

Hành vi tự gây tổn thương ở trẻ vị thành niên: thực trạng, các mô hình lý giải, các chiến lược phòng ngừa & can thiệp trong trường học

Tên tác giả: Hồ Thu Hà

Địa chỉ của tác giả: Trường Đại học Giáo dục - Đại học Quốc gia Hà Nội,
144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Tóm tắt

Các hành vi tự làm tổn thương (NSSI) là sự phá hủy một cách có chủ đích các phần của cơ thể mà không kèm theo ý định tự sát. Bài viết này tổng hợp các nghiên cứu về NSSI ở trẻ VTN, bao gồm định nghĩa, thực trạng, các mô hình lý giải, các chiến lược phòng ngừa và can thiệp dựa trên trường học. NSSI có tỉ lệ cao hơn và khởi phát sớm hơn ở trẻ VTN. Nhiều mô hình lý giải được đưa ra, chú trọng nhiều nhất là tiếp cận chức năng và mô hình năm khía cạnh. Ứng phó với NSSI cần các chiến lược phòng ngừa phổ thông và chuyên biệt với cảm xúc/tư duy tiêu cực và các biện pháp can thiệp với sự tham gia của toàn trường. Trị liệu nhận thức hành vi được xem là có hiệu quả nhất.

Từ khóa: hành vi tự làm tổn thương, phòng ngừa, can thiệp dựa trên trường học, sức khỏe tâm thần trường học, trẻ vị thành niên.

Đặt vấn đề

Các hành vi tự làm tổn thương (NSSI)¹ không còn là một khái niệm xa lạ. Trên thế giới hiện nay, NSSI đang là mối lo ngại ngày càng tăng đối với các cán bộ làm việc trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần (Nixon & Health, 2006, tr.196); đặc biệt trong môi trường nhà trường trung học và các cơ sở khác dành cho trẻ vị thành niên (VTN), sau khi ngày càng nhiều các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đáng ngại các hành vi NSSI ở lứa tuổi này: xấp xỉ trong khoảng 15-25% trẻ VTN báo cáo từng có hành vi tự làm tổn thương ít nhất một lần, tổng hợp các nghiên cứu ở Hoa Kỳ (Giletta & cs., 2012; Pleiner & cs., 2009; Laye-Gindju & Schonert-Reichl, 2005), Anh (Hawton & cs., 2002), Úc (De Leo & Heller, 2004) hay Châu Á (Matsumoto & cs., 2008). Càng chứng tỏ sự cấp thiết phải có công tác phòng

¹ NSSI: Non-suicidal self-injury

ngừa và can thiệp đối với NSSI ngay từ lứa tuổi VTN là việc nghiên cứu cho thấy các hành vi này thường khởi phát vào khoảng tuổi 14-24 (Favazza & Conterio, 1989); đồng thời ở trẻ VTN hành vi này có thể kéo dài và dày đặc hơn so với hành vi khởi phát ở tuổi trưởng thành, các trẻ này cũng ít có xu hướng tìm trợ giúp hơn. Trước đây, quan niệm cho rằng hành vi tự tổn thương chỉ gắn liền với các rối loạn tâm thần, dẫn đến việc ít nhiều đánh giá thấp ảnh hưởng của nó và không chú trọng công tác can thiệp trong trường học; tuy nhiên nghiên cứu của Health & cs. (2008) cho thấy tới 15-20% trẻ VTN không thuộc nhóm lâm sàng (không có bệnh lý tâm thần) có các hành vi này – rõ ràng ta không thể bỏ qua mức độ nguy hiểm của nó trong môi trường học đường được nữa.

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu chuyên biệt nào về trẻ VTN có hành vi NSSI. Số liệu có liên quan gần nhất mà chúng tôi thu thập được là kết quả báo cáo tỉ lệ tự gây thương tích ở thanh niên và vị thành niên (14-25 tuổi) xấp xỉ 7,5% (SAVY 2, 2009²). Nhưng rõ ràng ngày càng nhiều thông tin trên các phương tiện truyền thông về những trường hợp trẻ VTN “tự hành xác”. Tìm kiếm cụm từ này trên công cụ Google cho ra khoảng hơn hai triệu kết quả về các trường hợp thực tế, các bài viết bình luận (tích cực hay tiêu cực) và các bài kiến thức thường thức về phòng ngừa và trị liệu. Một mặt, ta thấy được mối nguy hiểm của việc xuất hiện ngày càng nhiều các trường hợp trẻ phụ thuộc vào hành vi tự làm tổn thương và phần nào lợi ích của truyền thông trong việc kêu gọi nhận thức về hiện tượng này; nhưng mặt khác, phải thừa nhận rằng việc thông tin không kiểm duyệt, thiếu tính khoa học và nhiều lúc chỉ là quan điểm cá nhân tiêu cực đã duy trì các nhận thức và niềm tin sai lệch về cơ chế và các yếu tố liên quan tới NSSI: điển hình cho nó là “thú vui man rợ”, “trào lưu”...³ Các định kiến và kỳ thị này cũng là vấn đề ở nhiều quốc gia trên thế giới. Nếu không có biện pháp nhanh chóng hợp lý để xử lý vấn đề, e rằng chúng có thể gây nguy hại cho công tác hỗ trợ và điều trị cho các học sinh có các hành vi rất nguy hiểm cho bản thân này.

Chính vì những lí do này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu lý luận về một số vấn đề xung quanh NSSI nhằm cung cấp các hiểu biết căn bản đã được chứng thực về các hành vi này, trước hết cho các chuyên viên chăm sóc sức khỏe tâm thần ở trường học cùng những cán bộ có liên quan nói riêng, cho những người làm chính sách, các lãnh đạo trong hệ thống giáo dục cũng như tất cả những người quan tâm tới lĩnh vực sức khỏe tâm thần học đường nói chung; với mục đích nâng cao nhận thức và tổng hợp các chiến lược ứng phó với NSSI. Bài viết

² Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam 2 / SAVY 2 (Survey Assessment of Vietnamese Youth)

³ <http://thuvienphapluat.vn/tintuc/vn/thoi-su-phap-luat/thoi-su/-28208/hai-hung-truoc-trao-luu-tu-hanh-xac>

sẽ đưa ra định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán, thực trạng, các mô hình lý giải, và các biện pháp phòng ngừa – can thiệp đối với NSSI.

Định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán

Hành vi tự làm tổn thương (NSSI) được hiểu là bất kì hành động phá hủy có định trước hướng vào đối tượng là chính bản thân chủ thể, dẫn tới thương tổn trực tiếp các mô của cơ thể mà không kèm theo ý định tự tử (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010). Các hành vi này được biểu hiện theo nhiều cách khác nhau, như đánh/đâm vật thể nhằm gây thương tích cho bản thân, cắt tay, cào mạnh, cạo da, phá hoại quá trình lành vết thương và tự làm bỏng mình. Thậm chí NSSI bao gồm các hành động mang tính phá hủy hơn như bẻ xương, gây thương tích tới các chi, tổn thương mắt hoặc tự cắt bộ phận cơ thể. NSSI thường đi liền với nhiều vấn đề khác về sức khỏe tâm thần và thể chất, và dẫn tới những hậu quả bệnh lý nghiêm trọng hơn nhiều.

Trước đây, NSSI thường được xem như một phần của Rối loạn nhân cách ranh giới, nhưng các nghiên cứu gần đây đã cho thấy NSSI đi cùng nhiều vấn đề tâm lý khác bao gồm lo âu, trầm cảm, ý tưởng tự sát, cũng như nhiều rối loạn nhân cách (In-Albon, Ruf, & Schmid, 2013). Nói cách khác, bản thân NSSI cần được xem xét như một vấn đề sức khỏe tâm thần độc lập. Vì lí do đó, Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần DSM-5⁴ của APA⁵ đã đưa ra phân loại cùng các tiêu chuẩn chẩn đoán riêng biệt cho NSSI:

“Trong vòng một năm trở lại đây, thân chủ có ít nhất 5 ngày có hành vi tự làm tổn thương, có dự liệu gây tổn hại tới cơ thể. Không có mục đích tự sát.

- Hành vi không được xã hội chấp nhận.

- Hành vi hoặc hậu quả của nó có thể gây căng thẳng đáng kể với cuộc sống thường nhật của cá nhân.

- Hành vi không diễn ra vào các giai đoạn loạn thần, cơn mê sảng, ngộ độc chất, hoặc cai nghiện. Hành vi không thể được giải thích bởi các tình trạng bệnh lý khác.

- Cá nhân có hành vi tự làm tổn thương kì vọng: được giải thoát khỏi cảm xúc tiêu cực, giải quyết vấn đề cá nhân, tạo ra các cảm xúc tích cực.

Hành vi tự làm tổn thương gắn với một trong các tình huống: (1) cá nhân trải qua các cảm xúc tiêu cực ngay trước khi có hành vi; (2) cá nhân chuẩn bị cho hành vi cẩn thận trước khi hành vi diễn ra; (3) cá nhân nghĩ nhiều tới hành vi này ngay cả khi nó không diễn ra.”

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013

⁵ American Psychiatric Association - Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ

Xin nhấn mạnh đặc điểm “không có mục đích tự sát” trong định nghĩa của DSM-5. Không phủ nhận NSSI có tương quan cao với tỷ lệ hành vi tự sát, nhưng việc tách riêng nó ra khỏi tự sát cho phép các nhà nghiên cứu cũng như những người làm thực hành nhận biết rõ các cơ chế chức năng của NSSI để có liệu trình can thiệp phù hợp. Ngoài ra, các kì vọng đối với kết quả hành vi cũng thể hiện một phần hoạt động chức năng của NSSI, điểm này sẽ được giải trình kĩ hơn trong phần tới của bài viết. Cuối cùng, các tình huống gắn với NSSI là một trong các dấu hiệu cần lưu ý đối với các cán bộ sức khỏe tâm thần trường học.

Thực trạng hành vi tự làm tổn thương ở trẻ VTN trên thế giới và ở Việt Nam

Tỉ lệ tồn tại NSSI có chênh lệch lớn giữa các nghiên cứu và giữa các mẫu. Nghiên cứu của Ross và Heath (2002) trên học sinh trung học phổ thông cộng đồng cho kết quả 21% trong 231 đã từng có hành vi NSSI, trong đó 28% làm nhiều lần một tuần và 13% báo cáo làm nhiều hơn một lần/ngày. Các nghiên cứu tương tự cho kết quả gần xấp xỉ: 15% (Laye-Gindu & Schonert-Reichl, 2005), 14% (Ross, Heath, & Toste, 2009), 16-30% (Yates, Tracy, & Luthar, 2008), 23% (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), 26% (Muehlenkamp, Walsh, & Dade, 2010), 36-40% (Bjarehed & Lundh, 2008), 46% (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007), and 56% (Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008). Ở lứa tuổi trung học cơ sở và nhỏ hơn, con số này cũng đáng báo động: 19% trẻ từ 8-14 từng có hành vi NSSI (Teufel, Brown, & Birch, 2007), 7,5% trong một năm trở lại có hành vi ở học sinh THCS (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008). Theo kết quả của Schwartz, Cohen, Hoffman và Meeks (1989), tỉ lệ NSSI lên tới 48% ở cá trẻ điều trị ngoại trú, thậm chí tỉ lệ này là 61% trong một nghiên cứu khác của DiClemente, Ponton & Hartley (1991).

Sự chênh lệch này được giải thích một phần do các khác biệt về khái niệm tự gây tổn thương được sử dụng trong các nghiên cứu. Trong khi các nghiên cứu ở Hoa Kỳ chủ yếu sử dụng định nghĩa NSSI với ý nghĩa “không có mục đích tự sát” thì nhiều nghiên cứu ở Châu Âu không loại trừ mục đích này, có thể còn gộp chung với các hình thức hành vi tự hại khác (như tự đầu độc) (Giletta, 2012). Trong khi đó, nhiều bằng chứng cho thấy các khác biệt bản chất giữa hành vi tự làm tổn thương với mục đích tự sát và không có ý định tự sát, đặc biệt là về hoạt động chức năng của nó – một trong các nhân tố cơ bản phục vụ quá trình trị liệu. (Nock & Favazza, 2009). Do vậy, chúng tôi đề xuất các nghiên cứu và các công tác chuyên môn về NSSI sau này nên phân biệt rõ đặc điểm “không có mục đích tự sát”, cũng là xu hướng thế giới và thực sự có hiệu quả trong phòng ngừa và can thiệp.

Các nghiên cứu về NSSI dành sự quan tâm đặc biệt cho nhóm khách thể thanh thiếu niên, sau khi nhiều nghiên cứu khẳng định rằng NSSI thường bắt đầu xuất hiện nhiều nhất ở lứa tuổi này (Favazza & Conterio, 1989; Klonsky, 2009; Lewis & Santor, 2008; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Murray & Fox, 2006; Nock & Prinstein, 2004; Pattison & Kahan, 1983; Ross & Heath, 2002; Suyemoto & MacDonald, 1995; Warm, Murray, & Fox, 2002). 85% các trẻ báo cáo lần đầu tiên thực hiện NSSI khi học trung học cơ sở (Ross & Heath, 2002); 61% sinh viên đã từng bắt đầu hành vi này trước 16 tuổi (Heath & cs., 2009). So với các trường hợp hành vi bắt đầu từ lứa tuổi trưởng thành, các hành vi bắt đầu từ tuổi thanh thiếu niên có xu hướng dày đặc hơn, kéo dài hơn và sử dụng nhiều hình thức gây tổn hại cơ thể hơn (Pattison & Kahan, 1983; Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen, & Gunderson, 2006). Điều nguy hiểm là thanh thiếu niên có xu hướng ít tìm kiếm sự giúp đỡ hơn so với người trưởng thành khi rơi vào tình trạng này (Warm et al., 2002). Do vậy, cần thiết phải hiểu về NSSI trong thời gian sớm nhất có thể nhằm cung cấp các phương pháp can thiệp phù hợp nhằm tới các hành vi NSSI và ngăn ngừa nó hoặc giảm bớt thời gian kéo dài hành vi.

Ở Việt Nam, như đã trình bày ban đầu, chưa có nghiên cứu chuyên biệt nào về NSSI ở lứa tuổi VTN. Các số liệu chính thống gần nhất mà chúng tôi tìm được là hai báo cáo điều tra về thanh niên và vị thành niên (SAVY, 2009, 2013), với bản lần 1 (2003) cho tỉ lệ 2,7% thanh niên và vị thành niên có các hành vi tự hại và bản lần 2 (2009) là 7,5%. Con số này tương đối thấp xét trên mặt bằng chung thế giới, bản thân các tác giả cũng đưa ra nhận xét này trong phần bàn luận, cho rằng lý do có thể nằm ở việc chọn mẫu (Le & cs., 2011). Chúng tôi cho rằng nó cũng có thể do vấn đề về định nghĩa và công cụ đánh giá, vấn đề chung của các nghiên cứu thực trạng trên thế giới. Ngoài ra, sự chênh lệch giữa hai lần thống kê này phần nào cho thấy tính chất đáng lo ngại của NSSI ở thanh thiếu niên Việt Nam, chứng tỏ sự cần thiết phải quan tâm tới hành vi này và đẩy mạnh công tác hỗ trợ các em.

Các mô hình lý giải

Không ít mô hình lý giải cho NSSI đã được đưa ra. Trước hết xin liệt kê bảy mô hình tạm coi là xuất hiện tương đối nhiều và có các bằng chứng thực nghiệm trong lịch sử nghiên cứu vấn đề, theo bản tổng hợp của Messer & Fremouw (2008):

- (1) Mô hình hành vi/môi trường: tập trung vào các yếu tố hoàn cảnh có thể khởi xướng và duy trì hành vi NSSI, theo đó nó là kết quả của quá trình củng cố tích cực/tiêu cực. Mô hình này liên hệ chặt chẽ với mô hình quản lý cảm xúc và nhiều nghiên cứu đã chứng tỏ tiếp cận hoạt động chức

năng theo mô hình này mang lại hiệu quả tích cực trong can thiệp ở trường học dựa trên kết quả đánh giá (Nock & Prinstein, 2004). Chúng tôi sẽ trình bày cụ thể hơn về tiếp cận này sau khi liệt kê hết các mô hình.

- (2) Mô hình quản lý cảm xúc: nghiên cứu cho thấy NSSI thường được chủ thể sử dụng như một hình thức thay thế để đương đầu với các trạng thái cảm xúc tiêu cực, đặc biệt là tức giận và trầm uất, cũng như các loại hình kết hợp (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010). Suyemoto (1998) cho rằng chủ thể sử dụng hành vi NSSI trong kiểm soát các cảm xúc đau đớn cũng như lo âu và xâm kích. Mô hình này được cho rằng có liên kết mạnh mẽ với mô hình hành vi/môi trường.
- (3) Mô hình sinh học: nhiều bằng chứng gần đây cho thấy tổn thương hoạt động chức năng trong hệ thống chất dẫn truyền thần kinh hoặc phản ứng tâm sinh lý bất thường đối với hành vi tự hại dẫn tới kết quả là giảm cảm giác căng thẳng (Haines & cs., 1995). Nói cách khác, các yếu tố sinh học cũng là một trong những yếu tố nguy cơ đáng kể dẫn tới hành vi NSSI.
- (4) Mô hình tự sát: ý tưởng của nó là các hành vi NSSI thực chất là hành vi thay thế hoặc các nỗ lực trốn tránh hành vi tự sát, xem hành vi NSSI và hành vi tự sát là các mức độ khác nhau trên cùng thang đo (Messer & Fremouw, 2008).
- (5) Mô hình hệ thống/liên cá nhân: mô hình này nhấn mạnh NSSI như là dấu hiệu của sự lệch lạc hoạt động chức năng của gia đình hay môi trường nuôi dưỡng cá nhân. Trẻ VTN có thể có hành vi NSSI nhằm mục đích ứng phó với sự lệch lạc này, hoặc để thu hút sự chú ý từ những người khác trong môi trường sống của trẻ. “Hệ thống” ở đây thường được xem là gia đình, cũng có thể là trường học, cơ sở trị liệu cho trẻ. Đáng kể tới, một số ý tưởng cũng cho rằng chính môi trường này vô tình có thể củng cố cho hành vi NSSI ở trẻ. Đặc điểm này tương đối đồng nhất với quan điểm của mô hình hành vi/môi trường. Tuy nhiên có rất ít thực nghiệm để chứng tỏ mô hình này.
- (6) Mô hình giảm tính cá nhân: mô hình này tập trung vào trạng thái tâm lý bị phân tách hoặc giảm tính cá nhân, như trong tường thuật lại trải nghiệm của các trẻ VTN có hành vi NSSI (Suyemoto & MacDonald, 1995). Cụ thể, cảm nhận bị phân tách được cho là kết quả của cảm giác bị bỏ rơi hoặc sự cô độc, dẫn tới cảm giác không thực hoặc không còn cảm xúc. Kết quả là trẻ VTN tìm tới hành vi tự hại như một cách để chấm dứt trạng thái không cảm xúc hay không thực này và tìm lại cảm nhận về cái tôi (hay bản sắc). Miller & Bashkin (1974) cho rằng “các vết sẹo do NSSI gây ra có thể là dấu vết nhắc nhở cá nhân về bản sắc của mình”. Tuy

nhiên, phải thừa nhận rằng dù mô hình này xuất hiện nhiều trong phân tâm học cũng như các tài liệu về NSSI, có rất ít bằng chứng thực nghiệm khẳng định mối liên hệ giữa trạng thái phân tách và hành vi tự hại.

- (7) Mô hình tính dục: mô hình này nhấn mạnh sự quan trọng của sự phát triển và cho rằng tính dục là cơ chế chủ đạo trong nguyên nhân gây ra hành vi NSSI. NSSI được xem như một cách thức mang lại sự thỏa mãn về tính dục, hoặc là như một nỗ lực để kiểm soát sự phát triển tính dục hoặc trừng phạt các cảm xúc về tính dục (Messer & Fremouw, 2008). Một số tác giả cũng cho rằng NSSI gắn liền với các vấn đề về hình ảnh bản thân (Zila & Kiselica, 2001). Tương tự mô hình giảm tính cá nhân, gần như không có bằng chứng thực nghiệm cho những lý giải này; chủ yếu chỉ có các nghiên cứu trường hợp và phần lớn với các bệnh nhân dưới điều trị phân tâm học.

Tuy rằng nhiều tiếp cận đã được sử dụng trong nghiên cứu và thực hành can thiệp đối với NSSI, trong bài viết này, chúng tôi chỉ tập trung chủ yếu vào tiếp cận chức năng, do tính hiệu quả đã được minh chứng của nó và tiềm năng áp dụng nó trong các chiến lược phòng ngừa – can thiệp đề xuất ở Việt Nam. Một số vấn đề cần được lưu ý khi nói về tiếp cận này. Thứ nhất, NSSI cần được xem xét trong môi trường/bối cảnh mà nó diễn ra, nói cách khác, để hiểu NSSI, cần phải hiểu được vì sao một hành vi, trong một thời điểm nhất định, thực hiện một chức năng cụ thể cho một cá nhân cụ thể (Suyemoto, 1998). Thứ hai, hành vi NSSI có thể có nhiều chức năng đồng thời. Lloyd-Richardson & cs. (2009) đưa ra ví dụ về 10 động cơ khác nhau mà nhóm 75 bệnh nhân rối loạn nhân cách ranh giới lý giải cho hành vi tự hại của họ, gồm: thể hiện sự tức giận, trừng phạt bản thân, phân tán sự chú ý của bản thân... trong một nghiên cứu của Brown & cs. Khó để phân biệt, giải thích được mối quan hệ giữa các chức năng và tổng hợp các chứng năng đã được tìm thấy từ các nghiên cứu khác nhau cũng là một giới hạn của tiếp cận chức năng, tuy nhiên hiểu được đặc điểm này là việc thiết yếu để có nền tảng can thiệp các hành vi NSSI. Cuối cùng, có nhiều cách hiểu về “hoạt động chức năng” của các tác giả khác nhau, dẫn tới tình trạng tương đối “lộn xộn” của cả người nghiên cứu và của cán bộ tâm lý khi lý giải cơ chế của NSSI sử dụng tiếp cận này. Xét theo tâm lý học và trị liệu hành vi, cần hiểu “hoạt động chức năng” dưới góc độ phân tích các hệ quả hoặc sự kiện dẫn đến một hành vi nhất định. Mục tiêu của cán bộ tâm lý là phải phân tích được các sự kiện diễn ra trước (antecedents) và các hệ quả (consequences) của một hành vi để hiểu cơ chế diễn ra nó và can thiệp được. Đây cũng là công thức phân tích hành vi chức năng dựa trên lý thuyết hành vi điều kiện hóa tạo tác (operant conditioning) của Skinner (1938, 1953).

Để giải quyết các vấn đề vừa nêu này, Lloyd-Richardson & cs. (2009) đã phát triển mô hình toàn diện bốn chức năng của NSSI ở trẻ VTN dựa trên những công trình đã có về lý thuyết học tập và trị liệu hành vi cũng như các nghiên cứu về chức năng của NSSI (Iwate & cs., 1994, Brown & cs., 2002). Các chức năng này phân chia dựa trên hai khía cạnh: củng cố tích cực/tiêu cực và hệ quả tự động/xã hội. Theo đó, khi cá nhân có hành vi NSSI, nó chắc chắn phải để phục vụ một trong bốn chức năng: Củng cố tiêu cực – hệ quả tự động, Củng cố tích cực – hệ quả tự động,

- (1) Củng cố tiêu cực – hệ quả tự động: cá nhân sử dụng NSSI để loại bỏ một trạng thái cảm xúc/nhận thức không mong muốn nhất định, như là để loại trừ căng thẳng hoặc để phân tán chú ý khỏi các suy nghĩ gây khó chịu. Củng cố mang lại bởi hành vi NSSI là việc tránh được các suy nghĩ/cảm xúc khó chịu. Nói cách khác, chức năng của NSSI cũng là một biện pháp quản lý cảm xúc tiêu cực. Các cá nhân thường mô tả lý do cho hành vi NSSI của họ là “để giảm các nỗi đau đớn về cảm xúc”, “để thể hiện sự tức giận của tôi với người khác” hay để “giảm căng thẳng (Lloyd-Richardson & cs., 2009). Chức năng này là chức năng duy nhất, theo Nock & Prinstein (2005), có liên quan tới các ý tưởng tự sát.
- (2) Củng cố tích cực – hệ quả tự động: hành vi NSSI có tác dụng mang lại những trạng thái nội tâm mong muốn. Ví dụ, nhiều trẻ VTN cho biết thực hiện hành vi NSSI “chỉ để cảm thấy gì đó” (Lloyd-Richardson & cs., 2009). Trong các nhóm khách thể có dấu hiệu trầm cảm và rối loạn sau sang chấn, mô hình chức năng này được coi là phổ biến nhất trong cả bốn loại.
- (3) Củng cố tích cực – hệ quả xã hội: Trái với các hệ quả tự động – thường là liên quan tới các trạng thái nội tâm, các hệ quả xã hội nhằm phục vụ cho các liên hệ giữa cá nhân với môi trường bên ngoài. Củng cố tích cực – hệ quả xã hội giải thích cho việc cá nhân sử dụng NSSI để thu hút sự chú ý hoặc tiếp cận với một số nguồn xã hội nhất định. Điển hình là nhóm các trẻ VTN cho biết chúng chọn hành vi NSSI để “cho những người khác biết em cảm thấy như thế nào”, hay “để cho người trị liệu của em [phản ứng theo một cách nào đó].”
- (4) Củng cố tiêu cực – hệ quả xã hội: Cá nhân sử dụng NSSI để trốn khỏi các nhiệm vụ hoặc các yêu cầu trong mối quan hệ liên cá nhân. Các lý do đưa ra thường là “để không phải đến trường”, “để bọn trẻ con hay mấy người lớn để yên cho em”, hoặc “để bố mẹ em không cãi nhau nữa”. Các chức năng xã hội như vậy thường thấy gắn liền với các mối lo xã hội khác ở trẻ VTN cũng như các dấu hiệu trầm cảm (Lloyd-Richardson & cs., 2009).

Tuy rằng chúng tôi tập trung nhiều hơn vào tiếp cận chức năng và thừa nhận nhiều bằng chứng chứng minh tính hiệu quả của nó, vẫn phải nhắc lại rằng chỉ mình bản thân nó cũng như bất cứ một mô hình nào đã trình bày ở trên cũng sẽ không có khả năng giải thích trọn vẹn cho các nguyên nhân phức tạp và liên kết lẫn nhau để dẫn tới NSSI. Walsh (2006), để khắc phục điểm này, đã đưa ra mô hình tâm-sinh-xã hội, được đánh giá là rất thực tiễn, hữu dụng và toàn diện trong việc là cơ sở lý thuyết để hiểu về các nguyên nhân của NSSI. Tác giả xem NSSI là kết quả của các tương tác phức tạp giữa năm khía cạnh: môi trường, sinh học, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Với hầu hết cá nhân, tất cả các khía cạnh này đều cùng đóng vai trò trong việc khởi phát và duy trì hành vi NSSI, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng của mỗi khía cạnh sẽ khác nhau tùy từng cá nhân. (1) Khía cạnh môi trường bao gồm các yếu tố về lịch sử gia đình (môi trường gia đình dạy trẻ các hành vi không thích nghi qua việc làm mẫu, củng cố, hay trừng phạt, kết quả là hoặc trẻ học được các hành vi tự hủy hoại bản thân thông qua cơ chế học tập mẫu hình, hoặc trẻ duy trì các hành vi không thích nghi này qua cơ chế củng cố-trừng phạt), lịch sử phát triển của cá nhân (Walsh liệt kê các yếu tố nguy cơ gồm: các trải nghiệm sang chấn, trẻ bị ngược đãi, trải nghiệm phơi nhiễm với các hành vi tự hại, phát triển trong môi trường gia đình lãnh cảm) và các yếu tố môi trường hiện tại (Walsh cho rằng trẻ vốn đã sở hữu các điều kiện tiêu cực sẽ nhạy cảm hơn với các sự kiện hiện tại, như sự mất mát, mâu thuẫn hoặc bị từ chối bởi bạn bè, khủng hoảng trong học tập...). (2) Khía cạnh sinh học đề cập nhiều tới vấn đề trong hoạt động của chất dẫn truyền thần kinh (ví dụ, Favazza (1996) cho rằng NSSI là do thiếu lượng serotonin, hay giả thuyết về việc NSSI giải phóng endorphin giúp cho cá nhân giảm đau đớn). (3) Khía cạnh nhận thức (NSSI tương ứng với hai kiểu nhận thức, một là xu hướng cá nhân có các suy nghĩ không hợp lý và lệch lạc nhận thức để đáp ứng với các sự kiện từ môi trường – như tự đổ lỗi cho bản thân, hai là các suy nghĩ không có nguyên do từ môi trường – nó đơn thuần là các khuôn mẫu tư duy thường trực, không thích nghi của cá nhân; các kiểu nhận thức này thường xuất hiện qua các câu: “Tôi xứng đáng bị thế”, “Tôi ghét bản thân mình kinh khủng”...) (4) Khía cạnh cảm xúc (NSSI được xem như một chiến lược ứng phó không thích nghi nhằm kiểm soát các cảm xúc tiêu cực của cá nhân hoặc để thể hiện chúng. Các cảm xúc thường có ở cá nhân là: giận dữ, buồn bã, căng thẳng, tội lỗi, xấu hổ (Alderman, 1997). Cảm xúc, nhận thức, và hành vi là ba khía cạnh đi liền với nhau và cần thiết được xem xét tổng thể trong đánh giá và can thiệp đối với NSSI.) (5) Khía cạnh hành vi (nó bao gồm các sự kiện diễn ra trước, cùng lúc và sau hành vi NSSI. Tương tự với cách giải thích của tiếp cận chức năng, khía cạnh hành vi cung cấp cho cán bộ tâm lý các công cụ hỗ trợ hiệu quả là đánh giá hành vi chức năng và nguyên tắc can thiệp dựa vào

các yếu tố dẫn đến và hệ quả hành vi). Năm khía cạnh này cần được xem xét trong tổng thể để việc đánh giá và can thiệp đối với NSSI diễn ra hiệu quả.

Như vậy, hành vi NSSI cần được xem xét như là kết quả của một hệ thống tương tác với nhau rất phức tạp. Các cán bộ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường học cần thiết phải hiểu rõ các khía cạnh trong mô hình tổng hợp của Walsh (2006) để hiểu về quá trình phát triển hành vi NSSI ở học sinh để xây dựng các chương trình phòng ngừa và định hình trường học khi can thiệp. Mô hình chức năng là mô hình chúng tôi khuyến nghị nên chú trọng, bởi nó trực tiếp phục vụ cho cán bộ tâm lý khi làm trị liệu, và tương đối dễ sử dụng khi làm giáo dục tâm lý với học sinh cũng như với những người hỗ trợ trong quá trình này.

Các chiến lược phòng ngừa và can thiệp trong trường học

Phòng ngừa

Các chiến lược phòng ngừa phổ thông trong trường học không nhắm vào một hay một số loại khó khăn chuyên biệt với học sinh, mà hướng tới cung cấp một môi trường học đường an toàn và nuôi dưỡng khả năng phục hồi (resilience) ở học sinh. Nhà trường có thể tạo điều kiện cho sự phát triển các yếu tố thuận lợi cho khả năng phục hồi như: khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sự liên kết giữa gia đình và trường học, các hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ từ người lớn, quan hệ bạn bè tích cực, sự phát triển các kỹ năng giải quyết vấn đề và ứng phó (Brock & cs., 2006). Các chương trình của trường học cũng cần quan tâm tới việc phát huy các điểm mạnh, các tiềm năng cũng như các kỹ năng sống tích cực cho học sinh. Ví dụ như các chương trình phát huy tư duy và cảm xúc tích cực (Wingate & cs., 2006; Fredrickson & Joiner, 2002), căn cứ vào việc các trẻ có nguy cơ thường đối mặt với lối tư duy và cảm xúc tiêu cực; hay các chương trình giúp trẻ nhận biết tốt hơn các nguồn hỗ trợ xã hội và tính liên kết với nhà trường (Appleton & cs., 2008) để giảm các trải nghiệm cô độc.

Các chiến lược chung này đồng thời cũng làm giảm khả năng xảy ra hành vi NSSI ở học sinh. Nhiều nghiên cứu cho thấy, các trẻ có hành vi NSSI có xu hướng chỉ trích bản thân, thể hiện thái độ thờ ơ, hoặc các liên kết xã hội, đặc biệt là gia đình, rất yếu (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), hay gặp khó khăn trong kiểm soát cơn giận dữ (Laye-Gindu & Schonert-Reichl, 2005), hoặc khó biểu đạt cảm xúc (Klonsky, 2007). Rõ ràng việc xây dựng một trường học an toàn và tôn trọng, thấu cảm là điều kiện tốt để tăng cường hoặc cải thiện các mối quan hệ xã hội, giúp trẻ VTN xây dựng hình ảnh bản thân tích cực, giảm thiểu các cảm xúc tiêu cực và hạn chế những sự kiện nguy cơ. Các chương trình dạy kỹ năng thích nghi hay đương đầu có thể giúp trẻ thay thế các hành vi không thích nghi và tin tưởng vào tiềm năng bản thân. Đặc biệt, do hành vi NSSI có thể xuất phát từ

những lệch lạc trong kiểm soát cảm xúc, các cán bộ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học có thể tổ chức các hoạt động nhóm về kiểm soát cảm xúc, cho phép trẻ có cơ hội khám phá các cách thức khác nhau để biểu đạt hoặc kiểm soát các cảm xúc của mình, nó có thể có tác dụng hỗ trợ trước khi trẻ định có hành vi tự hại.

Ngoài ra, nhiều nghiên cứu định tính cho thấy các cá nhân có hành vi NSSI thường trải nghiệm những cảm xúc và suy nghĩ tiêu cực, như vậy, các nguồn hỗ trợ xã hội có thể có vai trò quan trọng trong việc nuôi dưỡng tính kháng cự ở những cá nhân này. Tuy vậy, các thành viên gia đình và bạn bè thường phản ứng khó chịu hoặc tỏ thái độ không hiểu với các vết thương trên cơ thể của các cá nhân này. Nó thường sẽ dẫn tới những căng thẳng trong các mối quan hệ liên cá nhân, ít hỗ trợ xã hội hơn và có thể là xa cách xã hội (Gratz, 2003; Gratz 2006; Posse, Hallstrom, & Backenroth-Ohsako, 2002). Nghiên cứu định tính của McDonald, O'Brien, and Jackson (2007) cho thấy tồn tại cảm xúc tội lỗi của phụ huynh có con có hành vi NSSI; thậm chí 22,9% các phụ huynh không biết được rằng con mình rơi vào tình trạng này (Mojtabai & Olfson, 2008). Với các mối quan hệ bạn bè, nghiên cứu cho thấy nhóm bạn bè cũng có kiến thức rất hạn chế về NSSI (Jones & Hakman, 2010), tương tự với giáo viên, xấp xỉ một nửa không có kiến thức nếu gặp trường hợp học sinh rơi vào tình trạng này (Heath, Toste, & Beettam, 2006). Như vậy, các chương trình phòng ngừa trong trường học cũng cần thiết phải quan tâm tới việc nâng cao nhận thức về NSSI, cung cấp các thông tin về những yếu tố nguy cơ hay dấu hiệu nhận biết, loại bỏ những niềm tin hay định kiến sai lầm về NSSI hay người có hành vi này. Nói cách khác, công tác phòng ngừa không chỉ hướng tới các học sinh có nguy cơ, mà còn làm việc với tất cả môi trường xung quanh bao gồm bạn bè, cán bộ trong nhà trường, những người liên quan như phụ huynh, cụ thể là tập huấn cho họ các cách phản ứng phù hợp (trợ giúp hoặc liên hệ với địa chỉ cụ thể nào) khi biết hoặc tiếp xúc với người có hành vi NSSI, hoặc làm thế nào để nhận biết các dấu hiệu của NSSI.

Can thiệp

Về công tác can thiệp dựa trên trường học, Lieberman & cs. (2009) khẳng định cán bộ trong trường học nhất thiết phải (1) hoàn toàn ý thức được các dấu hiệu của NSSI và cách nhận biết nó chính xác và (2) có khả năng đáp ứng ngay lập tức và hiệu quả với các học sinh có hành vi tự làm tổn thương. Các tác giả khuyến nghị mỗi trường phải thiết lập một bản cam kết giữa các cán bộ trong nhà trường về việc họ sẽ giải quyết và báo cáo các trường hợp NSSI như thế nào. Bản cam kết này hướng dẫn qui trình cho các cán bộ trong trường học, đồng thời cũng tuyên bố các chính sách của nhà trường và định rõ trách nhiệm của mỗi cán bộ đối với học sinh có hành vi NSSI. Nhóm cũng đề xuất các nhà trường thành một

một nhóm chuyên môn (crisis team), gồm các cán bộ đa ngành cùng tham gia vào việc chẩn đoán và trị liệu sức khỏe tâm thần ở trường học; họ cần được tập huấn trong việc đáp ứng ngay và can thiệp lâu dài với các vấn đề sức khỏe tâm thần, bao gồm NSSI. Trong nhóm, có thể có những người không trực tiếp tham gia trị liệu, hoặc chỉ góp một phần trong đánh giá, nhưng tất cả đều cần biết đầy đủ về các quá trình này, và nhất thiết phải thành thạo việc hỗ trợ học sinh ngay lập tức khi phát hiện hành vi tự làm tổn thương. Họ cũng cần nắm được tất cả những nguồn hỗ trợ chuyên biệt về NSSI, cũng như thiết lập các đường dây liên kết với những nguồn hỗ trợ cho học sinh.

Can thiệp trong trường học cần lưu tâm tới một vấn đề khác, là hiện tượng “lây lan” của NSSI, là “một chuỗi các sự kiện mà một cá nhân có các hành vi tự gây tổn thương sau đó nó được bắt chước bởi những người khác trong cùng môi trường” (Lieberman & cs., 2009). Cần hiểu rằng nền tảng của hiện tượng này là mong muốn thiết lập cảm giác cố kết giữa các học sinh trong cùng nhóm, có được sự chấp nhận hoặc kết nạp vào nhóm, hay xây dựng một tình bạn/tình yêu giữa các em (Lieberman & cs., 2009). Nhóm tác giả khuyến nghị tách riêng nhóm học sinh cùng có hành vi NSSI để mỗi em được phụ trách bởi một cán bộ trong trường học; không sử dụng hình thức can thiệp nhóm hay truyền đạt thông tin rộng rãi giữa nhóm lớn. Walsh (2006) cũng đưa ra ba chiến lược để giảm thiểu nguy cơ của hiện tượng này, gồm (1) giảm các hình thức trao đổi về hành vi tự gây tổn thương giữa các thành viên của nhóm; (2) giảm việc lan truyền các hình ảnh những vết thương/vết sẹo gây ra do các hành vi này và (3) trị liệu cá nhân thay vì trị liệu nhóm.

Cuối cùng, khi nói về can thiệp cá nhân, phải khẳng định rằng các tác giả trong lĩnh vực can thiệp đều khuyến nghị nếu như học sinh đã được chẩn đoán có hành vi NSSI, thì học sinh cần được đưa tới các chuyên gia về sức khỏe tâm thần. Trị liệu toàn diện đối với NSSI thường quá phức tạp (gồm các quy trình quản lý rủi ro, tập huấn hành vi thay thế, trị liệu nhận thức, làm việc với hình ảnh bản thân, trị liệu phơi nhiễm, can thiệp dựa trên gia đình, và trị liệu tâm-dược lý) (Walsh, 2006) để có thể thực hiện được trong điều kiện nhà trường và với khả năng chuyên môn của nhà tâm lý trường học. Tuy nhiên, trong điều kiện Việt Nam việc đưa các em tới gặp nhà chuyên môn về sức khỏe tâm thần không phải lúc nào cũng có thể; thêm nữa cho dù không thể thực hiện được trị liệu, thì những người làm về sức khỏe tâm thần trường học vẫn phải nắm được các biện pháp can thiệp dựa trên thực chứng đối với NSSI. Vậy nhưng nó cũng đi kèm với hiện thực là chưa có nhiều bằng chứng khẳng định được hiệu quả của các hình thức trị liệu đối với NSSI (Nixon & cs., 2009). Các biện pháp can thiệp nhận thức – hành vi, tuy ít bằng chứng cho thấy hiệu quả trực tiếp đối với NSSI, nhưng lại có kết quả

tích cực trong giảm hành vi tự sát (Evans, 2000) hay các trạng thái liên quan như trầm cảm (Beck & cs., 1979). Xem xét theo tiếp cận chức năng hay mô hình kiểm soát cảm xúc, có thể thấy hành vi NSSI gắn liền với các cảm xúc tiêu cực (trầm uất, lo âu,...), các suy nghĩ không hợp lý và các hành vi không thích nghi; như vậy can thiệp nhận thức hành vi hoàn toàn là phù hợp. Hai liệu pháp nhận thức – hành vi mà Muehlenkamp (2006) cho là có nhiều bằng chứng chứng minh tính hiệu quả nhất là PST - trị liệu giải quyết vấn đề⁶ và DBT - trị liệu hành vi biện chứng⁷.

Kết luận

Bài viết được thực hiện với mục đích cung cấp một cái nhìn tổng quan về các hành vi tự làm tổn thương bản thân ở trẻ VTN để làm cơ sở cho công tác phòng ngừa và can thiệp ở trường học. Như đã trình bày, trẻ VTN, đặc biệt là ở môi trường học đường, là nhóm đối tượng được đặc biệt quan tâm trong nghiên cứu và can thiệp với NSSI, do tỉ lệ khởi phát, mức độ nghiêm trọng và thời gian kéo dài của hành vi nguy hiểm hơn nhiều so với các lứa tuổi khác. Tuy có nhiều chênh lệch do vấn đề định nghĩa hay phương pháp, nhưng tỉ lệ hành vi này ở trẻ VTN trong các nghiên cứu quốc tế cho thấy đều rất đáng báo động (xấp xỉ 15-25%); ở Việt Nam trích chỉ số thống kê quốc gia cũng không kém phần đáng ngại. Nhiều mô hình lý thuyết được đưa ra để giải thích cho các hành vi này, nhưng cần hiểu chúng trong mối quan hệ tương tác với nhau và các áp dụng hợp lý mô hình trong đánh giá và can thiệp, đây cũng là yêu cầu nhất thiết với các cán bộ sức khỏe tâm thần trường học. Cuối cùng, một số chiến lược trong phòng ngừa và can thiệp dựa trên trường học đối với hành vi NSSI được giới thiệu tổng quát để làm cơ sở cho việc xây dựng các chương trình riêng phù hợp với bối cảnh của Việt Nam.

Trên cơ sở này, chúng tôi khuyến nghị cần có nghiên cứu chuyên biệt trên diện rộng về tỉ lệ trẻ VTN có các hành vi NSSI, cũng như các lãnh đạo nhà trường và cán bộ sức khỏe tâm thần trường học sớm có những biện pháp tương thích với hoàn cảnh hiện nay để đáp ứng việc phòng ngừa và trực tiếp hỗ trợ các học sinh có nguy cơ/hay có dấu hiệu hành vi NSSI.

Tài liệu tham khảo

- [1] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- [2] Best, R. (2006). Non-suicidal self-injury in adolescence: A challenge for schools.

⁶ PST: Problem-solving therapy

⁷ DBT: Dialectical Behavior Therapy

British Journal of Guidance & Counseling, 34, 161-175.

- [3] Cu, L.L. & Blum, R.W., (2011). Intentional injury in young people in Vietnam: prevalence and social correlates. *MEDICC Review*, 13, 23-28.
- [4] Hilt, L.M., Nock, M.K., Lloyd-Richardson, E.E., & Prinstein, M.J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469.
- [5] Jacobson, C.M., & Gould, M. (2007). *The epidemiology and phenomenonology of non-suicidal behavior among adolescents: A critical review of the literature*. *Archives of Suicide Research*, 11, 129-147.
- [6] Klonsky, E.D., Muehlenkamp J.J. (2006). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63.
- [7] Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Non-suicidal self-injury in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- [8] Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal self-injury among community adolescents: Understanding the whats and whys of self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- [9] Lieberman, R.A. & al. (2009). Non-suicidal Self-injury in the schools: prevention and intervention. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*, 195-214.
- [10] Lloyd-Richardson, E.E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M.L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192.
- [11] Messer J.M., Fremouw W.J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178.
- [12] Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.