốc an thần.

Để biết thêm thông tin về những cân nhắc dược lý đối với phụ nữ mang thai, xem phụ lục F của TIP 42.

Nhóm bệnh nhân vô gia cư có BLTTĐD

- Giải quyết nhu cầu nhà ở.
- Hướng dẫn bệnh nhân các kỹ năng duy trì nơi ở.
- Phối hợp chặt chẽ với các nhân viên phụ trách về nhà ở và nhân viên xã hội khác để cung cấp chỗ ở cho những người vô gia cư.
- Giải quyết các vấn đề thực tế (ví dụ, các vấn đề về pháp luật và hình sự đang chờ xử lý, Bảo hiểm xã hội bổ sung, đơn yêu cầu quyền lợi, các vấn đề liên quan đến trẻ em, nhu cầu chăm sóc sức khỏe,v.v).

Nhóm tù nhân có BLTTĐD

- Công nhận những nhu cầu dịch vụ đặc biệt.
- Tích cực ủng hộ những tiến bộ và thành công nhỏ.
- Làm rõ những mong đợi về phản hồi giám sát.
- Phản ứng linh hoạt đối với các trường hợp vi phạm.
- Có các hướng dẫn cụ thể.
- Thiết kế các hoạt động có sự gắn kết cao.
- Theo dõi liên tục các triệu chứng.

Để biết thêm thông tin về số bệnh nhân cụ thể, xem chương 7 của TIP 42.

TỔNG QUAN VỀ NHỮNG RỐI LOẠN TÂM THẦN ĐẶC TRƯNG

Mục này cung cấp tổng quan tóm tắt về phương pháp làm việc với những bệnh nhân có các rối loạn tâm thần thường thấy nhất trong số các bệnh nhân điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Để biết thông tin chi tiết về những rối loạn tâm thần thường thấy nhất này và các rối loạn tâm thần khác, hãy xem chương 8 và phụ lục D của TIP 42.

Mỗi rối loạn đều được định nghĩa một cách ngắn gọn kèm theo là các khuyến nghị điều trị. Một khuyến nghị cần được thực hiện xuyên suốt là để giám sát

chặt chẽ các nhu cầu về thuốc của bệnh nhân. Bác sĩ lâm sàng có thể thực hiện điều này bằng cách

- Chuyển bệnh nhân đến bác sĩ trị liệu tâm thần hoặc bác sĩ khác để quyết định về nhu cầu và liều lượng thuốc có tác động đến tâm thần.
- Giúp bệnh nhân hiểu biết đầy đủ về các loại thuốc thông thường có tác động đến tâm thần và những tác dụng phụ của chúng (xem phụ lục F của TIP 42).
- Chỉ cho bệnh nhân thấy được tầm quan trọng và vai trò của thuốc trong quá trình phục hồi.
- Giám sát và báo cáo các triệu chứng và hành vi cho bác sĩ trị liệu tâm thần kê đơn. Điều này sẽ giúp xác định nhu cầu về thuốc và điều chỉnh các loại thuốc khi cần.
- Khuyến khích việc tuân thủ điều trị và giúp bệnh nhân theo dõi việc sử dụng thuốc.
- Sử dụng các đồng đẳng hoặc nhóm đồng đẳng để giúp giám sát việc sử dụng thuốc và hỗ trợ bệnh nhân sử dụng đúng thuốc.

Khả năng tự tử

Khả năng tự tử là thước đo hay sự đánh giá về khả năng có thể tự tử của một người. Bản thân việc tự tử không phải là một rối loạn về tâm thần mà là một hành vi có nguy cơ cao liên quan đến BLTTĐD, đặc biệt (mặc dù không giới hạn đối với) những rối loạn nghiêm trọng về tâm trạng.

Điều cần biết:

- Lạm dụng rượu và các loại thuốc khác là một yếu tố nguy cơ chính trong dẫn đến tự tử.
- Lạm dụng rượu liên quan đến 25% đến 50% số vụ tự tử. Khoảng 5% đến 27% tổng số người chết vì tự tử là do lạm dụng rượu và nguy cơ tự tử trong suốt cuộc đời với những người lạm dụng rượu ước tính là 15%.
- Có mối liên hệ chặt chẽ giữa lạm dụng chất gây nghiện và tự tử trong giới trẻ.
- Chứng nghiện rượu và trầm cảm nghiêm trọng làm tăng nguy cơ tự tử.
- Mối liên hệ giữa việc sử dụng rượu và tự tử có thể liên quan đến khả năng loại bỏ những ức chế của rượu, dẫn đến khả năng phán đoán kém, tâm trạng không ổn định và tính bốc đồng.
- Nhiễm độc chất gây nghiện liên quan đến bạo lực gia tăng đối với người khác và chính bản thân.

Điều cần làm:

- Xem xét tất cả những lời đe dọa tự tử một cách nghiêm túc.
- Đánh giá nguy cơ tự gây hại cho bản thân và gây hại cho những người khác.
- Xây dựng quy trình quản lý nguy cơ và an toàn với bệnh nhân.
- Trực 24 giờ trong ngày cho đến khi chuyển tuyến được người bệnh tâm thần. Chuyển những bệnh nhân có nguy cơ cao để có can thiệp về tâm thần.

- Theo dõi và xây dựng các chiến lược nhằm đảm bảo việc tuân thủ điều trị.
- Xây dựng các kế hoạch phục hồi dài hạn để điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Rối loạn nhân cách

Hai rối loạn nhân cách được thảo luận ở TIP 42: rối loạn nhân cách ranh giới và rối loạn nhân cách chống xã hội.

Rối loạn nhân cách ranh giới

Đặc điểm cơ bản của rối loạn nhân cách ranh giới là hình thức bất ổn sâu xa trong mối quan hệ giữa các cá nhân, sự tự nhận thức về chính bản thân và tình cảm cùng với tính bốc đồng rõ nét bắt đầu từ lúc mới trưởng thành và hiện diện trong nhiều tình huống khác nhau.

Điều cần biết:

- Ở giai đoạn đầu của cơn bệnh, bệnh nhân mắc chứng rối loạn này có thể uống chút rượu hoặc một loại thuốc khác để cố gắng chế ngự cảm giác căng thẳng hoặc việc mất kiểm soát đang dần tăng lên.
- Người bị rối loạn nhân cách ranh giới có thể sử dụng cùng loại thuốc lựa chọn, tuyến quản lý, tần suất như các bệnh nhân mà họ đang tiếp xúc.
- Người bị rối loạn nhân cách ranh giới có thể sử dụng các chất gây nghiện bằng nhiều cách và trong nhiều môi trường khác nhau theo những hình thức riêng và không dự đoán trước.

- Sử dụng nhiều loại ma túy là bình thường (ví dụ, sử dụng rượu và các loại thuốc ngủ-an thần khác thay thế thuốc).
- Các bệnh nhân bị rối loạn nhân cách ranh giới thường rất giỏi trong việc tìm nhiều nguồn thuốc ưa thích như nhóm hợp chất có tác động dược lý dùng làm thuốc an thần.

Điều cần làm:

- Dự đoán trước sự tiến triển của bệnh nhân có thể sẽ chậm và không đều.
- Đánh giá nguy cơ tự gây hại cho bản thân bằng cách hỏi điều gì xảy ra, tại sao nó là vấn đề, liệu bệnh nhân có kế hoạch tự tử rõ ràng không, những lần cố tự tử trước đó, cảm giác hiện tại và những yếu tố bảo vệ (xem thảo luận về khả năng tự tử ở phụ lục D của TIP 42 để tìm hiểu về phác đồ đánh giá rủi ro).
- Duy trì mối quan hệ chuyên môn tích cực nhưng trung lập, tránh liên quan quá sâu, và giám sát quá trình tư vấn thường xuyên qua các giám sát viên và đồng nghiệp.
- Đặt ra những giới hạn và kỳ vọng rõ ràng về vai trò và hành vi.
- Khi phù hợp, giúp bệnh nhân phát triển kỹ năng quản lý/ứng phó những ký ức và tình cảm có tác động tiêu cực (ví dụ hít thở sâu, ngồi thiền, sắp xếp lại về nhận thức), hoặc chỉ dẫn bệnh nhân để có những sự trợ giúp đó.

Rối loạn nhân cách chống xã hội

Hai đặc điểm cơ bản của rối loạn nhân cách chống xã hội là: (1) không quan tâm hoặc xâm phạm quyền của người khác; và (2) không thể thiết lập các mối quan hệ giữa các cá nhân. Sự lừa dối và lôi kéo bằng manh khéo là những biểu hiện quan trọng của rối loạn nhân cách chống xã hội.

Điều cần biết:

- Lạm dụng chất gây nghiện và rối loạn nhân cách chống xã hội diễn ra khá phổ biến.
- Hầu hết mọi người được chẩn đoán là bị rối loạn nhân cách chống xã hội không phải là những người có thần kinh không ổn định thực sự – nghĩa là, những người lợi dụng người khác sử dụng manh khéo lôi kéo, hăm dọa và bạo lực để kiểm soát người khác và để thỏa mãn nhu cầu của họ.
- Nhiều người bị rối loạn nhân cách chống xã hội sử dụng các chất gây nghiện theo hình thức sử dụng nhiều loại ma túy bao gồm rượu, cần sa, heroin, co-ca-in và methamphetamine (chất gây nghiện tổng hợp)
- Những người bị rối loạn nhân cách chống xã hội có thể bị kích động bởi văn hóa sử dụng ma túy trái phép và có thể rất tự hào về khả năng phát triển dù đối diện với những nguy hiểm của văn hóa đó. Họ thường xuyên gặp rắc rối với pháp luật. Một số người có thể giới hạn ở các hành vi lợi dụng hoặc lôi kéo mà không khiến họ có thể bị làm hại trong thời gian ngồi tù.

Điều cần làm:

- Đương đầu với sự gian dối và hành vi chống xã hội một cách trực tiếp và chú trọng đến kinh nghiệm học tập trước mắt giúp đưa lại những phản hồi đúng.
- Buộc bệnh nhân phải có trách nhiệm về hành vi và hậu quả do mình gây ra.
- Sử dụng nhóm đồng đẳng để ứng phó và khuyến khích thay đổi hành vi.
- Đánh giá và điều chỉnh những suy nghĩ có tính chất phạm tội và chống xã hội.
- Khuyến khích sự thay đổi giá trị cá nhân lâu dài và thành lập các nhóm đồng đẳng mới làm giải pháp cho phục hồi.

Rối loạn tâm trạng và Rối loạn lo âu

Rối loạn tâm trạng bao gồm rối loạn do trầm cảm, rối loạn lưỡng cực, và hai loại rối loạn dựa trên nghiên cứu nguyên nhân bệnh – rối loạn tâm trạng do tình trạng sức khỏe chung và rối loạn tâm trạng do dùng chất gây nghiện.

Đặc điểm cơ bản của rối loạn lo âu là sự lo âu và lo lắng thái quá kèm theo mệt mỏi, tình tình dễ bị kích thích, căng cơ, giấc ngủ bị xáo trộn và/hoặc khó tập trung. Bệnh nhân bị rối loạn lo âu thấy khó có thể kiểm soát sự lo lắng.

Mặc dù rối loạn tâm trạng khác với rối loạn lo âu, nhưng có nhiều đặc điểm tương tự giữa hai loại rối loạn về khía cạnh những điều cần biết và những điều cần làm khi tư vấn cho bệnh nhân bị những rối loạn này.

Điều cần biết:

- Đối với những phụ nữ bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thì có thể thường thấy các rối loạn tâm trạng.
- Phụ nữ thường bị trầm cảm về mặt lâm sàng nhiều hơn so với đàn ông.
- Những nhóm người nhất định có nguy cơ về rối loạn tâm trạng và lo âu như bệnh nhân bị HIV, bệnh nhân dùng thuốc ngủ gây mê và người già.
- Người già có thể là nhóm có nguy cơ cao nhất về các vấn đề rối loạn do sử dụng thuốc gây nghiện và rối loạn tâm trạng kết hợp.

Điều cần làm:

- Phân biệt những điều sau đây: rối loạn tâm trạng và rối loạn lo âu; những biểu lộ thông thường của lo âu và trầm cảm; và lo âu và trầm cảm có liên quan đến bệnh tâm thần nghiêm trọng hơn, tình trạng sức khỏe và tác dụng phụ của thuốc, và những thay đổi do chất gây nghiện gây ra.
- Giữ thái độ điềm tĩnh và đảm bảo có mặt để trấn an.
- Mở đầu buổi nói chuyện/tư vấn với các chủ đề mang tính xã hội chung và không kích động. Chỉ nên đề cập tới vấn đề lo âu khi bệnh nhân trở nên thoải mái nói chuyện về vấn đề này.
- Theo dõi các triệu chứng và có phản ứng ngay đối với bất kỳ triệu chứng nào có dấu hiệu gia tăng
- Hiểu những nhạy cảm đặc biệt của các bệnh nhân bị ám ảnh sợ những tình huống xã hội.

- Giới thiệu và truyền đạt dần những kỹ năng tham gia vào các nhóm đồng đẳng.
- Kết hợp tư vấn về nghiện với điều trị sức khỏe tâm thần và thuốc.

Các bệnh nhân bị tâm thần phân liệt và các rối loạn tâm thần khác có những triệu chứng cấp tính về tâm thần phân liệt thường thấy ở trong môi trường sức khỏe tâm thần trong khi các bệnh nhân trong môi trường lạm dụng chất gây nghiện thì hầu như luôn ở giai đoạn tâm thần phân liệt “còn lại”. Giai đoạn còn lại thường có đặc điểm là ảo giác, nói vô tổ chức và rối loạn hành vi do căng trương lực hay vô tổ chức một cách nghiêm trọng.

Điều cần biết:

- Có bằng chứng về việc sử dụng rượu và thuốc gây nghiện ngày càng tăng đối với những người bị tâm thần phân liệt (từ 14% đến 22% những năm 1960 và 1970 cho đến từ 25 % đến 50% những năm 1990) .
- Không có hình thức chọn thuốc rõ ràng đối với những bệnh nhân bị tâm thần phân liệt. Thay vì vậy, có lẽ bất cứ chất gây nghiện nào sẵn có hoặc đang thịnh hành sẽ là chất gây nghiện thường được sử dụng nhiều nhất.
- Những gì có vẻ là sự chống cự hay phủ nhận thì trên thực tế có thể là sự biểu lộ các triệu chứng tiêu cực của tâm thần phân liệt.

- Để hiểu chính xác vai trò của các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện trong căn bệnh của bệnh nhân thì cần phải có đánh giá theo chiều dọc, nhiều liên hệ.
- Bệnh nhân bị BLTTĐD liên quan đến chứng loạn thần có nguy cơ cao đối với những hành vi bạo lực và hủy hoại bản thân, tình trạng vô gia cư, không ổn định về nhà ở, bị ngược đãi, dinh dưỡng nghèo nàn và thiếu nguồn lực tài chính.
- Cả rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và rối loạn tâm thần có xu hướng trở thành những rối loạn mãn tính với nhiều lần tái phát và thuyên giảm, các rối loạn này cần được điều trị lâu dài.

Điều cần làm:

- Có sự hiểu biết đầy đủ về những dấu hiệu và triệu chứng của các chứng rối loạn.
- Phối hợp chặt chẽ với bác sĩ tâm thần và các chuyên gia về sức khỏe tâm thần.
- Phòng trước các cơn bệnh liên quan đến rối loạn và có sẵn các nguồn lực để tạo điều kiện thuận lợi cho việc ổn định (nghĩa là, can thiệp cơn bệnh, hội chẩn về bệnh tâm thần).
- Giúp bệnh nhân được hưởng các quyền lợi và dịch vụ xã hội khác.
- Giám sát sử dụng thuốc và thúc đẩy việc tuân thủ điều trị.
- Bố trí nghỉ giải lao thường xuyên và rút ngắn các buổi làm việc hoặc gặp gỡ
- Sử dụng cơ cấu và hỗ trợ.

- Trình bày tài liệu bằng các thuật ngữ đơn giản và cụ thể có ví dụ minh họa và sử dụng các phương pháp đa phương tiện.
- Khuyến khích sự tham gia vào các câu lạc bộ xã hội với các hoạt động giải trí.
- Dạy bệnh nhân các kỹ năng phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát đối với cả bệnh tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện.
- Thu hút gia đình tham gia vào các nhóm giáo dục tâm lý chuyên tập trung vào giáo dục về những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và chứng loạn thần; thành lập các nhóm hỗ trợ gia đình và những nhóm quan trọng khác.
- Giúp bệnh nhân có được chỗ ở và các dịch vụ nghề nghiệp cần thiết.
- Theo dõi bệnh nhân về việc tái nghiện và xuất hiện trở lại các triệu chứng tâm thần.

Thiếu tập trung/Rối loạn tăng động (AD/HD)

Đặc điểm cơ bản của AD/HD là hình thức mất tập trung liên tục và/hoặc tăng động- tính bốc đồng được biểu lộ thường xuyên hơn và nghiêm trọng hơn những gì thường thấy ở những cá nhân có mức độ tiến triển có thể so sánh được.

Điều cần biết:

- Những nghiên cứu gần đây về điều trị lạm dụng chất gây nghiện ở người trưởng thành đã phát hiện AD/HD trong khoảng từ 5% đến 25%

- Khoảng 1/3 số người trưởng thành bị AD/HD có tiền sử lạm dụng hoặc nghiện rượu và khoảng 1/5 số người có tiền sử lạm dụng hoặc nghiện ma túy.
- Người trưởng thành bị AD/HD chủ yếu được phát hiện là do sử dụng rượu. Cần sa là loại thuốc bị lạm dụng phổ biến thứ hai.
- Tiền sử của một bệnh nhân điển hình bất kỳ mắc chứng AD/HD điều trị lạm dụng chất gây nghiện có thể cho thấy người đó những vấn đề ngay từ khi họ còn ngồi trên ghế nhà trường trước khi họ bắt đầu lạm dụng chất gây nghiện.
- Bệnh nhân có thể tự dùng thuốc điều trị AD/HD để bào chữa cho việc lạm dụng thuốc của mình.
- Những vấn đề liên quan đến khả năng tập trung phổ biến nhất ở nhóm bệnh nhân điều trị lạm dụng chất gây nghiện là thứ yếu so với các tác dụng độc hại ngắn hạn của những chất gây nghiện và những tác dụng độc hại này sẽ được loại trừ đáng kể với việc mỗi tháng không sử dụng rượu.
- Sự xuất hiện của AD/HD gây phức tạp cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện vì bệnh nhân có thể sẽ gặp khó khăn hơn trong quá trình điều trị và khi học các kỹ năng kiên trì, họ có thể sẽ gặp rủi ro tái nghiện cao hơn và kết quả điều trị sử dụng chất gây nghiện sẽ kém hơn.

Điều cần làm:

- Làm rõ nhiều lần cho bệnh nhân về những yếu tố trong câu hỏi mà họ đã trả lời và những gì còn phải giải quyết.

- Loại bỏ các tác nhân kích thích gây sao nhãng (ví dụ, tiếng ồn, những đồ vật trên mặt bàn) từ môi trường.
- Sử dụng dụng cụ trực quan để truyền tải thông tin.
- Giảm độ dài các cuộc họp, gặp gỡ và những trao đổi bằng lời nói.
- Khuyến khích bệnh nhân sử dụng các công cụ để tổ chức các sự kiện và thông tin quan trọng.
- Tham khảo ý kiến bệnh nhân để đánh giá nhu cầu về thuốc.
- Tập trung vào việc tăng cường kiến thức của bệnh nhân về AD/HD và lạm dụng chất gây nghiện.
- Kiểm tra bệnh nhân xem có bất kỳ sự hiểu sai nào về bệnh sử của AD/HD và những khó khăn về lạm dụng chất gây nghiện

Chứng Rối loạn Căng thẳng Sau chấn thương (RLCTSCT)

Đặc điểm cơ bản của RLCTSCT là sự phát triển các triệu chứng đặc trưng sau khi tiếp xúc với một tác nhân gây căng thẳng do chấn thương.

Trong DSM-IV-TR, RLCTSCT được phân loại là một kiểu rối loạn lo âu, nhưng được đề cập riêng biệt trong TIP 42 do mối liên quan đặc biệt của nó đối với chứng lạm dụng chất gây nghiện và ngày càng có nhiều tài liệu và phương pháp điều trị RLCTSCT.

Điều cần biết:

- Tỷ lệ bị mắc RLCTSC trong số những người mắc các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện là từ 12% đến 14%. Đối với phụ nữ mắc các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thì tỷ lệ là từ 30% đến 59%.
- Từ 55% đến 99% số phụ nữ gặp những vấn đề về lạm dụng chất gây nghiện cho biết là họ có tiền sử đã từng bị lạm dụng thân thể và/hoặc tình dục.
- Hầu hết phụ nữ bị BLTTĐD này đã phải trải qua tuổi thơ bị lạm dụng thân thể và/hoặc tình dục; đàn ông bị cả hai loại rối loạn thường là nạn nhân của tội ác hay bị chấn thương trong chiến tranh.
- Những người bị đồng thời RLCTSC và lạm dụng chất gây nghiện có thể phải trải qua nhiều chấn thương hơn những người chỉ lạm dụng chất gây nghiện.
- Chấn thương nhiều lần là hiện tượng thường thấy trong bạo lực gia đình, lạm dụng trẻ em và một số lối sống có sử dụng chất gây nghiện (ví dụ, buôn bán ma túy).
- Trong khi đang bị ảnh hưởng của các chất gây nghiện, một người có thể dễ bị chấn thương hơn - ví dụ, một người phụ nữ đang uống rượu tại quầy bán rượu có thể về nhà cùng với một người lạ và bị hành hung.
- Giúp bệnh nhân không bị những chấn thương trong tương lai có thể là một phần công việc quan trọng trong điều trị.

- Những người bị RLCTSC có xu hướng lạm dụng các chất gây nghiện nghiêm trọng nhất (côcain, thuốc gây nghiện opioid); tuy nhiên, lạm dụng thuốc được kê đơn, cần sa và rượu cũng rất phổ biến.
- Là chuyên gia tư vấn, điều quan trọng là phải giúp bệnh nhân hiểu rằng việc kiêng không sử dụng các chất gây nghiện không giải quyết được RLCTSC; cả hai loại rối loạn phải được xử lý bằng điều trị.

Điều cần làm:

- Bắt đầu một cách chậm rãi đối với bệnh nhân được chẩn đoán mắc hoặc đã có các triệu chứng RLCTSC. Xem xét ảnh hưởng của tiền sử chấn thương đối với trạng thái tinh cảm hiện tại của bệnh nhân, ví dụ như mức độ sợ hãi tăng lên.
- Xây dựng kế hoạch tăng cường sự an toàn.
- Tạo dựng sự tin cậy thực sự và cả sự tin cậy để quan sát, nhận biết.
- Chú ý đến hành vi thậm chí còn nhiều hơn lời nói.
- Giới hạn đặt câu hỏi về chi tiết của chấn thương.
- Thừa nhận là chấn thương làm tổn hại khả năng gắn kết, tham gia của cá nhân. Xây dựng mối quan hệ điều trị tin cậy sẽ là mục tiêu điều trị, không phải là xuất phát điểm.
- Thừa nhận tầm quan trọng của tiền sử chấn thương và chuyển di ngược (countertransference).
- Giúp bệnh nhân học cách tiết giảm những cảm xúc mạnh.
- Giúp bệnh nhân liên hệ RLCTSC với lạm dụng chất gây nghiện.

- Tiến hành giáo dục tâm lý về RLCTSC và lạm dụng chất gây nghiện.
- Dạy kỹ năng đối phó để kiểm soát các triệu chứng RLCTSC.
- Thừa nhận là các bệnh nhân điều trị RLCTSC/lạm dụng chất gây nghiện có thể sẽ có một khoảng thời gian khó khăn hơn trong quá trình điều trị và việc điều trị RLCTSC có thể sẽ phải lâu dài, đặc biệt đối với những người có tiền sử chấn thương nghiêm trọng.
- Chuyển tuyến bệnh nhân đến các chuyên gia về chấn thương để tìm hiểu về chấn thương của bệnh nhân.

Rối loạn ăn uống

Hai loại rối loạn ăn uống được bàn đến trong TIP 42: Chứng chán ăn tâm thần là một rối loạn mà trong đó bệnh nhân không duy trì được trọng lượng cơ thể có sức khỏe tối thiểu, rất sợ tăng cân và biểu lộ nhiều rối loạn trong việc nhận thức về hình dáng và kích thước cơ thể của mình.

Các bệnh nhân bị chứng cuồng ăn tâm thần phụ thuộc vào việc ăn vô độ và sử dụng các phương pháp không phù hợp để ngăn việc tăng cân. Lòng tự trọng của những cá nhân mắc chứng cuồng ăn tâm thần bị ảnh hưởng rất nhiều vì hình dáng và trọng lượng cơ thể.

Điều cần biết:

- Sự phổ biến của chứng cuồng ăn tâm thần hiện tăng lên ở phụ nữ đang điều trị lạm dụng chất gây nghiện.
- Khoảng 15% phụ nữ và 1% nam giới tại các trung tâm điều trị bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện nội trú bị rối loạn ăn uống (chủ yếu là chứng cuồng ăn) trong suốt cuộc đời của họ.
- Lạm dụng chất gây nghiện phổ biến ở chứng cuồng ăn hơn là ở chứng chán ăn.
- Các bệnh nhân bị rối loạn ăn uống có lẽ sử dụng nhiều chất kích thích và ít sử dụng thuốc gây nghiện opioid hơn là những bệnh nhân điều trị lạm dụng chất gây nghiện không bị rối loạn ăn uống xảy ra đồng thời.
- Nhiều bệnh nhân lần lượt có các rối loạn ăn uống và lạm dụng chất gây nghiện.
- Rượu và các loại thuốc như cần sa có thể làm mất đi sự ngon miệng (ví dụ, loại bỏ đi giới hạn thông thường về ăn) và tăng nguy cơ ăn vô độ cũng như tái nghiện ở những bệnh nhân bị chứng cuồng ăn.
- Những bệnh nhân bị rối loạn ăn uống trải qua sự thèm khát, chịu đựng và cai nghiện thuốc liên quan đến việc cho uống thuốc xổ như thuốc nhuận tràng và thuốc lợi tiểu.
- Phụ nữ bị rối loạn ăn uống thường lạm dụng các loại thuốc uống nhằm mục đích giảm cân, kiểm chế sự thèm ăn và uống thuốc xổ. Những loại thuốc này bao gồm thuốc kê đơn của bác sĩ và thuốc ăn

kiêng, thuốc nhuận tràng, thuốc lợi tiểu và thuốc gây nôn mua ngoài không có trong đơn.

- Nicôtin và cafêin cũng phải được xem xét khi đánh giá lạm dụng chất gây nghiện ở phụ nữ bị rối loạn ăn uống.
- Những bệnh nhân bị rối loạn ăn uống trải qua sự ham muốn (hay thèm khát) ăn vô độ giống như thèm thuốc.

Điều cần làm:

- Đưa ra dẫn chứng bằng tài liệu thông qua một đánh giá toàn diện về toàn bộ các hành vi giảm cân của bệnh nhân bởi vì những người bị rối loạn ăn uống thường hành động một cách cực đoan để giảm cân.
- Tiến hành phân tích hành vi về thực phẩm và chất gây nghiện lựa chọn; những thời điểm và tình huống có nguy cơ cao liên quan đến hành vi lạm dụng chất gây nghiện và rối loạn ăn uống; và bản chất, hình thức cũng như mối tương quan giữa rối loạn ăn uống và sử dụng chất gây nghiện.
- Lập kế hoạch điều trị chứng rối loạn ăn uống và cả rối loạn sử dụng chất gây nghiện.
- Áp dụng phương pháp giáo dục tâm lý và nhận thức-hành vi đối với chứng cuồng ăn.
- Sử dụng các chiến lược như tư vấn dinh dưỡng, đặt mục tiêu giới hạn trọng lượng và quan sát các bữa ăn và thời gian giữa các bữa ăn đối với các hành vi rối loạn ăn uống.
- Kết hợp với các chiến lược ngăn ngừa tái nghiện.

Chứng nghiện đánh bạc

Đặc điểm cơ bản của chứng nghiện đánh bạc là hành vi đánh bạc liên tục và lặp đi lặp lại làm gián đoạn những mưu cầu cá nhân, gia đình và nghề nghiệp.

Điều cần biết:

- Tỷ lệ diễn ra đồng thời chứng nghiện đánh bạc đối với những người bị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện theo báo cáo là từ 9% đến 30% và tỷ lệ lạm dụng chất gây nghiện đối với các bệnh nhân theo ước tính là từ 25% đến 63%.
- Ở mức tối thiểu, tỷ lệ mắc chứng nghiện đánh bạc đối với những người bị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện được phát hiện cao hơn từ 4-5 lần trong đại bộ phận bệnh nhân.
- Đối với những người mắc chứng nghiện đánh bạc, rượu được phát hiện là chất gây nghiện được lạm dụng phổ biến nhất.
- Mặc dù chứng nghiện đánh bạc thường được coi là một rối loạn nghiện, các bác sĩ lâm sàng không thể thừa nhận rằng kiến thức hoặc kinh nghiệm của họ về điều trị lạm dụng chất gây nghiện là đạt tiêu chuẩn để họ đủ khả năng điều trị cho những người mắc chứng nghiện đánh bạc.
- Đối với những bệnh nhân mắc các chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện mà họ là người mắc chứng nghiện đánh bạc, điều cần thiết là phải xác định được các yếu tố khởi phát cụ thể đối với mỗi loại nghiện. Cũng rất hữu ích khi xác định được các cách mà

trong đó việc sử dụng các chất hay các hoạt động gây nghiện là những yếu tố khởi phát lẫn nhau.

Điều đặc biệt quan trọng là đánh giá được các hình thức đánh bạc và sử dụng chất gây nghiện:

- Đánh bạc và sử dụng cocaine có thể cùng tồn tại như một phần của lối sống chống xã hội rộng hơn.
- Một người nghiện cocaine có thể coi đánh bạc là cách kiếm tiền để hỗ trợ việc sử dụng thuốc.
- Một người mắc chứng nghiện đánh bạc có thể sử dụng cocaine để duy trì sức lực và sự tập trung trong thời gian đánh bạc và có thể bán ma túy để có tiền đánh bạc.
- Cocaine có thể thổi phồng một cách giả tạo cảm giác nhất định sẽ thắng bạc và thổi phồng kỹ năng đánh bạc, khiến những rủi ro đánh bạc trở nên lớn hơn.
- Người đánh bạc có thể sử dụng ma túy hoặc uống rượu là cách ăn mừng chiến thắng hoặc để bớt đi sự chán nản
- Một trong những hình thức phổ biến hơn đã được nhìn nhận về mặt lâm sàng đó là hình thức nghiện theo chuỗi (ví dụ, một người có tiền sử nghiện rượu thì cũng nảy sinh vấn đề về đánh bạc).

Điều cần làm:

- Đánh giá cẩn thận mức độ thường xuyên đánh bạc: các môn thi đấu thể thao, vé cào, trò chơi may rủi và cá cược.
- Hỏi liệu bệnh nhân hiện có gặp bất kỳ sự nguy hiểm nào về thân thể liên quan đến việc nợ tiền những người đòi những khoản nợ đó hay không.

- Điều trị các chứng rối loạn theo cách tách biệt, riêng rẽ nhưng có sự tác động lẫn nhau giữa các vấn đề mà bệnh nhân gặp phải
- Cần thông thạo những ngôn ngữ được sử dụng trong đánh bạc và khi lạm dụng chất gây nghiện.
- Hiểu những điểm tương đồng và khác biệt giữa rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và chứng nghiện đánh bạc.
- Như với bất kỳ BLTTĐD nào, cần thừa nhận là mức độ động lực ở bệnh nhân có thể sẽ khác nhau ở từng thời điểm phù hợp cho việc xử lý tùy từng chứng rối loạn
- Sử dụng các phương pháp điều trị kết hợp 12 bước, giáo dục tâm lý, liệu pháp nhóm, và phương pháp tiếp cận nhận thức- hành vi.
- Sử dụng các nhóm hỗ trợ riêng biệt đối với đánh bạc, nghiện rượu và /hoặc ma túy. Trong khi các nhóm có thể bổ sung nhưng không thể thay thế cho nhau được.

NGUỒN LỰC ĐỂ PHÁT TRIỂN CHUYÊN MÔN

Các chuyên gia tư vấn và bác sĩ lâm sàng có thể kiểm tra tại các cơ quan có thẩm quyền để biết liệu có khoá đào tạo nào để có thể được cấp giấy chứng nhận chính thức về tư vấn cho bệnh nhân mắc các rối loạn BLTTĐD hay không.

Danh sách các nguồn lực không mang tính toàn diện và không nhất thiết phải có sự chấp thuận của CSAT, SAMHSA, hoặc Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ (DHHS).

Môn học-Giáo dục chuyên ngành

Mặc dù đã có những bước cải thiện trong thập kỷ vừa qua, nhưng vẫn chỉ có rất ít các chương trình đại học đưa ra chương trình giảng dạy chính thức về BLTTĐD. Tuy nhiên, rất nhiều tổ chức chuyên môn hiện đang thúc đẩy việc phát triển năng lực và tiêu chuẩn nghiệp vụ để tham gia can thiệp vào các vấn đề lạm dụng chất gây nghiện, bao gồm:

- Hội Y khoa về Nghiện ma túy Hoa Kỳ (ASAM)
- Hội Tâm lý học Hoa Kỳ
- Hội Giáo dục và Nghiên cứu về Lạm dụng Chất gây nghiện Hoa Kỳ
- Hội Bác sĩ Sản phụ khoa Hoa Kỳ
- Phòng thông tin về Rượu, Thuốc lá và Ma túy khác thuộc Hội những Người làm công tác xã hội Quốc gia
- Hội Y tá Quốc tế về Nghiện ma túy

Các môn y học và tâm lý học hiện đã được công nhận là những lĩnh vực chuyên khoa riêng về BLTTĐD, đã có quy trình theo quy định để đạt được chứng chỉ trong lĩnh vực này. Các cán bộ chuyên môn có thể kiểm tra những tổ chức dưới đây để có thông tin hiện hành về việc cấp chứng chỉ theo môn học:

- ASAM: www.asam.org
- Viện Hàn lâm Tâm thần học Nghiện Hoa Kỳ (AAAP): www.aaap.org
- Đại học Tâm lý học Nghề nghiệp thuộc Hội Tâm lý học Hoa Kỳ: www.apa.org/college/
- Hội những Người làm Công tác Xã hội (NASW): www.naswdc.org

Hệ thống máy chủ (Listservs) và Nhóm thảo luận

Có nhiều Listservs thư điện tử và các nhóm thảo luận trên Internet chỉ đề cập đến chủ đề các rối loạn đồng diễn. Những mạng lưới giao tiếp trực tuyến này tạo cho các thành viên cơ hội đăng tải các đề xuất và câu hỏi cho nhiều người cùng một lúc.

Litservs thường hướng đến các chuyên gia và được giám sát chặt chẽ hơn. Các nhóm thảo luận thường công khai, mở rộng dành cho tất cả mọi người và không thể giám sát chặt chẽ được. Xem phụ lục I của TIP 42 để có mô tả chi tiết hơn.

Hội Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

www.nmha.org

(800) 969-NMHA (6642)

Hội Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (NMHA) đã mở rộng nhiệm vụ bao gồm cả BLTTĐD. NMHA có một ủy ban chính thức gồm các thành viên ủy ban, đội

ngũ nhân viên NMHA và các chuyên gia trong lĩnh vực này. Ủy ban xem xét lại các vấn đề đang được thảo luận và đưa ra khuyến nghị về phát triển chính sách và tài liệu thông tin. Tổ chức này tiếp tục phát triển, xây dựng các nguồn lực, tài liệu, ấn phẩm và một mục được chỉ định trên website (www.nmha.org). Ngoài ra, NMHA đã thực hiện các chương trình xây dựng hợp tác dành cho các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, bệnh nhân và các thành viên trong gia đình.

Trung tâm Hỗ trợ Kỹ thuật Nối mạng và Tổ chức Tiêu dùng (CONTAC)

www.contac.org

(888) 825-TECH (8324)

CONTAC đã xây dựng và cung cấp danh sách các tên và đầu mối liên lạc đối với các nguồn lực và thông tin về các chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, BLTTĐD, dịch vụ và hỗ trợ tự giúp nhau. CONTAC cũng đưa ra Học viện Lãnh đạo, một chương trình đào tạo được thiết kế nhằm giúp các bệnh nhân học cách tham gia và phát triển các dịch vụ tiêu dùng. Gần đây, một hợp phần đào tạo tập trung vào lạm dụng và phụ thuộc chất gây nghiện đã được xây dựng và đưa vào chương trình.

Trung tâm Trao quyền Quốc gia

www.power2u.org

(800) power2u (769-3728)

Trung tâm Trao quyền Quốc gia đã chuẩn bị một gói thông tin bao gồm một loạt các bài báo đã xuất bản, bài báo và một danh sách các tổ chức và các cơ quan Liên bang cung cấp thông tin, nguồn lực và hỗ trợ kỹ thuật liên quan đến lạm dụng và phụ thuộc chất gây nghiện, BLTTĐD, dịch vụ và hỗ trợ tự giúp nhau.

Trung tâm đồng diễn vì tiến bộ (COCE) thuộc Cơ quan Quản Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện và Sức Khỏe Tâm thần thuộc Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ (SAMHSA)

www.coce.samhsa.gov

(301) 951-3369

SAMHSA thành lập Trung tâm đồng diễn vì tiến bộ (COCE) năm 2003 để cung cấp cho lĩnh vực này những nguồn lực chính cần thiết để phổ biến kiến thức và tăng cường áp dụng các bài học, kinh nghiệm thực tiễn đã được chứng minh.

Nhiệm vụ của COCE là (1) **tiếp nhận** và **chuyên giao** những tiến bộ về điều trị tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện có xử lý tất cả các cấp độ nghiêm trọng của rối loạn tâm thần và có thể được điều chỉnh phù hợp với những nhu cầu riêng của bệnh nhân, (2) **hướng dẫn** nâng cao cơ sở hạ tầng và năng

lực lâm sàng trong hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, và (3) **thúc đẩy** việc truyền bá và áp dụng phương pháp điều trị thực chứng cũng như nét đổi mới về chương trình vào trong thực tiễn lâm sàng.

Trung tâm thông tin Sức khỏe Tâm thần Quốc gia thuộc SAMHSA

www.mentalhealth.samhsa.gov

(800) 789-2647

Trung tâm Thông tin Sức khỏe Tâm thần thuộc SAMHSA được xây dựng dành cho những người sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần và gia đình của họ, công chúng, nhà hoạch định chính sách, các cán bộ cung cấp dịch vụ và giới truyền thông. Đội ngũ nhân viên của Trung tâm Thông tin có kinh nghiệm nghe và trả lời các câu hỏi của công chúng và các cán bộ chuyên môn. Các nhân viên này sẽ nhanh chóng chỉ dẫn người gọi tới các tổ chức Liên bang, bang và địa phương chuyên về điều trị và phòng bệnh tâm thần. Trung tâm Thông tin này cũng cung cấp thông tin về các khoản trợ cấp của Liên bang, các hội thảo và các sự kiện khác.

Yêu cầu thông tin

TIP 42

Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người có bệnh lý tâm thần đồng diễn

TIP 42 – Các sản phẩm có liên quan

Giải pháp KAP cho bác sĩ lâm sàng Hướng dẫn nhanh cho nhà quản lý Hướng dẫn nhanh cho chuyên gia y tế tâm thần

Không được sao chép hay phân phối ấn phẩm này để lấy phí mà không có ủy quyền cụ thể bằng văn bản của Văn phòng Quản lý Phương tiện Thông tin, Lạm dụng Chất gây nghiện và Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần, Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ.

Ba cách để có được bản sao Miễn phí của tất cả sản phẩm TIP:

1. Gọi Phòng Thông tin Quốc gia về Rượu và Ma túy (NCADI) thuộc SAMHSA theo số **800-729-6686** hoặc **800-487-4889** TDD (dành cho người khiếm thính).
2. Truy cập website của NCADI:
www.ncadi.samhsa.gov.
3. Bạn cũng có thể truy cập TIPS trực tuyến:
www.kap.samhsa.gov.



Các phác đồ cải thiện điều trị khác liên quan đến cuốn Hướng dẫn nhanh này:

- **TIP 27:** Quản lý hồ sơ toàn diện về điều trị lạm dụng chất gây nghiện (1998) **BKD251**
- **TIP 36:** Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho những người có các vấn đề về bỏ mặc và lạm dụng trẻ em (2000) **BKD343**
- **TIP 44:** Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người trưởng thành trong hệ thống tư pháp hình sự (2005) **BKD526**
- *Chấn thương và Lạm dụng chất gây nghiện* (Ngày xuất bản dự kiến 2006)
- *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Giải quyết nhu cầu cụ thể của phụ nữ* (Ngày xuất bản dự kiến 2006)

Xem bên trong bìa sau để có thông tin đặt mua tất cả các TIP và sản phẩm liên quan.

Ấn phẩm DHHS Số. (SMA) 07-4034

Xuất bản 2005

Tái bản 2005 và 2007