

VƯỢT RA NGOÀI KHUÔN KHỔ DSM/ICD: NHÀ TÂM LÝ TRỊ LIỆU HIỂU SỰ BẾ TẮC CỦA THÂN CHỦ DỰA TRÊN ĐIỀU GÌ?

Trần Thị Minh Đức, Nguyễn Thị Như Trang

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn - Đại học Quốc gia Hà Nội

Tóm tắt: Trong đào tạo và thực hành tâm lý lâm sàng hiện nay, việc phụ thuộc quá mức vào các hệ thống phân loại như DSM-5 và ICD-11 có thể làm hạn chế khả năng hiểu các khó khăn tâm lý phức tạp, đặc biệt ở nhóm thân chủ dưới ngưỡng chẩn đoán hoặc có biểu hiện đồng mắc. Bài viết này đề xuất một cách tiếp cận bổ sung dựa trên các mô hình xuyên chẩn đoán như Phân loại bệnh lý tâm thần theo thứ bậc và Trị liệu dựa theo tiến trình, nhấn mạnh sự chuyển dịch từ “chẩn đoán hội chứng” sang “phân tích quy trình tâm lý”. Thông qua phân tích một trường hợp lâm sàng điển hình kết hợp với tổng quan tài liệu, bài viết minh họa cách các can thiệp nhắm vào những quy trình cốt lõi như sự linh hoạt tâm lý, tự trách ẩn và điều chỉnh cảm xúc có thể mang lại hiệu quả vượt ra ngoài việc giảm các triệu chứng đơn lẻ. Cách tiếp cận này cho phép thiết kế can thiệp cá nhân hóa và phù hợp với cả những thân chủ không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Bài viết nhấn mạnh rằng việc thấu hiểu các quy trình vận hành của tâm trí là một hướng phát triển quan trọng của trị liệu tâm lý đương đại.

Từ khóa: DSM/ICD; Phân loại bệnh lý tâm thần theo thứ bậc; Trị liệu dựa theo tiến trình; Xuyên chẩn đoán.

Ngày nhận bài: 14/02/2026; Gửi phản biện: 17/02/2026; Ngày duyệt đăng bài: 10/3/2026.

1. Đặt vấn đề

1.1. Tiếng chuông từ những buổi thảo luận lâm sàng

Khi mới bước vào nghề, nhiều sinh viên và nhà tâm lý trị liệu trẻ thường cảm thấy khá yên tâm khi biết rằng mỗi thân chủ rồi cũng có thể được “xếp” vào một rối loạn nào đó có trong các bảng phân loại như DSM (Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần) hay ICD (Bảng Phân loại bệnh quốc tế). Những hệ thống này tạo ra một cảm giác rõ ràng: vấn đề được gọi tên, có tiêu chí, có mã số và dường như cũng sẽ có hướng can thiệp tương ứng.

Nhưng càng làm việc lâu hơn, chúng ta càng gặp những trường hợp không dễ gọi tên như vậy. Một thân chủ có lo âu, có trầm buồn, có né tránh xã hội, có tự ti, khó tập trung, rối loạn giấc ngủ... nhưng lại không đủ tiêu chí trọn vẹn cho bất kỳ một rối loạn cụ thể nào. Họ khổ tâm thật sự, chức năng sống bị ảnh hưởng, nhưng khi đối chiếu với bảng tiêu chuẩn, chúng ta lúng túng vì không biết gọi đó là gì cho đúng?

Trong một số buổi thảo luận chuyên môn gần đây, tôi đã chứng kiến một khoảnh khắc khá đặc biệt. Câu hỏi được đặt ra không chỉ như một thắc mắc kỹ thuật, mà như một nỗi băn khoăn nghề nghiệp của các học viên cao học và người làm nghề: “Nếu thân chủ

không có đủ các triệu chứng như trong bảng phân loại, thì chúng ta dựa vào đâu để hỗ trợ? Làm sao tự tin can thiệp khi không thể gọi tên một rối loạn cụ thể?”.

Có lẽ đã đến lúc chúng ta đặt lại một câu hỏi cơ bản hơn: *Khi không thể dựa vào một nhãn chẩn đoán rõ ràng, nhà tâm lý trị liệu đang thực sự hiểu thân chủ của mình như thế nào?*

1.2. Hệ thống phân loại và khoảng trống của thực hành

Không thể phủ nhận rằng DSM và ICD là những thành tựu quan trọng của y học hiện đại. Chúng giúp chuẩn hóa giao tiếp chuyên môn, hỗ trợ nghiên cứu dịch tễ và tạo nền tảng cho nhiều chính sách y tế. Tuy nhiên, bản chất của các hệ thống này là phân loại - tức là xác định các cụm triệu chứng đủ tiêu chí để được xem như một rối loạn riêng biệt. Thậm chí trong hiện thực, tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần đi kèm cao đã làm suy yếu giả định rằng chẩn đoán DSM đại diện cho các rối loạn riêng biệt (Hyman, 2010).

Các điều tra dịch tễ tại nhiều quốc gia cho thấy rất nhiều người trong cộng đồng trải nghiệm các triệu chứng tâm lý đáng kể nhưng không đạt đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán. Một nghiên cứu quy mô lớn ghi nhận rằng 57% người trưởng thành từng trải qua ít nhất một triệu chứng tâm thần dưới ngưỡng (subthreshold), bao gồm rối loạn nhân cách, lo âu (Johnson và cộng sự, 2022). Nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2023) cho thấy tỷ lệ triệu chứng dưới ngưỡng của trầm cảm dao động rất rộng, nhưng trung bình có khoảng khoảng 11% người dân báo cáo triệu chứng dưới ngưỡng này. Điều này cho thấy nhiều người có các biểu hiện tâm lý nhưng không đủ tiêu chuẩn DSM/ICD.

Trong đào tạo, đôi khi chúng ta vô tình học cách “truy tìm” triệu chứng để khớp vào tiêu chuẩn, hơn là học cách quan sát toàn bộ cấu trúc khó khăn tâm lý của một con người. Khi gọi tên được “trầm cảm nhẹ” hay “rối loạn lo âu lan tỏa”, nhà tâm lý trị liệu có thể cảm thấy mình đã hiểu thân chủ. Trên thực tế, điều ta vừa làm chủ yếu là phân loại biểu hiện, mà chưa chắc đã hiểu vì sao những biểu hiện đó tồn tại và duy trì. Có một thực tế đơn giản nhưng đáng suy nghĩ: phần lớn khó khăn tâm lý trong đời sống không nằm gọn trong các “chiếc hộp” chẩn đoán.

1.3. Nghịch lý của sự đồng mắc

Bên cạnh hiện tượng dưới ngưỡng lâm sàng, thực hành tâm lý còn đối diện với một nghịch lý khác: sự đồng mắc. Chúng ta hiếm khi gặp một thân chủ “thuần khiết” chỉ mang một nhãn chẩn đoán. Thay vào đó, nhiều người vừa lo âu, vừa trầm cảm, vừa rối loạn giấc ngủ; hoặc vừa có khó khăn quan hệ, vừa có tự ti kéo dài, vừa có những biểu hiện né tránh xã hội...

Dữ liệu dịch tễ học cho thấy đồng mắc là một đặc trưng phổ biến mà không phải ngoại lệ. Ở một số nhóm rối loạn tâm thần, hơn một nửa số người đáp ứng tiêu chí của một rối loạn cũng đồng thời đáp ứng tiêu chí của ít nhất một rối loạn khác. Ví dụ, người từng có rối loạn ám ảnh cưỡng chế (Obsessive Compulsive Disorder - OCD) trong đời cũng có ít nhất một rối loạn khác có trong DSM-IV; tương tự, người có rối loạn tâm trạng cũng đồng thời có rối loạn lo âu. Những số liệu này cho thấy tỷ lệ đồng mắc từ 2 rối loạn trở lên rất cao trong các nhóm có rối loạn tâm thần (Miller, 1994). Những con số này gợi ý rằng các ranh giới giữa các rối loạn không phải lúc nào cũng tách biệt rõ ràng trong thực tế đời sống và hầu hết các chứng rối loạn tâm thần không phải là những vấn đề riêng biệt, có ranh giới rõ ràng (Kendell và Jablensky, 2003).

Trong chương trình nghiên cứu cho DSM-5, các tác giả soạn thảo cũng thừa nhận rằng, các vấn đề về ranh giới và bệnh lý tâm thần đi kèm cho thấy các phân loại chẩn đoán hiện tại không đại diện cho các rối loạn riêng biệt (Kupfer và cộng sự, 2008). Như vậy, vấn đề đồng mắc và ranh giới thực tế cho thấy các rối loạn không phải thực sự có thể phân biệt được.

Trong bối cảnh đó, câu hỏi đặt ra là: *Khi một thân chủ vừa lo âu, vừa trầm buồn, vừa mất ngủ, chúng ta đang đối diện với ba vấn đề độc lập cùng tồn tại, hay có một cấu trúc khó khăn chung đang biểu hiện qua nhiều mặt khác nhau?*

Nếu chỉ bám chặt vào khung phân loại rối loạn tâm thần, nhà tâm lý trị liệu có thể rơi vào hai thái cực: hoặc cố gắng “nặn” cho đủ tiêu chí để có một chẩn đoán rõ ràng, hoặc cảm thấy lúng túng và thiếu niềm tự tin chuyên môn. Cả hai đều có nguy cơ dẫn đến trị liệu rời rạc - xử lý từng triệu chứng như những mảnh ghép riêng lẻ, thay vì nhìn thấy toàn bộ bức tranh của sự bế tắc tâm lý.

1.4. Khái niệm “sự bế tắc” như một cách nhìn khác

Trong bài viết này, khái niệm “sự bế tắc” hay “bế tắc tâm lý” (psychological inflexibility) không được sử dụng để mô tả trạng thái trong đó cá nhân bị cuốn vào các vòng lặp nhận thức - cảm xúc - hành vi kém thích nghi, dẫn đến suy giảm khả năng điều chỉnh linh hoạt trước các tình huống đời sống. Khái niệm này gần với ý tưởng về sự bế tắc tâm lý trong các mô hình dựa trên Trị liệu chấp nhận và Cam kết (Hayes và cộng sự, 2006), nhưng được dùng ở đây theo nghĩa rộng hơn để mô tả các vòng lặp duy trì khổ tâm trong nhiều bối cảnh lâm sàng.

Trạng thái này có thể bao gồm các biểu hiện chòng chéo giữa nhiều nhóm triệu chứng, có thể dao động về mức độ nghiêm trọng, hoặc không đạt ngưỡng chẩn đoán theo tiêu chuẩn phân loại truyền thống. Tuy vậy, nó vẫn gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng và chất lượng cuộc sống. Nói một cách gần gũi hơn, đó là những trường hợp mà thân chủ cảm thấy mình đang “mắc kẹt” trong những khuôn mẫu lặp lại gây khổ tâm, dù không phải lúc nào cũng phù hợp hoàn toàn với một nhãn chẩn đoán cụ thể.

1.5. Cơ sở lý luận cho trị liệu tâm lý vượt ngoài khuôn khổ phân loại

Từ xuyên chẩn đoán đến nhân tố p

Một trong những thách thức lớn của mô hình phân loại truyền thống là hiện tượng đồng mắc cao giữa các rối loạn tâm thần/tâm lý. Các khảo sát dịch tễ quy mô lớn cho thấy phần lớn những người đáp ứng tiêu chuẩn của một rối loạn cũng đồng thời đáp ứng tiêu chuẩn của ít nhất một rối loạn khác (Kessler và cộng sự, 2005). Thực tế này đặt câu hỏi về tính độc lập của các rối loạn chẩn đoán.

Trong bối cảnh đó, Caspi và cộng sự (2014) đề xuất sự tồn tại của một nhân tố bệnh lý tâm thần tổng quát, gọi là p factor - nhân tố p (General psychopathology factor), tương tự như “nhân tố g” trong nghiên cứu trí tuệ. Trong các mô hình xuyên chẩn đoán gần đây, khái niệm nhân tố p được sử dụng để chỉ một khuynh hướng dễ tổn thương chung đối với nhiều dạng rối loạn tâm lý khác nhau. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, việc can thiệp thường không nhắm trực tiếp vào nhân tố tổng quát này mà tập trung vào các tiến trình tâm lý cụ thể duy trì khó khăn của thân chủ. Theo định hướng của PBT (Trị liệu dựa theo tiến trình), các tiến trình này được xem là mục tiêu can thiệp chính trong quá trình trị liệu.

Theo mô hình này, một cá nhân có mức p cao không nhất thiết gắn với một rối loạn cố định. Thay vào đó, họ có thể biểu hiện lo âu ở giai đoạn này, trầm cảm ở giai đoạn khác, hoặc gặp khó khăn trong điều hòa cảm xúc và quan hệ liên cá nhân trong bối cảnh khác. Nhân tố p, vì vậy, giúp lý giải vì sao sự đồng mắc và sự chuyển đổi chẩn đoán theo thời gian lại phổ biến.

Quan điểm xuyên chẩn đoán (transdiagnostic approach) phát triển từ nền tảng này, nhấn mạnh rằng nhiều rối loạn khác nhau có thể chia sẻ các cơ chế duy trì chung (Harvey và cộng sự, 2004). Thay vì xem mỗi rối loạn tâm lý/tâm thần như một thực thể biệt lập, cách tiếp cận xuyên chẩn đoán tìm kiếm các tiến trình tâm lý cốt lõi vận hành bên dưới nhiều biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Mô hình HiTOP và cách tiếp cận chiều kích

Song song với hướng xuyên chẩn đoán, mô hình Phân loại bệnh lý tâm thần theo thứ bậc (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology - HiTOP) được phát triển nhằm tái cấu trúc hệ thống phân loại tâm bệnh theo hướng chiều kích (Kotov và cộng sự, 2017). Khác với DSM/ICD vốn tổ chức rối loạn theo danh mục (categories), HiTOP đề xuất rằng các biểu hiện tâm bệnh tồn tại trên các phổ liên tục (dimensions). Các triệu chứng được sắp xếp theo cấu trúc thứ bậc, từ các biểu hiện cụ thể đến các phổ rộng hơn như nội hóa (internalizing) và ngoại hóa (externalizing) và ở tầng cao nhất có thể liên hệ với nhân tố p. Theo cách nhìn này, tâm bệnh không phải là một trạng thái “có hoặc không”, mà là một mức độ lệch chuẩn trên một phổ liên tục của chức năng tâm lý. Những cá nhân “dưới ngưỡng lâm sàng”, vì vậy, không nằm ngoài hệ thống, mà ở vị trí nhẹ hơn trên cùng một phổ với các rối loạn tâm lý được định danh.

Cách tiếp cận chiều kích có ý nghĩa quan trọng đối với thực hành trị liệu. Nó thừa nhận tính liên tục giữa khó khăn đời sống và rối loạn lâm sàng, đồng thời cho phép can thiệp sớm trước khi các biểu hiện đạt đến ngưỡng chẩn đoán chính thức.

Hệ quả đối với thực hành lâm sàng

Khi sự bế tắc tâm lý được hiểu như một cấu trúc động của các tiến trình duy trì tổn thương - thay vì như một nhãn bệnh tách biệt - trọng tâm của trị liệu cũng cần được điều chỉnh. Thay vì đặt câu hỏi “*Thân chủ thuộc rối loạn tâm thần nào?*”, nhà trị liệu có thể tự hỏi: “*Những tiến trình nào đang vận hành và duy trì sự bế tắc tâm lý này?*” Để trả lời câu hỏi này, chúng ta cần một hệ quy chiếu rộng hơn những chiếc hộp định danh tâm bệnh truyền thống và câu hỏi này mở đường cho các mô hình trị liệu dựa trên cơ chế thay đổi thay vì dựa trên chẩn đoán các triệu chứng lâm sàng. Chính tại điểm giao này, Trị liệu dựa trên tiến trình (PBT) được đề xuất như một khung tiếp cận can thiệp. Khác với HiTOP - vốn là một mô hình phân loại chiều kích nhằm mô tả cấu trúc của tâm bệnh - PBT tập trung vào việc xác định và thay đổi các tiến trình tâm lý đang duy trì khó khăn của thân chủ. Nói cách khác, HiTOP giúp nhà lâm sàng hiểu vị trí của thân chủ trên các phổ tâm bệnh, trong khi PBT cung cấp một khung để lựa chọn cơ chế can thiệp phù hợp.

1.6. Từ trị liệu triệu chứng đến Trị liệu dựa trên tiến trình

Hayes và Hofmann (2018) cho rằng hệ thống phân loại hiện hành không phải là “phân loại tự nhiên” dành cho trị liệu tâm lý, bởi nó được thiết kế chủ yếu cho mục đích mô tả và nghiên cứu dịch tễ, mà không trực tiếp phản ánh cơ chế thay đổi trong can thiệp.

PBT đề xuất chuyển đơn vị phân tích từ nhãn chẩn đoán sang: (1) các tiến trình tâm lý (processes), (2) cơ chế thay đổi (mechanisms of change) và (3) và chức năng hành vi trong bối cảnh cụ thể (Hayes và cộng sự, 2019). Trong khuôn khổ này, trị liệu không nhằm “loại bỏ” một rối loạn cụ thể, mà nhằm điều chỉnh các tiến trình đang duy trì sự tổn thương hay bế tắc tâm lý. Can thiệp được lựa chọn dựa trên bằng chứng về cơ chế thay đổi, thay vì dựa thuần túy vào sự tương ứng giữa triệu chứng rối loạn và phác đồ trị liệu.

Tính linh hoạt tâm lý như mục tiêu trung tâm

Một trong những khái niệm cốt lõi trong PBT (đặc biệt trong truyền thống của trị liệu Chấp nhận và Cam kết - ACT) là tính Linh hoạt tâm lý (psychological flexibility). Linh hoạt tâm lý được định nghĩa là khả năng duy trì tiếp xúc với trải nghiệm hiện tại một cách có ý thức và cởi mở, đồng thời lựa chọn hành vi phù hợp với giá trị cá nhân (Hayes và cộng sự, 2006). Theo quan điểm này, mục tiêu của trị liệu không đơn thuần là giảm triệu chứng xuống dưới ngưỡng chẩn đoán. Một cá nhân có thể vẫn trải nghiệm lo âu hay buồn bã, nhưng nếu họ không còn bị những trạng thái này chi phối hành động và có thể sống phù hợp với giá trị của mình, thì chức năng tâm lý đã được cải thiện đáng kể. Như vậy, sự thay đổi trọng tâm từ “giảm triệu chứng” sang “tăng linh hoạt” phản ánh một chuyển dịch sâu sắc trong cách hiểu sức khỏe tâm thần.

Vai trò của liên minh trị liệu

Bên cạnh cơ chế thay đổi cụ thể, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hiệu quả trị liệu không phụ thuộc hoàn toàn vào chẩn đoán hay mô hình can thiệp, mà còn chịu ảnh hưởng mạnh từ liên minh trị liệu và các yếu tố chung (Wampold và Imel, 2015). Trong cách tiếp cận dựa trên tiến trình, sự hiện diện của nhà trị liệu không chỉ là thái độ thấu cảm chung chung, mà là sự kết hợp giữa một mối quan hệ an toàn, hợp tác và một định hướng khoa học rõ ràng về cơ chế thay đổi. Nhà trị liệu không chỉ quan sát “triệu chứng”, mà quan sát một hệ thống tâm lý đang vận hành trong bối cảnh sống cụ thể ở thân chủ.

1.7. Khoảng trống thực hành tại Việt Nam

Tại Việt Nam, hướng dẫn thực hành trị liệu dựa trên bằng chứng vẫn gắn chặt với các rối loạn đã được định danh trong DSM/ICD. Khi gặp thân chủ có các khó khăn chồng chéo, dao động hoặc dưới ngưỡng lâm sàng, nhà tâm lý trị liệu có thể gặp khó khăn trong việc xác định điểm tựa chuyên môn. Khoảng trống nằm ở câu hỏi: *Nếu không dựa hoàn toàn vào nhãn chẩn đoán, nhà tâm lý trị liệu nên sử dụng đơn vị phân tích nào để hiểu và can thiệp?*

Nghiên cứu này nhằm góp phần làm rõ câu hỏi đó bằng cách xem xét các khung lý thuyết xuyên chẩn đoán, mô hình chiều kích (HiTOP) và Trị liệu dựa trên tiến trình như những nền tảng khả dĩ cho thực hành tâm lý trong bối cảnh Việt Nam.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng phương pháp phân tích ca lâm sàng (case study) nhằm minh họa sự chuyển dịch từ tư duy chẩn đoán dựa trên triệu chứng sang tư duy phân tích tiến trình trong trị liệu tâm lý.

Mục tiêu của thiết kế ca lâm sàng không phải để khái quát hóa, mà để làm rõ cách thức một khung lý thuyết Trị liệu dựa theo tiến trình có thể được vận dụng trong thực hành với một thân chủ dưới ngưỡng chẩn đoán theo DSM-5 (Thông tin nhận diện đã được thay đổi để bảo mật).

2.2. Giới thiệu ca lâm sàng

Thân chủ: Lan (tên giả), nữ, 24 tuổi, mới tốt nghiệp đại học, hiện làm việc tại một công ty đa quốc gia.

Lý do tìm đến hỗ trợ: Lan mô tả mình thường xuyên cảm thấy “ngộp thở” và “không đủ tốt”. Cô lo lắng về những lỗi sai nhỏ trong công việc, khó ngủ vào buổi tối vì suy nghĩ lặp đi lặp lại và có xu hướng né tránh các buổi họp vì sợ bị đánh giá.

Đánh giá theo tiêu chuẩn phân loại: Khi đối chiếu với tiêu chí DSM-5 đối với Rối loạn lo âu lan tỏa hoặc Trầm cảm chủ yếu, Lan chỉ đáp ứng một phần các tiêu chí (2-3 triệu chứng), không đủ để đưa ra chẩn đoán rối loạn tâm thần chính thức.

Tuy nhiên, mức độ bế tắc tâm lý và suy giảm chức năng của Lan là đáng kể. Từ góc nhìn xuyên chẩn đoán, những khó khăn của Lan cũng có thể phản ánh một mức độ dễ tổn thương tâm lý rộng hơn, tương thích với khái niệm nhân tố p. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này việc phân tích và can thiệp được định hướng vào các tiến trình tâm lý cụ thể duy trì vấn đề của thân chủ. Phân tích tiến trình cho thấy sự bế tắc của Lan không nằm ở một rối loạn đơn lẻ, mà là sự tương tác của nhiều quy trình duy trì:

1. Cầu toàn cứng nhắc: Tiêu chuẩn nội tại quá cao và khó điều chỉnh theo bối cảnh.
2. Đồng nhất nhận thức (cognitive fusion): Tin tuyệt đối vào các suy nghĩ tự phê phán “Mình là kẻ thất bại!”...
3. Né tránh trải nghiệm: Tránh tham gia các cuộc họp và phản hồi để không phải đối diện với lo âu và xấu hổ.

Các quy trình này tạo thành một vòng lặp: càng né tránh → càng củng cố niềm tin tiêu cực → càng tăng lo âu → càng gia tăng sự cầu toàn.

Cụ thể, khi Lan tin tưởng mạnh mẽ vào suy nghĩ “Mình không đủ tốt”, cảm xúc lo âu và xấu hổ gia tăng trong các tình huống có đánh giá (ví dụ các cuộc họp công việc). Để giảm cảm giác này, cô có xu hướng né tránh hoặc trì hoãn tham gia. Sự né tránh giúp giảm lo âu trong thời gian ngắn nhưng đồng thời tước đi cơ hội trải nghiệm phản hồi tích cực hoặc học hỏi kỹ năng, từ đó củng cố niềm tin gốc rằng bản thân kém năng lực. Vòng lặp này tiếp tục gia tăng tiêu chuẩn cầu toàn và áp lực tự phê phán.

2.3. Mục đích nghiên cứu

Nghiên cứu ca lâm sàng này nhằm: 1/ Minh họa cách nhận diện sự bế tắc ở một thân chủ dưới ngưỡng lâm sàng, khi không thể dựa hoàn toàn vào nhãn chẩn đoán DSM-5; 2/ Trình bày cách mô hình Trị liệu dựa trên tiến trình (PBT) có thể được sử dụng để xây dựng lộ trình hỗ trợ cá nhân hóa dựa trên cơ chế duy trì, thay vì dựa trên phác đồ cho một rối loạn cụ thể.

Bài viết không tập trung mô tả chi tiết từng kỹ thuật can thiệp, mà nhấn mạnh cách thay đổi đơn vị phân tích: từ “triệu chứng” sang “tiến trình”.

3. Kết quả phân tích và can thiệp

3.1. Thay đổi ở các tiến trình cốt lõi

Sau quá trình trị liệu 8 phiên, sự thay đổi không được đánh giá chủ yếu qua việc làm “hết triệu chứng”, mà qua sự điều chỉnh ở các tiến trình duy trì.

Lan chuyển từ:

- Mức né tránh cao sang khả năng tiếp xúc và chấp nhận cảm xúc lo âu.
- Đồng nhất nhận thức mạnh sang khả năng quan sát suy nghĩ như sự kiện tâm trí.
- Cầu toàn cứng nhắc sang tiêu chuẩn linh hoạt hơn và có tự trắc ẩn.

3.2. Tổng hợp tiến trình - can thiệp - thay đổi chức năng

Bảng 1: Kết quả can thiệp sau 8 phiên theo PBT

Quy trình mục tiêu	Hướng can thiệp (cơ chế thay đổi)	Thay đổi quan sát được
Tách rời nhận thức (Defusion)	Thực hành quan sát suy nghĩ như sự kiện tâm trí thay vì suy nghĩ sai lệch như một sự thật tuyệt đối.	Giảm mức độ bị cuốn vào các phán xét bản thân; cải thiện tập trung công việc.
Chấp nhận (Acceptance)	Tăng khả năng cho phép cảm xúc lo âu xuất hiện mà không cần né tránh hoặc kiểm soát.	Giảm tần suất né tránh họp; tăng khả năng đối diện phản hồi.
Tự trắc ẩn	Phát triển thái độ tử tế với bản thân, giảm xu hướng tự phê phán khắc nghiệt.	Giảm áp lực hoàn hảo; cải thiện giấc ngủ.
Kết nối giá trị sống	Làm rõ định hướng giá trị và tăng động lực hành vi phù hợp với giá trị cá nhân.	Tăng động lực nội tại; hành vi chủ động hơn.

Bảng 1 trình bày các tiến trình mục tiêu, cơ chế thay đổi được kích hoạt trong quá trình can thiệp và những thay đổi quan sát được sau 8 phiên trị liệu.

3.3. Cải thiện chức năng sống

Lan bắt đầu tham gia họp đều đặn, chất lượng giấc ngủ cải thiện và cảm nhận ít “ngộp thở” hơn trong công việc. Điều đáng chú ý là lo âu không biến mất hoàn toàn, nhưng không còn chi phối hành vi ở mức độ trước đây. Các kết quả đánh giá trước - sau can thiệp thay đổi đáng kể.

3.4. Hiệu quả mang tính chính thể

Kết quả nổi bật không nằm ở việc loại bỏ toàn bộ triệu chứng mà ở việc Lan phát triển khả năng điều chỉnh linh hoạt khi đối diện khó khăn mới. Thay vì cần một “phác đồ” mới mỗi khi xuất hiện vấn đề, Lan có thể vận dụng các kỹ năng đã học để quan sát, chấp nhận và điều chỉnh hành vi theo giá trị bản thân.

Sự khác biệt khi áp dụng PBT nằm ở chỗ nhà trị liệu không tập trung “sửa lỗi” triệu chứng, mà cùng thân chủ xây dựng lại hệ thống vận hành tâm lý theo hướng linh hoạt hơn. Có thể nói, đối với nhóm thân chủ dưới ngưỡng lâm sàng, việc phục hồi các quy trình chức năng có thể đóng vai trò then chốt trong việc ngăn chặn tiến triển nặng hơn và cải thiện chất lượng sống.

4. Bàn luận

4.1. Giải quyết nghịch lý của sự chồng chéo và bỏ sót

Trường hợp thân chủ Lan cho thấy một nghịch lý quen thuộc trong thực hành tâm lý trị liệu: Các khó khăn tâm lý thường chồng chéo và dao động, trong khi hệ thống phân loại lại vận hành theo các danh mục tách biệt. Khi đối chiếu với DSM-5, Lan không đủ tiêu chuẩn cho một chẩn đoán chính thức. Tuy nhiên, mức độ tổn thương tâm lý và suy giảm chức năng của cô là rõ ràng.

Nếu tiếp cận hoàn toàn theo logic phân loại, nhà trị liệu có thể xử lý từng cụm triệu chứng riêng lẻ (lo âu, mất ngủ, cầu toàn). Trong khi đó, phân tích theo tiến trình cho thấy các biểu hiện này liên kết với nhau thông qua một số cơ chế duy trì chung, như: *đồng nhất nhận thức, né tránh trải nghiệm và tự phê phán cứng nhắc*. Khi các cơ chế này được điều chỉnh (ví dụ thông qua phát triển tự trắc ẩn và tách rời nhận thức với bản thân), nhiều biểu hiện khó khăn được cải thiện đồng thời. Điều này gợi ý rằng cách tiếp cận dựa trên tiến trình có thể giúp giảm sự chồng chéo trong thiết kế can thiệp, bằng cách tập trung vào “nút thắt” trung tâm thay vì xử lý từng triệu chứng riêng rẽ.

Bên cạnh đó, trong khi hệ thống phân loại chủ yếu tập trung vào các biểu hiện lệch chuẩn, mô hình PBT cho phép nhà lâm sàng đồng thời làm việc với các nguồn lực của thân chủ, như điểm mạnh cá nhân, giá trị sống và năng lực tự điều chỉnh. Những yếu tố này không nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán, nhưng có thể đóng vai trò quan trọng trong quá trình thay đổi.

4.2. Ý nghĩa đối với nhóm dưới ngưỡng lâm sàng

Trường hợp Lan minh họa rằng can thiệp tâm lý không nhất thiết phải chờ đến khi thân chủ đạt ngưỡng chẩn đoán rối loạn. Với những trường hợp dưới ngưỡng, việc phân tích các tiến trình duy trì (ví dụ: né tránh, đồng nhất nhận thức, điều chỉnh cảm xúc kém linh hoạt) cho phép nhà trị liệu xác định điểm can thiệp phù hợp ngay từ giai đoạn sớm.

Với nhà trị liệu, sự chuyển dịch từ vai trò “người gán nhãn” sang “người phân tích tiến trình” không phủ nhận giá trị của chẩn đoán, mà bổ sung một tầng hiểu biết khác - tập trung vào cách hệ thống tâm lý đang vận hành trong bối cảnh sống cụ thể của thân chủ. Cách tiếp cận này cũng có thể giúp giảm lo lắng nghề nghiệp ở nhà tâm lý trị liệu trẻ, khi họ gặp những trường hợp không “vừa khít” với một nhãn chẩn đoán rối loạn tâm thần cụ thể. Điểm tựa chuyên môn cho nhà tâm lý không chỉ nằm ở mã bệnh, mà ở khả năng nhận diện và can thiệp vào cơ chế thay đổi.

4.3. Quan điểm đánh giá và can thiệp

Sự ra đời của các mô hình xuyên chẩn đoán phản ánh nhận thức ngày càng rõ ràng nhiều rối loạn cảm xúc chia sẻ các cơ chế chung, đặc biệt liên quan đến điều chỉnh cảm xúc (Barlow và cộng sự, 2017). Thay vì xem khó khăn tâm lý như các thực thể rời rạc, quan

điểm này nhìn chúng như những biểu hiện khác nhau trên một phổ trải nghiệm khổ tâm - lo sợ - né tránh - mất ý nghĩa. Điều này tương thích với cách tiếp cận chiều kích (HiTOP) và với PBT, trong đó đơn vị phân tích là tiến trình, cơ chế thay đổi và chức năng hành vi mà không phải nhãn tâm bệnh.

Từ góc độ đánh giá, câu hỏi trọng tâm chuyển từ: “*Triệu chứng này thuộc rối loạn nào?*” sang: “*Tiến trình nào đang duy trì khó khăn này và can thiệp vào đâu để có khả năng tạo thay đổi?*”.

4.4. Hàm ý đối với đào tạo

Trong bối cảnh đào tạo hiện nay, sinh viên và nhà trị liệu trẻ thường được hướng dẫn và tự đánh giá ca lâm sàng dựa trên hệ thống DSM/ICD. Điều này là cần thiết cho chuẩn hóa chuyên môn. Tuy nhiên, nếu việc đào tạo chỉ dừng lại ở logic phân loại, người học có thể hình thành một niềm tin ngầm ẩn rằng: muốn trị liệu thì phải có chẩn đoán rõ ràng. Niềm tin này đôi khi tạo ra áp lực không cần thiết khi gặp các ca dưới ngưỡng, dẫn đến xu hướng “ép” ca cho phù hợp với tiêu chuẩn phân loại hoặc cảm thấy thiếu tự tin khi không thể “gán nhãn” thân chủ.

Một hướng đào tạo cân bằng hơn có thể bao gồm: (1) Giảng dạy song song hệ thống phân loại và các mô hình xuyên chẩn đoán; (2) Tăng cường kỹ năng phân tích chức năng hành vi và cơ chế thay đổi và (3) Khuyến khích trình bày ca lâm sàng dựa trên sơ đồ tiến trình bên cạnh chẩn đoán phân loại. Mục tiêu không phải thay thế DSM/ICD, mà mở rộng năng lực tư duy lâm sàng ở người học.

5. Hạn chế

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được ghi nhận: Thứ nhất, đây là một nghiên cứu ca đơn lẻ, do đó không thể khái quát hóa kết quả cho các nhóm thân chủ khác. Thứ hai, việc đánh giá thay đổi chủ yếu dựa trên quan sát lâm sàng và báo cáo chủ quan của thân chủ. Thứ ba, vì mục tiêu của bài viết là minh họa cách tiếp cận qua một ca lâm sàng, nên chưa so sánh trực tiếp hiệu quả của PBT với một mô hình trị liệu dựa trên chẩn đoán, hoặc giải thích kỹ hơn các kỹ thuật được áp dụng. Các nghiên cứu trong tương lai có thể mở rộng bằng thiết kế nhiều ca và kết hợp đo lường tiến trình tác động để tăng độ tin cậy.

6. Kết luận

Trường hợp thân chủ Lan minh họa những giới hạn thực tiễn của việc chỉ dựa vào khung chẩn đoán phân loại khi làm việc với các trường hợp dưới ngưỡng và đồng mắc. Bài viết này không phủ nhận vai trò lịch sử và giá trị chuẩn hóa của DSM hay ICD. Tuy nhiên, việc tích hợp các mô hình nhiều chiều kích, nhân tố p và đặc biệt là trị liệu dựa theo tiến trình (PBT) cho thấy một hướng tiếp cận khác - nơi trọng tâm không nằm ở nhãn bệnh, mà ở sự vận hành của hệ thống tâm trí.

Khi nhà trị liệu chuyển từ việc tìm “phác đồ cho một chẩn đoán” sang việc xác định cơ chế thay đổi phù hợp với từng cá nhân, thực hành lâm sàng có thể trở nên linh hoạt và sát thực tế hơn, đặc biệt đối với nhóm thân chủ không đạt ngưỡng rối loạn tâm lý.

Tài liệu tham khảo

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., & Allen, L. B. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?. *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2019). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Current Opinion in Psychology*, 30, 5-10.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hyman, S. E. (2010). *The diagnosis of mental disorders: The problem of reification*. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 155-179.
- Johnson, J. C. S., Byrne, G. J., & Pelecanos, A. M. (2022). The prevalence of subthreshold psychiatric symptoms and associations with alcohol and substance use disorders: From a nationally representative survey of 36,309 adults. *BMC psychiatry*, 22(1), 270.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Kupfer, D. J., Regier, D. A., & Kuhl, E. A. (2008). *On the road to DSM-V and ICD-11*. American Journal of Psychiatry, 165(6), 645-648.
- Miller N. S. (1994). Psychiatric Comorbidity: Occurrence and Treatment. *Alcohol Health and Research World*, 18(4), 261-264.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Zhang, R., Peng, X., Song, X., Long, J., Wang, C., Zhang, C., ... Lee, T. M. C. (2023). The prevalence and risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression in the general population. *Psychological Medicine*, 53(8), 3611-3620.