

RỐI LOẠN CƯ XỬ

Stephen Scott

Phiên bản tiếng Việt

Hiệu đính: Phạm Minh Triết

Người dịch: Trần Kim Phú, Lê Quỳnh Quyên,

Nguyễn Thị Nhanh, Nguyễn Thị Huệ



Stephen Scott BSc, FRCP, FRCPsych

Professor of Child Health and Behaviour; Head, National Specialist Conduct Problems Clinic; Head, National Specialist Adoption and Fostering Clinic & Director of Research, National Academy for Parenting Practitioners, London, UK

Conflict of interest: none reported.

Ấn phẩm này hướng tới đối tượng các chuyên gia đào tạo hoặc thực hành trong lĩnh vực Sức khỏe tâm thần và không dành cho cộng đồng nói chung. Ý kiến của các tác giả đưa ra không nhất thiết phải thể hiện quan điểm của Biên tập viên hoặc IACAPAP. Ấn phẩm cung cấp các phương pháp điều trị và thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng khoa học có sẵn tại thời điểm viết sách theo đánh giá của các tác giả và có thể thay đổi so với kết quả của những nghiên cứu mới sau này. Độc giả nên áp dụng kiến thức này cho bệnh nhân theo hướng dẫn và luật pháp của quốc gia đang hành nghề. Một số quốc gia có thể không có đầy đủ các loại thuốc cũng như liều lượng và tác dụng không mong muốn được đề cập đến vì vậy độc giả nên tham khảo thông tin thuốc cụ thể. Chúng tôi có bổ sung thông tin về một số tổ chức, ấn phẩm và trang web được trích dẫn hoặc liên kết để minh họa cho các vấn đề. Điều này không có nghĩa là các tác giả, biên tập viên hoặc IACAPAP tán thành các nội dung đó, người đọc cần đánh giá nghiêm túc các khuyến nghị trên. Trang web cũng có thể đã bị thay đổi hoặc không còn tồn tại.

© IACAPAP 2015. Đây là ấn phẩm truy cập mở theo Giấy phép của tổ chức phi lợi nhuận Creative Commons Attribution. Bất cứ hình thức sử dụng, phát hành và tái bản trong bất kỳ phương tiện được cấp phép nào mà không có sự cho phép trước của tác giả cần đảm bảo điều kiện ấn phẩm gốc được trích dẫn chính xác và sử dụng mang tính chất phi lợi nhuận. Gửi ý kiến về cuốn sách điện tử hoặc dự án này đến địa chỉ jmreyATbigpond.net.au.

Gợi ý trích dẫn: Scott S. Conduct disorders. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (phiên bản tiếng Việt; Phạm Minh Triết, Nguyễn Thị Huệ, Trần Kim Phú, eds.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Dây là phần tiếp sau Chương D2, rối loạn thách thức chống đối (oppositional defiant disorder), tập trung đến rối loạn cư xử (conduct disorder), có xu hướng xảy ra ở trẻ lớn và thanh thiếu niên.

PHÂN LOẠI

ICD-10

ICD-10 có một hạng mục cho rối loạn cư xử, F91. *Mô tả lâm sàng và hướng dẫn chẩn đoán* có nêu:

“Một nhóm hành vi mà chẩn đoán được dựa vào các yếu tố sau: đánh nhau hoặc bắt nạt người khác ở mức độ quá mức; độc ác với thú vật hoặc người khác; phá hủy nghiêm trọng tài sản; phóng hỏa; trộm cắp; nói dối lặp đi lặp lại; trốn học hoặc bỏ nhà đi; cơn tức giận mức độ nặng và thường xuyên một cách bất thường; hành vi khiêu khích chống đối; không tuân thủ luật lệ mức độ nặng và kéo dài. Để đưa ra chẩn đoán chỉ cần một trong các biểu hiện trên, nhưng không phải là các hành động mang tính cô lập xã hội.” (trang 267)

Một kiểu mẫu hành vi hiện diện trong thời gian dài, nhưng không có một khung thời gian hoặc tiêu chí về mặt suy giảm chức năng hoặc tiêu chí tác động nào được đề cập.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 cho nghiên cứu có sự khác biệt, để chẩn đoán, yêu cầu các triệu chứng phải hiện diện ít nhất 6 tháng, và đoạn đề mục mở đầu yêu cầu các triệu chứng phải ảnh hưởng đến người khác (vi phạm các quyền cơ bản của họ), nhưng không đề cập đến suy giảm chức năng ở trẻ. Tiêu chuẩn nghiên cứu sử dụng phương pháp dựa trên một danh sách có sẵn một số triệu chứng nhất định. Dưới đây là 15 hành vi thường được dùng để chẩn đoán Rối loạn cư xử ở trẻ lớn và trẻ vị thành niên, nhưng cũng có thể áp dụng cho các đối tượng khác. Các triệu chứng được phân vào 4 nhóm:

- *Gây hấn với người hoặc động vật*
 - Thường nói dối hoặc không giữ lời hứa nhằm có được đồ vật hoặc được chiều chuộng, hoặc để trốn tránh nghĩa vụ.
 - Thường xuyên gây sự đánh nhau (không bao gồm đánh nhau với anh chị em trong nhà)
 - Sử dụng vũ khí có thể gây tổn hại nghiêm trọng về mặt thể chất cho người khác (ví dụ gậy gộc, gạch đá, mảnh chai lọ, dao kéo, súng đạn)
 - Thường không về nhà vào ban đêm mặc kệ sự ngăn cấm của cha mẹ (xảy ra trước 13 tuổi)
 - Thể hiện sự độc ác với người khác về mặt thể chất (ví dụ như trói, cắt hoặc thiêu người khác)
 - Thể hiện sự độc ác với thú vật về mặt thể chất
- *Phá hoại tài sản*
 - Cố ý phá hủy tài sản của người khác (không phải do phóng hỏa)
 - Cố ý phóng hỏa với ý định gây hư hại nghiêm trọng

- *Lừa gạt hoặc trộm cắp*
 - Đánh cắp các vật có giá trị mà không chạm trán với nạn nhân, ở trong nhà hoặc bên ngoài (ví dụ ăn cắp ở cửa hàng, lên vào nhà người khác để ăn cắp, sao chép giả mạo để trục lợi).
- *Vi phạm nghiêm trọng các quy định*
 - Thường xuyên trốn học, bắt đầu trước 13 tuổi.
 - Trốn khỏi nhà của cha mẹ hoặc nhà của người chăm sóc ít nhất hai lần hoặc trốn khỏi nhà một lần kéo dài quá một đêm (không phải trốn khỏi nhà để né tránh bạo hành thể chất hoặc lạm dụng tình dục)
 - Thực hiện một hành vi phạm tội trước sự chứng kiến của nạn nhân (bao gồm móc túi, tống tiền, trộm lộn)
 - Cường ép người khác thực hiện hành vi tình dục
 - Thường xuyên bắt nạt người khác (ví dụ như cố ý gây đau hoặc tổn thương, bao gồm đe dọa, làm tổn thương, quấy nhiễu người khác dai dẳng)
 - Đột nhập vào nhà riêng, tòa nhà hoặc xe hơi của người khác

Để đưa ra chẩn đoán, cần hiện diện 3 triệu chứng đã đề cập ở trên, một triệu chứng cần biểu hiện ít nhất 6 tháng. Không có tiêu chuẩn suy giảm chức năng. Có 3 phân nhóm: *rối loạn cư xử khu trú trong phạm vi gia đình (conduct disorder confined to the family context)* (F91.0), *rối loạn cư xử kiểu không thích ứng xã hội (unsocialised conduct disorder)* (F91.1, người trẻ không có bạn và bị bạn cùng tuổi từ chối), và *rối loạn cư xử kiểu thích ứng xã hội (socialised conduct disorder)* (F91.2, mối quan hệ bạn bè bình thường). Tuổi khởi phát cũng được khuyến nghị nên ghi nhận rõ, *loại khởi phát ở thời thơ ấu* biểu hiện trước 10 tuổi, và *loại khởi phát ở tuổi thanh thiếu niên* biểu hiện sau đó. Mức độ nặng bao gồm *nhẹ, vừa* hoặc *nặng* được phân loại dựa vào số lượng triệu chứng hoặc mức độ ảnh hưởng đến người khác, ví dụ gây tổn thương thể chất nghiêm trọng; cố ý huỷ hoại tài sản (vandalism); trộm cắp.

Nếu bệnh nhân có đủ triệu chứng để chẩn đoán một rối loạn khác xảy ra cùng lúc, hệ thống ICD-10 không khuyến khích có thêm một chẩn đoán thứ hai, mà thay vào đó đưa ra một chẩn đoán đơn độc dạng phối hợp. Có hai loại chính: Rối loạn hỗn hợp cư xử và cảm xúc, trong số đó có *rối loạn cư xử trầm cảm (depressive conduct disorder)* (F92.0) được nghiên cứu nhiều nhất; và *rối loạn cư xử tăng động (hyperkinetic conduct disorder)* (F90.1). Có bằng chứng mức độ vừa phải cho thấy các rối loạn dạng phối hợp này có thể khác biệt đôi chút so với từng rối loạn cấu thành.

DSM-IV

Hệ thống DSM IV-R theo sát tiêu chuẩn nghiên cứu ICD-10 và không có phiên bản hướng dẫn lâm sàng riêng biệt. 15 hành vi giống với ICD-10 được đưa vào chẩn đoán rối loạn cư xử (312.8), từ ngữ được sử dụng hầu như giống hệt nhau. Tương tự ICD-10, để chẩn đoán cần có sự hiện diện của 3 triệu chứng. Mức độ nặng, khởi phát ở trẻ em hay ở thanh thiếu niên cũng cần được chỉ rõ. Tuy nhiên, không giống ICD-10, không có sự phân nhóm thành thích ứng xã hội/không thích ứng xã hội, hay khu trú ở phạm vi gia đình, và có một yêu cầu là các triệu chứng này phải gây suy giảm rõ rệt trên lâm sàng ở khía cạnh xã hội, học tập hoặc chức năng xã hội. Rối loạn khác xảy ra cùng lúc ở DSM IV-R

được ghi nhận bằng cách đưa ra nhiều chẩn đoán riêng biệt nếu cần thiết, thay vì việc đưa ra một chẩn đoán đơn độc dạng phối hợp.

Chẩn đoán phân biệt

Để đưa ra chẩn đoán rối loạn cư xử thường không phức tạp nhưng các rối loạn khác xảy ra cùng lúc thì hay bị thiếu sót. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm:

Hội chứng tăng động/Rối loạn tăng động giảm chú ý (Hyperkinetic syndrome/attention deficit hyperactivity disorder)

Trên đây là hai tên gọi tương ứng theo ICD-10 và DSM IV-R cho cùng một rối loạn, ngoại trừ việc chẩn đoán nêu trước (Hội chứng tăng động) có mức độ nặng hơn. Để tiện cho việc theo dõi, thuật ngữ tăng động sẽ được dùng ở khuôn khổ bài này. Thuật ngữ này đặc trưng bởi bốc đồng, giảm chú ý và hoạt động vận động quá mức. Bất cứ triệu chứng nào trong số 3 nhóm trên đều có thể bị đánh giá nhầm là chống đối xã hội, đặc biệt là triệu chứng bốc đồng, triệu chứng này cũng hiện diện ở rối loạn cư xử. Tuy nhiên, không có triệu chứng nào của rối loạn cư xử có trong tiêu chuẩn chẩn đoán tăng động, do đó việc loại trừ rối loạn cư xử là không khó. Mặt khác, một sai sót thường xuyên xảy ra là thiếu chẩn đoán tăng động xuất hiện cùng lúc khi đã chắc chắn có sự hiện diện của rối loạn cư xử. Về phần này các bảng hỏi đã được chuẩn hóa có thể hữu ích, ví dụ như Bảng hỏi Điểm Mạnh và Điểm Yếu (Strengths and Difficulties Questionnaire), công cụ này ngắn gọn và hiệu quả trong việc phát hiện ra tăng động tương tự như những phiên bản dài hơn.

Phản ứng thích ứng với một yếu tố stress bên ngoài

Chẩn đoán này có thể được dùng khi triệu chứng khởi phát ngay sau khi bệnh nhân tiếp xúc với một yếu tố stress về mặt tâm lý xã hội dễ dàng được nhận thấy, ví dụ như ly hôn, mất người thân, chấn thương, bị lạm dụng hoặc được nhận nuôi. Khởi phát triệu chứng phải trong vòng một tháng theo ICD-10, và ba tháng theo DSM IV-R, và các triệu chứng không kéo dài quá sáu tháng sau khi chấm dứt các yếu tố stress hoặc di chứng của chúng.

Rối loạn khí sắc

Trầm cảm có thể biểu hiện với triệu chứng dễ cáu kỉnh và chống đối, nhưng không giống như rối loạn cư xử điển hình, trầm cảm thường có khí sắc trầm rõ rệt và triệu chứng sinh dưỡng (vegetative features), và thường không xuất hiện các vấn đề cư xử nghiêm trọng. Rối loạn hưng-trầm cảm giai đoạn sớm (early manic depressive disorder) có thể khó phân biệt hơn, thường biểu hiện chống đối và cáu kỉnh đáng kể sẽ đi kèm với bất chấp luật lệ và hành vi xâm phạm đến quyền lợi của người khác. Cảm nhận không tốt về bản thân là một tiêu chí trong rối loạn cư xử, với tình trạng thiếu bạn bè hoặc thiếu các trò tiêu khiển lành mạnh. Do đó rất dễ bỏ sót triệu chứng rõ rệt hơn của trầm cảm. Các khảo sát hệ thống cho thấy rằng khoảng một phần ba trẻ có rối loạn cư xử bị trầm cảm hoặc các triệu chứng cảm xúc khác ở mức độ đủ để đưa ra chẩn đoán.

Rối loạn phổ tự kỷ

Lý do đến khám thường là các hành vi chống đối hoặc phá hoại. Để khẳng định sự hiện diện, cần khai thác thêm các triệu chứng khác của rối loạn phổ tự kỷ.

Rối loạn nhân cách chống đối xã hội

ICD-10 khuyến cáo xem xét chẩn đoán rối loạn nhân cách chống đối xã hội đối với bệnh nhân từ 17 tuổi trở lên. Vì từ 18 tuổi, hầu hết các chẩn đoán đặc hiệu đối với trẻ em và vị thành niên sẽ không còn áp dụng, trong thực tế lâm sàng hiếm khi gặp khó khăn trong chẩn đoán. Đối với DSM IV-R, rối loạn cư xử có thể được chẩn đoán khi trẻ lớn hơn 18 tuổi, do đó các chẩn đoán có khả năng bị chồng lấn lẫn nhau. Sự khác biệt cần nhấn mạnh ở rối loạn nhân cách là mức độ nặng và sự lan toả của triệu chứng, lúc này các mối quan hệ cá nhân bị ảnh hưởng bởi kiểu hành vi, và niềm tin của cá nhân đó về hành vi chống đối xã hội của mình được đặc trưng bởi sự nhẫn tâm và thiếu ăn năn hối lỗi. Đi kèm với rối loạn cư xử có thể là *nét nhân cách bệnh (trait of psychopathy)*. Đặc trưng của nhân cách bệnh bao gồm khoa trương khuếch đại (grandiosity), sự nhẫn tâm (callousness), sự dối trá (deceitfulness), biểu cảm nông cạn (shallow affect) và thiếu ăn năn hối lỗi (lack of remorse). Các đặc tính này, được đánh giá bởi Bảng Nhân Cách Bệnh Hare (Hare Psychopathy Checklist), cho thấy có thể dự đoán cá nhân nào sẽ tham gia các hoạt động phạm tội nghiêm trọng và bạo lực nhất. Liệu việc phát hiện “nhân cách bệnh lý non kém” (“fledgling psychopath”) ở trẻ em là một mục tiêu hàng đầu trong phòng ngừa? Đặc tính nhẫn tâm vô cảm như thiếu cảm giác hối lỗi, thiếu sự đồng cảm, cảm xúc nông cạn, hẹp hòi có thể quan sát được ở trẻ em. Hiện nay, một số các công cụ đáng tin cậy có thể sử dụng để đánh giá trên lâm sàng và chẩn đoán nét nhân cách bệnh ở trẻ thanh thiếu niên (Salekin và Lynam, 2010).

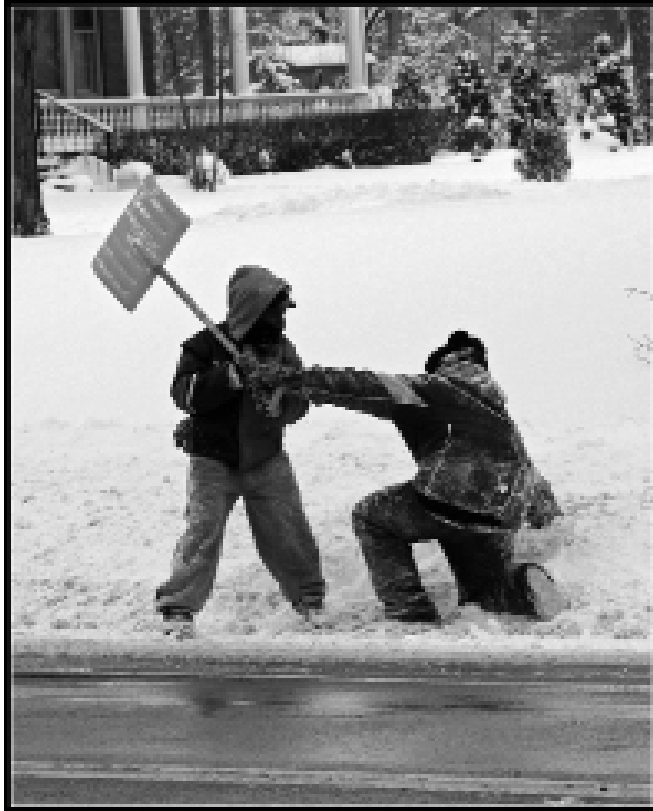
Liệu việc phát hiện “nhân cách bệnh lý non kém” (“fledgling psychopath”) ở trẻ em có thể là một mục tiêu hàng đầu trong phòng ngừa? Đặc tính nhẫn tâm vô cảm như thiếu cảm giác hối lỗi, thiếu sự đồng cảm, cảm xúc nông cạn, hẹp hòi có thể quan sát được ở trẻ em.

Lệch lạc văn hóa nhóm

Một số thanh thiếu niên chống đối xã hội hoặc phạm tội nhưng đặc biệt không có biểu hiện hung hăng hoặc chống đối. Các thanh niên này thích nghi tốt với văn hóa chống đối của bạn cùng lứa, nơi chấp nhận việc sử dụng chất gây khoái cảm, ăn cắp,... Ở một số nơi, một phần ba hoặc nhiều hơn số trẻ trai vị thành niên giống mô tả trên và sẽ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn cư xử kiểu thích ứng xã hội theo hướng dẫn chẩn đoán ICD-10. Một số nhà lâm sàng khó chịu khi dán nhãn một rối loạn tâm thần cho tỷ lệ lớn dân số. Sử dụng tiêu chuẩn DSM IV-R sẽ loại bỏ chẩn đoán cho hầu hết thanh thiếu niên giống tình trạng trên vì yêu cầu phải có ảnh hưởng về mặt chức năng một cách rõ rệt.

Đánh giá đa trục (Multiaxial assessment)

ICD-10 khuyến cáo đánh giá đa trục cho trẻ em và trẻ vị thành niên, trong khi DSM IV-R lại đề nghị dành cho mọi lứa tuổi. Trên cả 2 hệ thống, Trục một được dùng cho các rối loạn tâm thần, đã đề cập ở trên. Ba trục cuối cùng trên cả hai hệ thống bao gồm lần lượt vấn đề y khoa chung, vấn đề tâm lý xã hội và mức độ chức năng xã hội; các chủ đề này sẽ được đề cập thông qua phần nguyên nhân trình bày bên dưới. Ở giữa có 2 trục đối với hệ thống ICD-10, bao



Trẻ rối loạn cư xử thường vướng vào các cuộc ẩu đả.

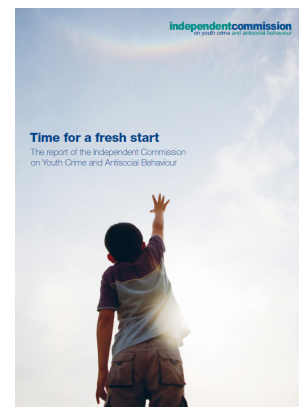
Hình: Tony Fischer

gồm lần lượt khuyết tật học tập đặc hiệu (specific learning disabilities) (*Trục hai*) và khuyết tật học tập chung (general learning disabilities) (*Trục ba*); còn đối với hệ thống DSM IV-R thì chỉ có duy nhất một trục (*Trục hai*) bao gồm các rối loạn nhân cách và khuyết tật học tập chung.

Cả *khuyết tật học tập đặc hiệu* và *khuyết tật học tập chung* đều cần thiết được đánh giá trên cá thể có vấn đề cư xử. Một phần ba số trẻ có rối loạn cư xử còn có rối loạn đọc (specific reading retardation), được định nghĩa rằng có khả năng đọc ở mức dưới ngưỡng hai độ lệch chuẩn kỳ vọng IQ của một người (đọc thêm ở Chương C.3). Điều này một phần có thể do không học hành đầy đủ, tuy nhiên có bằng chứng tin cậy cho thấy sự suy giảm về mặt nhận thức thường đi trước các vấn đề về hành vi. Khuyết tật học tập chung (chậm phát triển tâm thần) thường bị bỏ qua đối với trẻ em có rối loạn cư xử trừ khi chúng được đánh giá chỉ số IQ. Tỷ lệ rối loạn cư xử tăng gấp nhiều lần khi IQ dưới 70.

DỊCH TỄ HỌC

Khoảng 2% đến 8% trẻ em và trẻ vị thành niên có rối loạn cư xử. Liên quan đến giai đoạn lịch sử, một sự gia tăng mức độ vừa phải trong chẩn đoán rối loạn cư xử ở nửa sau của thế kỷ hai mươi được quan sát thấy khi đánh giá so sánh trên ba quần thể sinh ra liên tiếp ở Anh. Có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ mắc giữa các tầng lớp xã hội. Liên quan đến chủng tộc, hành vi chống đối xã hội do thanh thiếu niên tự báo cáo và các cuộc khảo sát về chủng tộc của tội phạm cho thấy phần lớn thủ phạm là người da đen gốc Phi. Người Mỹ gốc Tây Ban Nha ở Hoa Kỳ và người Anh gốc Châu Á ở Vương Quốc Anh cho thấy xu hướng phạm tội không quá vượt trội so với bộ phận người da trắng; thật vậy, nhóm người Anh gốc Châu Á có tỷ lệ phạm tội thấp hơn so với quần thể người da trắng bản địa.



Nhấp vào hình để truy cập *Thời điểm cho một Khởi đầu mới (Time for a fresh Start)* - báo cáo 2010 của Ủy ban Độc lập về Tội phạm và Hành vi Chống đối xã hội ở trẻ vị thành niên

Giới tính

Nhìn chung, tỷ số giới tính khoảng 4 đến 10 nam so với một người nữ, trong đó nam luôn vượt trội hơn nữ ở tần suất và mức độ trầm trọng của hành vi. Sau khi cân nhắc kỹ lưỡng, nghiên cứu cho thấy rằng nguyên nhân gây ra các vấn đề cư xử là giống nhau ở cả hai giới, nhưng rối loạn cư xử gặp ở nam nhiều hơn là vì họ có nhiều yếu tố nguy cơ ở cấp độ cá nhân hơn (ví dụ như tăng động, chậm phát triển thần kinh). Tuy nhiên, các nhà lâm sàng những năm gần đây bận tâm về việc gia tăng điều trị các hành vi chống đối xã hội ở nữ giới.

Các phân nhóm phát triển

Diễn tiến dai dẳng suốt đời và giới hạn ở tuổi vị thành niên

Đã có một sự quan tâm đặc biệt về việc phân biệt giữa hành vi hung hăng và gây rối xuất hiện lần đầu ở trẻ em giai đoạn sớm và khởi phát ở lứa tuổi vị thành niên (Moffitt, 1993a; Patterson & Yoerger, 1993), và hai phân nhóm này đã được mã hoá trong hệ thống chẩn đoán DSM-IV cho rối loạn cư xử. Khởi phát sớm là yếu tố tiên lượng mạnh về việc tình trạng sẽ kéo dài suốt thời thơ ấu – và vi phạm khởi phát sớm có xu hướng sẽ kéo dài đến tuổi trưởng thành. Nghiên cứu theo chiều dọc Dunedin (longitudinal Dunedin study), tập hợp nhóm dân số sinh từ năm 1972-1973, đã chỉ ra những khác biệt của nhóm khởi phát sớm và nhóm khởi phát muộn, đó là khởi phát sớm có chỉ số IQ thấp hơn, nhiều vấn đề về chú ý và bốc đồng hơn, điểm số thấp hơn trên các đánh giá thần kinh-tâm lý, các khó khăn trong mối quan hệ bạn bè lớn hơn và nhiều khả năng sống trong gia đình có hoàn cảnh bất lợi (Moffitt và cộng sự, 2001). Ngược lại, đối với các trường hợp khởi phát muộn được cho rằng trở thành tội phạm chủ yếu do ảnh hưởng của xã hội ví dụ như có liên quan đến những thanh thiếu niên tội phạm khác, hoặc tìm kiếm địa vị xã hội thông qua các hành vi phạm pháp. Moffitt (1993a) đã đặt thuật ngữ cho nhóm khởi phát sớm là “diễn tiến dai dẳng suốt đời” (“life course persistent”) và nhóm khởi phát muộn là “giới hạn ở lứa tuổi vị thành niên” (“adolescence-limited”) từ đó liên kết giữa tiến trình phát triển với sự khác biệt về các thiếu hụt tiềm ẩn bên dưới. Những nghiên cứu theo chiều dọc trên các quần thể dân số ở nhiều quốc gia đã cho thấy có sự khác biệt giữa hai nhóm (Moffitt, 2006). Kết quả khi theo dõi nhóm dân số Dunedin cho thấy ở độ tuổi trưởng thành, nhóm khởi phát sớm có tiên lượng kém hơn trong các lĩnh vực như vấn đề bạo lực, sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất, công việc và đời sống gia đình (Moffitt và cộng sự, 2002). Theo dõi đến 32 tuổi cho thấy nhóm khởi phát sớm dai dẳng suốt đời có những nguy cơ về sức khỏe thể chất ở quần thể nam giới, thể hiện ở việc gia tăng chấn thương, thăm khám bệnh tại bác sĩ tuyến cơ sở/tại bệnh viện, xét nghiệm lâm sàng đối với các bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm nhiễm hệ thống, bệnh nha chu, sâu răng và viêm phế quản mạn tính.

Tuy nhiên nhóm “giới hạn ở tuổi vị thành niên” không phải không có các vấn đề ở tuổi trưởng thành (Moffitt và cộng sự, 2002). Khi trưởng thành, họ vẫn liên quan đến các vi phạm thông qua báo cáo tự thuật, và cả các vấn đề liên quan đến rượu hoặc chất gây nghiện. Nghiên cứu Cambridge trong Phát triển Tội phạm (The Cambridge Study in Delinquent Development), một nghiên cứu theo chiều dọc trên 411 nam giới London từ 8 đến 46 tuổi, cũng phát hiện rằng những cá nhân có hành vi chống đối xã hội khởi phát từ tuổi vị thành niên có

xu hướng tiếp tục phạm tội mà không bị phát hiện ở tuổi trưởng thành, mặc dù khả năng lao động và các mối quan hệ thân thiết của họ không bị ảnh hưởng (McGree và Farrington, 2010). Do đó, phân biệt nhóm tuổi khởi phát có giá trị tiên lượng mạnh, nhưng hành vi chống đối xã hội khởi phát ở tuổi vị thành niên có thể gây hậu quả kéo dài hơn so với quan điểm trước đây và do đó vấn đề cư xử ở cả hai nhóm, khởi phát tuổi ấu thơ và khởi phát ở tuổi vị thành niên đều đáng được chú ý trên lâm sàng.

Vấn đề cư xử giới hạn ở thời thơ ấu (Childhood-limited conduct)

Robins (1966) lần đầu tiên chỉ ra rằng một nửa số trẻ có vấn đề cư xử không phát triển thành nhân cách chống đối xã hội. Các nghiên cứu theo chiều dọc nhằm mục đích ghi nhận sự tiếp diễn của hành vi chống đối xã hội từ thời thơ ấu đến tuổi vị thành niên và tuổi trưởng thành nhiều lần phát hiện ra sự tồn tại của một nhóm trẻ ngoại lệ không có sự tiếp diễn. Nhóm này thường được gọi là vấn đề cư xử “giới hạn ở thời thơ ấu” (Moffitt, 2006). Một số nghiên cứu định nghĩa nhóm giới hạn ở thời thơ ấu này một cách chung chung (là một nhóm trẻ có sự gia tăng bất kỳ hành vi gây rối nào) và điều này hướng chúng ta chú ý đến tính phổ biến của các vấn đề cư xử tạm thời ở nhóm trẻ em lành mạnh, cho thấy rằng chừng nào các vấn đề cư xử nhẹ không dai dẳng thì nhóm này không cần được cảnh báo về tiên lượng xấu (Tremblay, 2003). Mặt khác, các nghiên cứu khác định nghĩa nhóm giới hạn ở thời thơ ấu này một cách hẹp hơn (là một nhóm nhỏ trẻ biểu hiện các vấn đề hành vi chống đối xã hội quá mức, lan tỏa và dai dẳng chỉ trong thời thơ ấu). Các nghiên cứu này báo cáo rằng trẻ trai có hành vi chống đối xã hội giới hạn ở thời thơ ấu phát triển thành những người đàn ông trưởng thành có các vấn đề như trầm cảm, lo âu, bị xã hội xa lánh và nghề nghiệp có thu nhập thấp (Farrington và cộng sự, 1988; Moffitt và cộng sự, 2002). Do đó, các trẻ trai với vấn đề cư xử có mức độ nặng và dai dẳng đủ để cho phép chẩn đoán trên lâm sàng, có thể không phát triển thành nhân cách chống đối xã hội sau này, nhưng sẽ trải qua một dạng kém thích ứng (maladjustment) khi ở tuổi trưởng thành. Vì vậy, tất cả trẻ em có rối loạn cư xử cần được chú ý trong thực hành lâm sàng.

Khi một trẻ đến để được đánh giá, nhiệm vụ của nhà lâm sàng là phải đưa ra chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn cư xử khởi phát và chỉ giới hạn ở thời thơ ấu và rối loạn cư xử khởi phát ở thời thơ ấu sẽ tiến triển dai dẳng suốt đời trong tương lai kèm tiên lượng bệnh lý. Phân biệt dựa theo tuổi khởi phát của DSM-IV không thể giúp chúng ta ở nhiệm vụ này vì tất cả các trẻ bệnh, theo định nghĩa đều khởi phát từ thời thơ ấu. Các nhà nghiên cứu đã cố gắng phân biệt giữa nhóm tiến triển dai dẳng suốt đời và nhóm giới hạn ở thời thơ ấu bằng cách sử dụng các yếu tố nguy cơ ở thời thơ ấu, nhưng không có nhiều thành công (Moffitt, 2006). Tuy nhiên, bằng chứng ban đầu cho thấy các yếu tố như có rối loạn tăng động giảm chú ý xảy ra cùng lúc, cũng như tiền sử gia đình có vấn đề về tâm thần đặc trưng cho phân nhóm dai dẳng mà không phải phân nhóm giới hạn ở thời thơ ấu.

NGUYÊN NHÂN

Các đặc điểm cấp độ cá nhân

Kiểu gen

Nghiên cứu biến thể gen (genetic polymorphisms) đặc trưng liên quan



Lee N Robins (1922-2009) có một đóng góp to lớn vào sự hiểu biết về lịch sử tự nhiên của rối loạn cư xử trong một đầu sách có sức ảnh hưởng lớn của bà - *Sự Trưởng Thành Của Trẻ Có Hành Vi Lệch Chuẩn (Deviant Children Grown Up)*

đến rối loạn cư xử là một sáng kiến khoa học rất mới và ít được thực hiện. Một nghiên cứu liên kết rộng khắp bộ gen (genome-wide linkage study) đã phát hiện ra vùng nhiễm sắc thể có thể chứa các biến thể liên quan với vấn đề cư xử, nhưng các biến thể này chưa được xác định và vùng nhiễm sắc thể cũng chưa được sao chép (Stalling và cộng sự, 2005). Gen ứng viên liên quan đến các vấn đề cư xử được nghiên cứu nhiều nhất là biến thể tại vùng khởi động MAOA. Gen này phiên mã cho enzyme MAOA – enzyme chuyển hóa các chất dẫn truyền thần kinh liên quan đến hành vi hung hăng, đã được nghiên cứu trước đó trên chuột và trên nam giới của một dòng dõi gia đình Hà Lan. Do đó, MAOA được sử dụng là gen ứng viên để kiểm tra giả thuyết: sự dễ tổn thương về mặt di truyền có thể làm nhẹ đi tác động của ngược đãi ở trẻ em lên các vấn đề cư xử sau này trong một vòng tròn bạo lực (the cycle of violence) (Caspi và cộng sự, 2002). Tiền sử bị ngược đãi và kiểu gen, tương tác lẫn nhau để dự đoán bốn phạm vi của kết cục chống đối xã hội: (1) rối loạn cư xử chẩn đoán ở tuổi vị thành niên, (2) sự hung hăng được đánh giá là do nhân cách, (3) triệu chứng rối loạn nhân cách chống đối xã hội ở người trưởng thành được báo cáo bởi người thu thập thông tin biết rõ các thành viên của nhóm nghiên cứu và (4) tòa án kết án có phạm tội bạo lực. Việc lặp lại kết quả nghiên cứu này hết sức quan trọng vì báo cáo về mối liên hệ giữa các gen đã được đánh giá và các rối loạn thường được ghi nhận là kém lặp lại được kết quả. Đã có những nghiên cứu lặp lại khẳng định và phủ nhận; một phân tích tổng hợp của các nghiên cứu này cho thấy mối liên hệ giữa kiểu gen MAOA và các vấn đề cư xử là khiêm tốn nhưng lại có ý nghĩa về mặt thống kê (Kim-Cohen và cộng sự, 2006). Phát hiện ra các biến thể gen đặc hiệu liên quan đến hành vi chống đối xã hội có thể sẽ không ứng dụng cho mục đích chẩn đoán bằng phương pháp di truyền vì có mối liên kết phức tạp sẵn có của gen và hành vi. Thay vào đó, nghiên cứu gen-môi trường sẽ đem lại lợi ích trong việc cố gắng hiểu được cơ chế nào để não bộ có thể liên kết giữa các yếu tố nguy cơ bên ngoài và sự đa dạng gen trong rối loạn cư xử (Meyer-Lendenberg và cộng sự, 2006).

Biến chứng chu sinh

Các biến chứng lúc sinh có thể là một yếu tố góp phần gây những khiếm khuyết về thần kinh tâm lý – có liên quan đến các vấn đề cư xử (Moffitt, 1993). Bằng chứng liên quan đến điều này còn lẫn lộn nhưng những báo cáo gần đây từ các nghiên cứu mẫu dân số chung lớn phát hiện sự liên quan giữa vấn đề cư xử dạng diễn tiến dai dẳng suốt đời với các biến chứng chu sinh, các bất thường thể chất mức độ nhẹ và cân nặng lúc sinh thấp (Brennan và cộng sự, 2003). Hầu hết các nghiên cứu ủng hộ một mô hình sinh học - xã hội, tại đó biến chứng sản khoa có thể gây tổn thương tới các nguy cơ khác cùng tồn tại song song như cách dạy con không thân thiện hoặc không kiên định (Arseneault và cộng sự, 2002; Kratzer & Hodgins, 1999; Tibbetts & Piquero, 1999; Raine và cộng sự, 1997). Các nghiên cứu cũng chỉ ra thêm rằng việc hút thuốc lúc mang thai làm tăng nguy cơ xuất hiện các vấn đề cư xử ở trẻ được sinh ra (Brennan và cộng sự, 2003), nhưng mối liên hệ nguyên nhân - hệ quả giữa hút thuốc và vấn đề cư xử vẫn chưa được thiết lập (Ferrgusson, 1999).

Tính khí (Temperament)

Sự khác biệt giữa các cá nhân ngay từ thơ ấu có thể góp phần vào nguy cơ đối với các vấn đề tâm thần sau này đã được Thomas và Chess khái niệm hóa thành thuật ngữ “Tính khí”, được xem là có tính di truyền và không bị ảnh

hưởng nhiều bởi sự trải nghiệm (Thomas và cộng sự, 1968). Một số nghiên cứu tiến cứu cho thấy mối liên quan giữa tính khí và các vấn đề cư xử (Keenan & Shaw, 2003) cũng như dự đoán rối loạn nhân cách chống đối xã hội và phạm tội ở người trưởng thành (Caspi và cộng sự, 1996). Theo khái niệm nguyên bản thì tính khí có tính chất di truyền mạnh và không bị ảnh hưởng bởi môi trường. Tuy nhiên các đánh giá cho thấy tính khí có khả năng di truyền một phần và tương tác của trẻ với thế giới xã hội từ khi sinh ra cho thấy rằng các công cụ đo lường tính khí hầu như dùng để đánh giá kết cục của tiến trình xã hội (Nigg, 2006). Các yếu tố tạo nên tính khí có thể sẽ được quan sát rõ ràng nhất khi phối hợp với các yếu tố nguy cơ từ môi trường (Nigg, 2006).

Chất dẫn truyền thần kinh

Chất dẫn truyền thần kinh có liên quan với hành vi chống đối xã hội ở người trưởng thành cũng như ở động vật (Nelson, 2006). Việc có thể liên kết giữa mức độ và ảnh hưởng của chất dẫn truyền thần kinh lên các vấn đề cư xử sẽ là một sự tiến bộ rất lớn. Tuy nhiên, những phát hiện ở trẻ em nhìn chung vẫn chưa được nhất quán (Hill, 2002). Chẳng hạn, trong nghiên cứu đoàn hệ Pittsburg Youth (the Pittsburgh Youth cohort), những trẻ trai có vấn đề cư xử lâu dài có nồng độ epinephrine nước tiểu giảm sau khi thực hiện một nhiệm vụ khó khăn, trong khi những trẻ trai có hành vi cư xử phù hợp cho thấy nồng độ epinephrine tăng lên khi đối phó với thử thách tương tự (McBurnett và cộng sự, 2005). Tuy nhiên, các nghiên cứu khác gặp thất bại khi tìm mối quan hệ giữa rối loạn cư xử và mức độ noradrenaline đo được ở trẻ em (Hill, 2002). Một số ít bằng chứng ủng hộ quan điểm rằng serotonin có liên quan tới tính hung hăng ở trẻ em giống như ở người lớn, nhưng những phát hiện khi đánh giá chức năng của serotonin ở trẻ em còn chưa nhất quán (Pine và cộng sự, 1997). Cần lưu ý rằng, chất dẫn truyền trong não chỉ được đánh giá gián tiếp – hầu hết cách thức đo lường chất dẫn truyền là các chỉ số thô của hoạt động (crude indicators of activity) – và rất ít hiểu biết về chất dẫn truyền trong não bộ của trẻ vị thành niên.

Thiếu hụt ngôn ngữ lời nói

Trẻ em có vấn đề cư xử đã được chứng minh rằng sẽ làm tăng tỷ lệ khiếm khuyết trong kỹ năng ngôn ngữ lời nói (Lynam & Henry, 2001; Nigg và cộng sự, 2003). Trẻ có rối loạn cư xử, thanh thiếu niên phạm pháp và cả người trưởng thành chống đối xã hội thực hiện không tốt các bài kiểm tra đã được chuẩn hóa về khả năng lời nói cũng như đánh giá IQ, với số điểm lời nói và điểm hoàn thành kém. Những mối liên hệ này được giữ nguyên sau khi kiểm soát các yếu tố tiềm năng gây nhiễu như sắc tộc, tình trạng kinh tế xã hội, thành tích học tập và các động lực làm bài kiểm tra (Lynam và cộng sự, 1993). Các nghiên cứu theo chiều dọc chỉ ra rằng hành vi chống đối xã hội tồn tại dai dẳng qua nhiều năm được dự báo bởi chỉ số IQ lời nói thấp trong thời thơ ấu (Farrington & Hawkins, 1991; Lahey và cộng sự, 1995; Lynam & Henry, 2001). Khiếm khuyết năng lực lời nói cũng được phát hiện ở nhóm trẻ nam tiền học đường có rối loạn thách thức chống đối được chuyển tuyến (Speltz và cộng sự, 1999). Khả năng ngôn ngữ lời nói kém có thể ảnh hưởng tới hành vi, được giải thích dựa trên thuyết Luria (Luria's theory) về vai trò của trí nhớ lời nói (verbal memory) và tư duy lời nói trừu tượng (verbal abstract reasoning) trong sự phát triển khả năng tự kiểm soát (Luria, 1961). Khả năng nhớ lại những hướng dẫn



Để truy cập báo cáo của US Surgeon General về bạo lực ở thanh thiếu niên, nhấp vào ảnh trên

và sử dụng ngôn ngữ để suy nghĩ về hậu quả của hành động góp phần kiểm soát hiệu quả các hoạt động. Trẻ em không thể lập luận hoặc khẳng định bản thân bằng lời nói có thể cố gắng giành quyền kiểm soát các trao đổi xã hội bằng cách gây hấn (Dodge, 1993). Nhiều khả năng chỉ số IQ lời nói thấp tác động gián tiếp góp phần gây ra những khó khăn trong học tập, điều này làm thay đổi ý nghĩa của các trải nghiệm về trường học – nơi trẻ không được khuyến khích, thay vì là nguồn hỗ trợ và xây dựng cảm nhận tốt về bản thân.

Rối loạn chức năng điều hành (Executive dysfunction)

Trẻ em và thanh thiếu niên có vấn đề cư xử đã được chứng minh có khả năng điều hành kém dựa trên các bài kiểm tra (Ishikawa & Raine, 2003; Lynam & Henry, 2001; Moffitt 1993b; Nigg & Huang-Pollock, 2003; Hobson và cộng sự, 2011). Chức năng điều hành là khả năng sử dụng các hành động phù hợp và hiệu quả để hoàn thành mục tiêu. Các kỹ năng cụ thể bao gồm khả năng học tập và áp dụng các quy tắc dự phòng, tư duy trừu tượng, giải quyết vấn đề, tự giám sát, duy trì tập trung chú ý và liên kết những hành động từ trước với mục tiêu tương lai và kiềm chế những phản ứng không phù hợp. Những chức năng tâm thần này phần lớn có liên quan đến thùy trán, (Pennington & Ozonoff, 1996). Dữ liệu quan trọng được cung cấp từ một nghiên cứu đoàn hệ ở Montreal thực hiện từ lúc trẻ 6 tuổi (Séguin và cộng sự, 1999). Nghiên cứu đã sử dụng những đánh giá chức năng điều hành – được cho rằng có liên quan với các cấu trúc giải phẫu khác nhau của não bộ, dựa trên nghiên cứu các tổn thương và hình ảnh chức năng não. Sự hung hăng mãn tính thường có liên quan đến số điểm thấp hơn trên các bài đánh giá khai thác chức năng điều hành ở vùng thùy trán và những ghi nhận này được giữ sau khi kiểm soát các yếu tố như trí nhớ tổng quát, chỉ số IQ và tăng động giảm chú ý. Mặc dù hầu hết những nghiên cứu về suy giảm chức năng điều hành được tiến hành trên nhóm trẻ vị thành niên, khiếm khuyết này cũng liên quan đến hành vi gây hấn ở trẻ tiền học đường (Hughes và cộng sự, 1998; Speltz và cộng sự, 1999).

Xử lý thông tin & nhận thức xã hội (Information processing & social cognition)

Năm 1993, Dodge lần đầu tiên đã đưa ra mô hình xử lý thông tin (information-processing model) về nguồn gốc hành vi gây hấn trong các mối tương tác xã hội. Mô hình này giả định rằng trẻ có xu hướng gây hấn tập trung



Chức năng điều hành

Thuật ngữ “chức năng điều hành” được sử dụng mô tả quá trình nhận thức bao gồm kích hoạt, tổ chức, tích hợp và quản lý các chức năng khác như lên kế hoạch (planning), giải quyết vấn đề (problem solving), lập luận bằng lời (verbal reasoning), kiềm chế (inhibition), linh hoạt tâm thần (mental flexibility), đa nhiệm (multi-tasking).

Trẻ vị thành niên với rối loạn cư xử chịu trách nhiệm cho phần lớn tội phạm trong hầu hết cộng đồng.

vào khía cạnh đe dọa từ hành động của người khác, suy diễn ý định thù địch từ những hành động trung lập và hầu hết lựa chọn và ủng hộ cách giải quyết theo kiểu gây hấn đối với các thử thách từ xã hội. Một vài nghiên cứu cũng đã chứng minh trẻ hung hăng mắc phải những lỗi như vậy trong nhận thức xã hội. Một bài tổng quan bao quát của nhiều nghiên cứu về vấn đề nhận thức xã hội trên những trẻ có vấn đề cư xử được trình bày ở bài khác. Dodge đã giả định rằng khuynh hướng mã hóa (encode) (1) khía cạnh thù địch của một tình huống và (2) quy kết ý định thù địch với các ám hiệu xã hội mơ hồ và (3) việc lựa chọn cũng như ủng hộ cách giải quyết theo kiểu gây hấn với những thách thức xã hội là hậu quả của sự ngược đãi thể chất lặp lại nhiều lần. Yếu tố tiên đoán này đã được thử nghiệm tiến cứu (Dodge và cộng sự, 1995). Bạo hành thể chất được ghi nhận từ các trường mầm non có liên quan rõ ràng với các vấn đề cư xử ở trường tiểu học; 28% nhóm trẻ bị bạo hành phát triển thành vấn đề cư xử, so với 6% nhóm không bị bạo hành. Sai lầm trong mã hóa (Encoding errors), quy kết thù địch (hostile attributions) và có thiên hướng ủng hộ cũng như lựa chọn cách phản ứng hung hăng có liên quan với kết cục rối loạn cư xử, cũng như đến sự bạo hành thể chất trong quá khứ. Sai lầm mã hóa và lựa chọn các phản ứng hung hăng là trung gian mối liên hệ giữa bạo hành và vấn đề cư xử, trong khi quy kết thù địch và ủng hộ các phản ứng hung hăng thì không. Do đó, nghiên cứu tiến cứu này đã đưa ra một số hỗ trợ cho mô hình nhận thức xã hội.

Nguy cơ trong gia đình

Nguy cơ di truyền

Bằng chứng đáng tin cậy từ những nghiên cứu trẻ sinh đôi và trẻ là con nuôi cho thấy vấn đề cư xử có tính di truyền cao thông qua đánh giá cả về chiều hướng lẫn phân loại (assessed both dimensionally and categorically) (Moffitt, 2005; Rhee & Waldman, 2002). Tuy nhiên, nhìn nhận vấn đề cư xử dưới ảnh hưởng của di truyền ít có lợi về mặt lâm sàng hơn nhìn nhận rằng, ảnh hưởng của di truyền được hạn chế hoặc gia tăng, phụ thuộc vào sự tương tác với các sự kiện trong môi trường trẻ sinh sống. Một vài nghiên cứu nhạy cảm di truyền cho phép kiểm tra tương tác giữa nguy cơ di truyền trong gia đình và môi trường nuôi dưỡng. Những nghiên cứu các trẻ là con nuôi đã báo cáo tương tác giữa hành vi chống đối xã hội của cha mẹ đẻ và hoàn cảnh bất lợi trong gia đình nhận nuôi đã dự đoán về kết cục chống đối xã hội ở trẻ được nhận nuôi (Bohman 1996; Cadoret và cộng sự, 1995). Nguy cơ di truyền được điều chỉnh bởi môi trường nuôi dưỡng. Nghiên cứu về trẻ sinh đôi cũng mang lại bằng chứng về sự tương tác giữa nguy cơ di truyền trong gia đình và nguy cơ từ môi trường (Jaffee và cộng sự, 2005). Trong nghiên cứu này, quá khứ bị ngược đãi có liên quan đến sự gia tăng chẩn đoán rối loạn cư xử ở nhóm trẻ có nguy cơ di truyền cao lên tới 24%, trong khi chỉ tăng 2% trong nhóm trẻ có nguy cơ di truyền thấp. Do đó, nhận thức nguy cơ gia đình đối các với rối loạn tâm thần sẽ làm gia tăng ý thức can thiệp kịp thời, giúp cải thiện môi trường xã hội của trẻ.

Thu nhập thấp

Tình trạng đói nghèo nghiêm trọng và vấn đề cư xử ở trẻ nhỏ có mối liên hệ với nhau (Murray & Farrington, 2010). Những giả thuyết ban đầu cho rằng ảnh hưởng trực tiếp của đói nghèo liên quan tới sự căng thẳng phát sinh trong khoảng trống giữa khát vọng và thực tế, và việc thiếu cơ hội để có được địa vị xã hội cũng như uy tín. Nghiên cứu sau đó đã chỉ ra rằng mối liên quan giữa

thu nhập thấp và vấn đề cư xử ở trẻ em là gián tiếp, trung gian thông qua sự vận hành gia đình (family processes) như bất hòa hôn nhân (marital discord) và thiếu hụt phương pháp nuôi dạy con cái (parenting deficits) (Maughan, 2001). Một ví dụ cho nghiên cứu này, nghiên cứu theo chiều dọc của Iova trên 378 gia đình nông thôn đã chỉ ra rằng căng thẳng kinh tế gia đình có liên quan đến vấn đề cư xử ở trẻ vị thành niên, nhưng trung gian thông qua trầm cảm ở phụ huynh (parental depression), xung đột gia đình và thái độ thù địch của phụ huynh (Conger và cộng sự, 1994). Một nghiên cứu khác lại tận dụng lợi thế của những kinh nghiệm xảy ra tự nhiên (Costello và cộng sự, 2003). Các gia đình bản địa Mỹ ở Bắc Carolina trước đây sống dưới mức nghèo đói, được hưởng lợi nhờ việc tăng thu nhập từ các sông bạc mới mở. Trong nhiều gia đình, những vấn đề hành vi của trẻ giảm rõ rệt được xem là kết quả của lợi thế trên. Tuy nhiên, ảnh hưởng của tăng thu nhập lại thông qua trung gian sự cải thiện trong mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái. Trong khoảng thời gian gần đây, trung gian ảnh hưởng này không chỉ giới hạn bởi nghèo đói. Một nghiên cứu của Glueck về sự vi phạm từ một giai đoạn lịch sử của suy thoái kinh tế cũng ghi nhận rằng: kỷ luật hà khắc, thiếu sự chăm sóc và sự gắn bó yếu giữa cha mẹ - con cái đã lý giải cho tác động của đói nghèo đối với hành vi chống đối xã hội của trẻ trong những năm 1930 (Sampson & Laub, 1984).

Gắn bó cha mẹ - con cái

Những nghiên cứu trước đây trên nhóm dân số nguy cơ thấp, sử dụng cách phân loại gắn bó an toàn và không an toàn (secure-insecure attachment classification), đã gặp thất bại trong việc tìm mối liên hệ rõ ràng với các vấn đề hướng ngoại, nhưng các nghiên cứu sau đó trên dân số nguy cơ cao sử dụng cách phân loại gắn bó hỗn loạn (disorganised classification) lại báo cáo rằng gắn bó hỗn loạn có thể dự đoán vấn đề cư xử (Van Ijzendoorn và cộng sự, 1999). Gắn bó hỗn loạn được nhận biết dựa trên Nghiệm pháp Tình huống Xa lạ của Ainsworth (Ainsworth's Strange Situation Test) nếu trẻ có những hành vi kỳ quái hoặc mâu thuẫn với người chăm sóc lúc đoàn tụ trở lại sau khi bị tách khỏi nhau (Main & Solomon, 1986). Tuy nhiên, cần xem xét thận trọng các phát hiện từ nghiên cứu này vì tỷ lệ trẻ sơ sinh có gắn bó hỗn loạn trong mẫu số nghiên cứu này là rất thấp. Mặc dù mối quan hệ không tốt giữa cha mẹ và con cái nói chung dự đoán các vấn đề cư xử, nhưng vẫn chưa xác định được liệu rằng các khó khăn trong gắn bó, được đánh giá bởi mô hình quan sát (observational paradigms), đóng vai trò là nguyên nhân độc lập trong phát triển vấn đề hành vi hay không. Các phân loại gắn bó có thể là chỉ điểm cho các nguy cơ khác trong gia đình có liên quan. Tuy nhiên vào năm 2008, Futh và cộng sự đã sử dụng bài tập chơi cùng búp bê trên trẻ 6 tuổi để chỉ ra mối liên hệ độc lập giữa gắn kết không an toàn và vấn đề cư xử, và sau đó, năm 2011 Scott cùng cộng sự đã phát hiện ra rằng gắn bó không an toàn trên trẻ vị thành niên (sử dụng Phỏng vấn Gắn bó ở trẻ em - Child Attachment Interview) dự đoán các vấn đề cư xử, ngay cả khi xem xét đến chất lượng nuôi dạy con cái hiện tại, gợi ý rằng gắn kết không an toàn ít nhất đóng vai trò duy trì.

Kỷ luật và nuôi dạy con cái

Cha mẹ của trẻ có rối loạn cư xử thường không kiên định khi áp dụng các quy tắc, đưa ra các câu lệnh không rõ ràng, phản ứng với con cái thường dựa trên cảm xúc của bản thân hơn là dựa trên những đặc điểm hành vi của trẻ, ít giám sát nơi trẻ đang hiện diện cũng như ít hồi đáp với hành vi phù hợp của trẻ.

Patterson đề xuất một cơ chế đặc hiệu cho các yếu tố thúc đẩy hành vi chống đối và hung hăng ở trẻ. Khi phụ huynh phản ứng với hành vi chống đối mức độ nhẹ của trẻ bằng việc ngăn cấm, để đáp trả trẻ phản ứng lại bằng cách gia tăng hành vi của mình và lần lượt hành vi của cha mẹ cũng tiếp tục leo thang cho đến khi cha mẹ nhượng bộ, điều này càng củng cố tiêu cực những hành vi của trẻ. Hành vi không kiên định của cha mẹ làm tăng khả năng việc trẻ muốn thể hiện những hành vi chống đối và hung hăng nhiều hơn nữa. Ngoài các đánh giá đặc hiệu về mô hình củng cố của Patterson (Patterson's reinforcement model) (Gardner, 1989; Snyder & Patterson, 1995) còn nhiều bằng chứng cho thấy vấn đề cư xử có liên quan tới cách nuôi dạy kiểu thù địch, chê bai, trừng phạt và cưỡng chế (Rutter và cộng sự, 1998); trẻ có vấn đề cư xử khiến tất cả các nhóm cha mẹ bộc lộ nhiều phản ứng tiêu cực hơn so với trẻ không có rối loạn này.

Thực tế rằng, hành vi của trẻ em có thể gợi lên cách nuôi dạy không phù hợp (negative parenting) không có nghĩa rằng cách nuôi dạy này không ảnh hưởng tới hành vi của trẻ. Một nghiên cứu đã báo cáo rằng cách kiểm soát tiêu cực của các bà mẹ (negative maternal control) từ khi trẻ được 4 tuổi liên quan rõ rệt tới vấn đề cư xử khi trẻ lên 9, sau khi đã kiểm soát những vấn đề hành vi ban đầu tại thời điểm 4 tuổi (Campbell và cộng sự, 1996). Nghiên cứu nguy cơ môi trường trên các trẻ sinh đôi theo chiều dọc (The E-Risk longitudinal twin study) tại các gia đình ở Anh nhằm đánh giá ảnh hưởng cách nuôi dưỡng của người cha lên sự hung hăng ở trẻ nhỏ (Jaffee và cộng sự, 2003). Đúng như kỳ vọng, sự thiếu vắng người cha có hành vi phù hợp với chuẩn mực xã hội đã dự đoán có sự hung hăng nhiều hơn ở trẻ. Ngược lại, sự hiện diện của người cha có hành vi chống đối dự đoán trẻ sẽ hung hăng nhiều hơn và sau mỗi tuần người cha dành thời gian chăm sóc trẻ, tác động gây hại này lại trở nên trầm trọng hơn gấp nhiều lần. Trong một báo cáo khác, nghiên cứu E-risk đánh giá một giả định rằng: do các bà mẹ trầm cảm thường có những phương pháp nuôi dạy không đúng đắn, cho nên trầm cảm của mẹ mới thúc đẩy sự hung hăng của trẻ (Kim-Cohen và cộng sự, 2005). Con cái của các bà mẹ trầm cảm thường phát triển vấn đề cư xử, nhưng vẫn chưa rõ mối tương quan này đại diện cho sự lan truyền từ môi trường (environmental transmission). Mặc dù liên hệ giữa trầm cảm ở người mẹ và vấn đề cư xử của trẻ đã giảm đi một phần sau khi kiểm soát nghiêm ngặt các nguy cơ từ gia đình đối với các rối loạn tâm thần, nhưng mối liên hệ này vẫn có ý nghĩa thống kê. Hơn nữa, phụ nữ trầm cảm có thể sẽ phóng đại đánh giá của họ về vấn đề hành vi của con mình, nhưng các ghi nhận từ nghiên cứu vẫn được giữ nguyên khi có các đánh giá hành vi của trẻ từ giáo viên. Một phân tích tạm thời đã chỉ ra rằng nếu các bà mẹ trong nghiên cứu E-risk bị trầm cảm trước khi sinh, thì đứa trẻ đó sẽ không hung hăng bất thường như vậy. Ngược lại, chỉ khi người mẹ bị trầm cảm trong quá trình nuôi dạy con thì trẻ đó mới có khả năng phát triển sự hung hăng. Cuối cùng, rất có thể mối liên hệ này là không chính xác bởi vì hung hăng của trẻ gây ra trầm cảm của người mẹ đã bị loại bỏ bởi những ghi nhận về việc trẻ từ 5 tới 7 tuổi tiếp xúc với giai đoạn trầm cảm của người mẹ cho thấy trẻ độ tuổi lên 7 thậm chí còn hung hăng hơn so với khi 5 tuổi. Xâu chuỗi lại vấn đề này cùng một số phát hiện khác đã đem lại bằng chứng rõ ràng hơn về tầm ảnh hưởng của kỷ luật đối với các vấn đề cư xử của trẻ (Moffitt, 2005).

Tiếp xúc với bạo lực gia đình và xung đột trong hôn nhân của người lớn

Sự vận hành gia đình (family processes) nhiều khả năng sẽ đóng vai trò

“Nhìn chung, điểm khác biệt lớn nhất giữa việc rèn kỷ luật của cha mẹ những người tội phạm với những người không phạm tội là những cha mẹ của người phạm tội sử dụng nhiều các hình thức trừng phạt thể chất hơn là lý luận với con cái về những hành vi sai trái mà chúng gây ra (Glueck & Glueck, 1950)

quan trọng đối với rối loạn cư xử, thay vì là các yếu tố khác như kỹ năng nuôi dạy hay chất lượng mối quan hệ gắn bó cha mẹ - con cái. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trẻ trở nên hung hăng sau khi tiếp xúc với bạo lực gia đình giữa những người lớn (Moffitt & Caspi, 1998). Năm 1994, Davies và Cummings đã đề xuất rằng xung đột hôn nhân ảnh hưởng tới hành vi của trẻ em thông qua tác động lên sự điều hòa cảm xúc của chúng. Ví dụ, một đứa trẻ có thể phản ứng với những cảm xúc hoảng sợ bắt nguồn từ những xung đột hôn nhân bằng cách điều chỉnh làm giảm đi những cảm xúc của bản thân thông qua từ chối tình huống đó. Điều này lần lượt có thể dẫn đến thiếu chính xác trong đánh giá các tình huống xã hội khác và kém hiệu quả trong giải quyết vấn đề. Tiếp xúc nhiều lần với xung đột trong gia đình được cho rằng làm hạ thấp ngưỡng rối loạn kiểm soát tâm lý ở trẻ (psychological dysregulation), gây nên phản ứng hành vi mạnh hơn với các tình huống căng thẳng (Cummings & Davies, 2002). Sự hung hăng ở trẻ có thể gia tăng bởi bất hòa trong hôn nhân vì trẻ em có xu hướng bắt chước hành vi hung hăng từ cha mẹ (Bandura, 1977). Thông qua sự hung hăng của cha mẹ, trẻ có thể nhìn nhận rằng hung hăng là một phần bình thường trong mối quan hệ gia đình, đó là một cách hiệu quả để kiểm soát người khác và sự hung hăng được chấp nhận, không hề bị xử phạt (Osofsky, 1995).

Sự ngược đãi

Trừng phạt thể chất (Physical punishment) được sử dụng rộng rãi, cha mẹ của trẻ có vấn đề cư xử thường xuyên sử dụng điều này khi không còn cách nào khác. Tuy nhiên, mối liên hệ của vấn đề này và rối loạn cư xử không đơn giản. Một nghiên cứu cho thấy trừng phạt thể chất có liên quan rõ rệt tới vấn đề hành vi của trẻ Mỹ da trắng, nhưng không xuất hiện ở trẻ Mỹ gốc Phi



Nhấp chuột vào hình ảnh để truy cập Kế hoạch Ngăn chặn Bạo lực (Blueprints for Violence Prevention) của Đại học Colorado



Đánh bằng roi (thế kỷ thứ 19 tại Nga). Bảo tàng nghệ thuật Kaluga.

(Deater - Deckard và cộng sự, 1996). Hơn nữa, nguy cơ đối với vấn đề cư xử lại không áp dụng như nhau trên tất các loại hình phạt thể chất. Nghiên cứu nguy cơ từ môi trường theo chiều dọc ở trẻ sinh đôi so sánh ảnh hưởng của hình phạt thể chất thông thường (corporal punishment) (tát vào má - smacking, tát mông - spanking) với bạo hành gây thương tích về thể chất (injurious physical maltreatment) bằng cách sử dụng báo cáo đặc hiệu ở các cặp song sinh với cả hai trải nghiệm trên (Jaffee và cộng sự, 2004). Kết quả cho thấy thuộc tính di truyền ở trẻ hầu như giải thích cho sự liên hệ giữa hình phạt thể chất thông thường với vấn đề cư xử của chúng. Điều này biểu lộ một hiệu ứng của trẻ (a child effect) - tại đây cách cư xử không tốt của trẻ kích hoạt việc cha mẹ sử dụng nhiều hình phạt thể chất hơn so với tình huống ngược lại (cha mẹ sử dụng hình phạt thể chất thông thường khiến trẻ cư xử không tốt). Tuy nhiên, nghiên cứu đối với bạo hành gây thương tích về thể chất thì cho kết quả trái ngược. Trong trường hợp này hiệu ứng của trẻ không gây kích hoạt sự ngược đãi, hơn nữa, ảnh hưởng rõ rệt của ngược đãi tới sự hung hăng của trẻ không thay đổi sau khi kiểm soát sự lan truyền của tất cả các nguy cơ di truyền từ cha mẹ chống đối xã hội liên quan tới hung hăng.

Nhìn chung, mối liên hệ giữa lạm dụng thể chất (physical abuse) và vấn đề cư xử đã được thiết lập một cách rõ ràng (Hill, 2002). Trong nghiên cứu đoàn hệ Christchurch, lạm dụng tình dục trẻ em (child sexual abuse) dự đoán các vấn đề cư xử sau khi kiểm soát các yếu tố bất lợi khác trong thời thơ ấu (Ferguson và cộng sự, 1996). Trong một nghiên cứu tiên cứu rộng về những trường hợp bị lạm dụng và bỏ mặc được tòa án xác minh, 26% trẻ vị thành niên bị lạm dụng và bỏ mặc có hành vi chống đối xã hội, trái ngược với 17% ở nhóm so sánh, gợi ra sự tác động mức độ tương đối nhưng để lại hậu quả lâu dài của lạm dụng và bỏ mặc (Widom, 1997). Nghiên cứu mối quan hệ về ngược đãi trẻ em với các rối loạn tâm thần là một vấn đề khó khăn vì các lý do đạo đức. Có rất ít hiểu biết về cơ chế liên hệ giữa ngược đãi với vấn đề cư xử, mặc dù các mối đe dọa tới an toàn gắn bó (security of attachment), những khó khăn trong điều chỉnh cảm xúc (difficulties in affect regulation), sự sai lệch trong xử lý thông tin và quan niệm về bản thân (self-concept) đã được đề cập đầu đó trong chương này có thể có sự liên quan.

Các yếu tố nguy cơ ngoài môi trường gia đình

Môi trường xung quanh

Từ lâu, người ta cho rằng sống trong một cộng đồng không tốt có tác động thúc đẩy phát triển các vấn đề cư xử ở trẻ. Phụ huynh cố gắng cho con cái có được môi trường xung quanh và trường học an toàn nhất có thể. Dù rõ ràng rằng, một số khu vực địa phương có tỷ lệ tội phạm cao hơn những khu vực khác, nhưng rất khó để ghi nhận bất kỳ liên hệ trực tiếp nào giữa đặc điểm cộng đồng lân cận và hành vi của trẻ bởi một số lý do. Ví dụ, đặc điểm của cộng đồng dân cư được khái quát hóa theo các thuật ngữ nhân khẩu học cấu trúc (structural-demographic terms) rất sơ sài, ví dụ như tỷ lệ phần trăm cư dân không phải là người da trắng hoặc tỷ lệ phần trăm các hộ gia đình đơn thân. Hơn nữa, các thiết kế nghiên cứu không thể loại trừ khả năng khác là các gia đình có thành viên chống đối xã hội thường lựa chọn chuyển tới sống tại các cộng đồng phức tạp. Một thể hệ nghiên cứu cộng đồng mới đang giải quyết những thách thức nêu trên (Beyers và cộng sự, 2003; Caspi và cộng sự, 2000; Sampson và cộng sự, 1997). Nghiên cứu mới cho thấy các yếu tố cộng đồng xung quanh quan

trọng vượt xa các đặc điểm nhân khẩu học cấu trúc. Sự vận hành xã hội ở cấp độ cộng đồng xung quanh (Neighbourhood-level social processes) ví dụ như “năng lực tập thể - collective efficacy” và “kiểm soát xã hội - social control”, có ảnh hưởng đến vấn đề cư xử ở trẻ nhỏ, hầu như bằng việc trợ giúp hoặc thất bại trong hỗ trợ phụ huynh trong nỗ lực nuôi dạy con trẻ.

Bạn đồng trang lứa

Trẻ bị các vấn đề cư xử có mối quan hệ với các bạn cùng tuổi kém hơn so với trẻ không bị rối loạn ở chỗ chúng có xu hướng kết giao với các trẻ có hành vi chống đối xã hội giống mình, tương tác bất hòa với những trẻ khác và bị từ chối bởi bạn cùng độ tuổi không có hành vi lệch chuẩn (Vitaro và cộng sự, 2001). Ba giả thiết quan trọng đã được thử nghiệm và đã tìm thấy bằng chứng cho cả ba điều này. Đó là (1) hành vi chống đối xã hội của trẻ dẫn tới các vấn đề với bạn cùng tuổi; (2) hoặc mối quan hệ với bạn có hành vi lệch chuẩn dẫn đến hành vi chống đối xã hội; (3) hoặc một số yếu tố chung dẫn đến cả hai.

Với giả thiết các vấn đề cư xử dẫn đến những khó khăn với bạn cùng tuổi, có nhiều bằng chứng cho thấy trẻ em đã có vấn đề về hành vi từ trước nhiều khả năng xảy ra xung đột với những trẻ khác và dễ bị từ chối bởi bạn cùng tuổi không có hành vi lệch chuẩn hơn (Coie, 2004). Sự từ chối bởi bạn này đã được chứng minh là góp phần làm giảm thành tích học tập và gia tăng gây hấn trong năm đầu bậc tiểu học (Coie, 2004). Hậu quả của việc bị bạn bình thường từ chối là: ngay từ lúc năm tuổi, trẻ hung hăng - chống đối xã hội buộc phải kết giao với các trẻ có hành vi lệch chuẩn khác (Farver, 1996; Fergusson và cộng sự, 1999).

Trước những bằng chứng hạn chế cho thấy các khó khăn với bạn cùng tuổi đã thúc đẩy vấn đề cư xử trong thời thơ ấu; và nhiều bằng chứng đáng kể hơn chỉ ra rằng những khó khăn với bạn cùng tuổi là hậu quả của các vấn đề cư xử, có lý do nào để nghĩ rằng, sự vận hành bạn cùng tuổi (peer processes) ảnh hưởng đến tiến trình dài hạn của các vấn đề cư xử hay không? Sự ảnh hưởng của bạn cùng tuổi đối với rối loạn cư xử đã được nghiên cứu và có thể xảy ra theo một số cách sau. Những thanh thiếu niên hung hăng bị thu hút lẫn nhau và những thanh thiếu niên có hành vi lệch chuẩn củng cố hành vi và thái độ chống đối xã hội cho nhau (Boivin & Vitaro, 1995). Bằng chứng về ảnh hưởng của bạn cùng tuổi làm gia tăng các hành vi chống đối xã hội chủ yếu áp dụng cho giai đoạn phát triển ở độ tuổi vị thành niên (Warr, 2002). Bằng chứng thuyết phục đến từ thử nghiệm điều trị: trong hai thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, trẻ trai trong nhóm điều trị trở nên tội tệ hơn so với nhóm chứng không điều trị; sau điều trị có sự gia tăng hành vi ở tuổi vị thành niên và kết cục tội tệ hơn (Dishion và cộng sự, 1999). Việc điều trị theo nhóm khiến các trẻ nam củng cố hành vi chống đối xã hội cho nhau, điều này ủng hộ cho cách tiếp cận điều trị cá nhân. Một nghiên cứu thử nghiệm tự nhiên (natural-experiment study) theo dõi sự thay đổi trong hành vi chống đối xã hội giữa những trẻ nam tham gia vào băng đảng phát hiện ra rằng: việc gia nhập một băng đảng làm gia tăng hành vi phạm tội của mỗi thanh niên so với lúc trước khi gia nhập; trong khi đó, việc rời khỏi băng đảng làm giảm giảm tỷ lệ phạm tội của mỗi cá nhân. (Thornberry và cộng sự, 1993). Nhìn chung, chúng ta phải xem xét khía cạnh liên tục thay đổi và tương hỗ lẫn nhau, trong đó vấn đề cư xử của trẻ ảnh hưởng đến bạn bè và những người bạn đó sau này lại thúc đẩy vấn đề cư xử của chúng (Vitaro và

cộng sự, 2001).

Từ dự đoán yếu tố nguy cơ tới bằng chứng về quan hệ nguyên nhân hệ quả

Mối liên quan giữa các vấn đề cư xử và một loạt các yếu tố nguy cơ đã được dẫn chứng ở trên. Một biến được gọi là yếu tố nguy cơ nếu biến đó được ghi nhận có mối quan hệ tiên đoán kết cục chống đối xã hội, dù có mối liên hệ nguyên nhân - hệ quả hay không. Mối quan hệ nhân quả của hầu hết các yếu tố nguy cơ vẫn còn là ẩn số; chúng ta biết được mối liên hệ có ý nghĩa thống kê dự đoán kết cục vấn đề cư xử, nhưng lại không hiểu tại sao và xảy ra như thế nào (KraTable, 2003). Để xác minh vai trò nguyên nhân của một yếu tố nguy cơ không hề đơn giản, đặc biệt việc phơi nhiễm những trẻ khỏe mạnh với các yếu tố nguy cơ để quan sát xem những yếu tố đó có thể gây ra vấn đề cư xử mới hay không là việc làm phi đạo đức. Hiện không có giải pháp nào cho vấn đề này mặc dù việc sử dụng (1) các thiết kế nhạy cảm gen (genetically sensitive designs) và (2) nghiên cứu về thay đổi bên trong mỗi cá nhân (the study of within-individual) dựa trên thử nghiệm tự nhiên cũng như (3) nghiên cứu điều trị (treatment studies) đã cho thấy lợi thế về mặt phương pháp luận giúp đề xuất nguyên nhân ảnh hưởng đến vấn đề cư xử (Moffitt, 2005b; Rutter, 2000; Rutter và cộng sự, 2006). Chương này tập trung vào các yếu tố nguy cơ đã có chứng cứ ủng hộ vai trò nguyên nhân đối với các vấn đề cư xử. Ví dụ, ở phần trên chúng tôi đã trích dẫn nghiên cứu ủng hộ quan hệ nguyên nhân hệ quả do sự kỷ luật kém của người mẹ bị trầm cảm (Kim-Cohen và cộng sự, 2005), ngược đãi trẻ em (Dodge và cộng sự, 1995; Jaffee và cộng sự, 2004), gia đình nghèo đói (Costello và cộng sự, 2003), nguy cơ di truyền gia đình (Moffitt, 2005a) và giao thiệp với nhóm bạn cùng tuổi có hành vi lệch chuẩn (Dishion và cộng sự, 1999; Thornberry và cộng sự, 1993). Các thiết kế của những nghiên cứu này một mặt tận dụng từ các thử nghiệm tự nhiên; mặt khác có thể loại trừ những giả thuyết nguyên nhân khác (Moffitt, 2005b). Các yếu tố nguy cơ khác được mô tả ở đây chưa được đánh giá chắc chắn về quan hệ nguyên nhân hệ quả, tuy nhiên có bằng chứng cho thấy đó là yếu tố dự đoán mạnh mẽ vấn đề cư xử ở nhiều nghiên cứu được thực hiện tại các bối cảnh khác nhau (ví dụ, biến chứng chu sinh, tính khí, thiếu hụt về lời nói và suy giảm chức năng điều hành, nhịp tim chậm, nhận thức xã hội, tiếp xúc với xung đột giữa cha mẹ). Vẫn còn các yếu tố rủi ro khác được đưa vào chương này ủng hộ mạnh mẽ thuyết nguyên

BẢNG D.3.1 Các yếu tố dự đoán kết cục xấu

Khởi phát	Khởi phát sớm với các vấn đề nghiêm trọng, trước 8 tuổi
Biểu hiện	Các hành vi chống đối xã hội nghiêm trọng, thường xuyên và đa dạng
Rối loạn xảy ra cùng lúc	Các vấn đề tăng động và giảm chú ý
Trí tuệ	Chỉ số IQ thấp
Tiền sử gia đình	Cha mẹ phạm tội hoặc nghiện rượu
Cách nuôi dạy con của cha mẹ	Cha mẹ hà khắc, không nhất quán, hay chỉ trích, thiếu thân mật, thiếu gắn bó và thiếu sự giám sát.
Môi trường rộng hơn	Gia đình thu nhập thấp trong cộng đồng nghèo đói cùng với trường học không hiệu quả.

nhân hệ quả, tuy nhiên mối liên hệ đáng tin cậy với các vấn đề về cư xử vẫn chưa có nền tảng chứng cứ đủ mạnh (ví dụ: sự gắn bó, các chất dẫn truyền thần kinh, kiểu gen MAOA, hút thuốc trong thời kỳ mang thai, cộng đồng lân cận).

DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Đối với những trường hợp rối loạn cư xử khởi phát sớm (trước tám tuổi), khoảng một nửa diễn tiến dai dẳng cùng với các vấn đề nghiêm trọng cho đến tuổi trưởng thành. Còn đối với nhóm khởi phát ở tuổi vị thành niên, phần lớn (trên 85%) ngưng các hành vi chống đối xã hội trước giai đoạn đầu lứa tuổi hai mươi (early twenties: 20-23). Các yếu tố tiên lượng dự hậu xấu được trình bày ở Bảng D.3.1.

Để phát hiện các yếu tố bảo vệ, nhóm trẻ thể hiện tốt mặc dù phải đối mặt với các yếu tố nguy cơ đã được nghiên cứu. Tuy nhiên, những trẻ được coi là có khả năng phục hồi (resilient) này lại được chỉ ra rằng đã tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ ở mức độ thấp hơn, ví dụ như trẻ trai có hành vi chống đối xã hội và IQ thấp, sống trong một cộng đồng phức tạp nhưng lại có cha mẹ quan tâm, hỗ trợ. Các yếu tố bảo vệ phần lớn là đầu tận bên đối diện trong cùng một phổ với yếu tố nguy cơ, do đó phương pháp dạy con tốt và IQ cao là các yếu tố bảo vệ. Dù vậy, có các yếu tố liên quan đến khả năng tự phục hồi độc lập với các ảnh hưởng bất lợi đã biết. Các yếu tố đó bao gồm: mối quan hệ tốt với ít nhất một người lớn, người này không nhất thiết phải là cha mẹ; có ý thức về cảm nhận tốt về bản thân; có kỹ năng hoặc năng lực.

Kết cục ở người lớn

Nghiên cứu trên nhóm trẻ có rối loạn cư xử khởi phát sớm cho thấy rằng một loạt các vấn đề không chỉ giới hạn trong các hành động chống đối xã hội, được trình bày ở Bảng D.3.2.

Điều rõ ràng là không chỉ tăng đáng kể tỷ lệ các hành vi chống đối xã hội

Bảng D.3.2 Kết cục ở người lớn

Hành vi chống đối xã hội	Phạm tội có liên quan đến bạo lực và phi bạo lực nhiều hơn, ví dụ như trấn lột, gây thương tích cho người khác, trộm cắp, trộm xe hơi, lừa đảo.
Vấn đề về tâm thần	Tăng tỷ lệ của nhân cách chống đối xã hội, lạm dụng rượu và chất gây nghiện, lo âu, trầm cảm và triệu chứng dạng cơ thể, giai đoạn cố tình tự gây hại bản thân và tự tử thành công, thời gian ở bệnh viện tâm thần.
Giáo dục và đào tạo	Kết quả thi cử kém hơn, trốn học nhiều hơn và bỏ học sớm, trình độ chuyên môn hạn chế hơn
Công việc	Thất nghiệp nhiều hơn, thời gian giữ được việc làm ngắn hơn, nghề nghiệp có địa vị và thu nhập thấp, tăng yêu cầu phúc lợi và trợ cấp.
Mạng lưới xã hội	Ít có bạn bè thân, ít kết nối với người thân, cộng đồng xung quanh, câu lạc bộ hoặc tổ chức.
Mối quan hệ thân thiết	Tăng tỷ lệ các mối quan hệ ngắn hạn hoặc mối quan hệ sống thử bạo lực; bạn đời thường cũng có chống đối xã hội.
Con cái	Tăng tỷ lệ lạm dụng trẻ em, con cái có vấn đề về cư xử hoặc trẻ cần được nuôi dưỡng bởi chính phủ.
Sức khỏe	Nhiều vấn đề y khoa, chết sớm.

ở tuổi trưởng thành mà chức năng tâm lý xã hội chung của trẻ có rối loạn cư xử trở nên rất kém khi lớn lên. Khi so sánh với nhóm chứng, hầu hết những đặc điểm được liệt kê trong bảng D.3.2 tăng ít nhất gấp đôi ở những trường hợp tại cộng đồng chưa được chuyên tuyến lần nào và tăng từ ba đến bốn lần ở những trường hợp được chuyên lên từ tuyến dưới.

Lộ trình

Lộ trình của rối loạn cư xử từ thời thơ ấu đến khi có kết cục xấu ở tuổi trưởng thành vừa không thể tránh khỏi, vừa không theo từng bước cụ thể. Tập hợp các yếu tố ảnh hưởng khác nhau tác động lên sự phát triển và định hình tiến trình sống của cá nhân đó. Trong số đó, nhiều yếu tố có thể làm nổi bật lên vấn đề. Do đó một trẻ tập đi (1-3 tuổi) có tính khí dễ cáu giận và khoảng tập trung ngắn có thể không học tốt các kỹ năng xã hội nếu chúng được lớn lên trong một gia đình thiếu kỹ năng và đây là nơi mà trẻ chỉ có thể đạt thứ trẻ muốn bằng cư xử kiểu chống đối xã hội và giành giật tất cả những thứ trẻ cần. Ở trường, trẻ có thể chơi với đám bạn chống đối, nơi mà bạo lực và các hành xử chống đối xã hội được tán dương và cho trẻ có cảm giác được trân trọng. Khả năng học tập nhìn chung kém và hành vi cá biệt trong lớp có thể khiến trẻ trốn học ngày càng nhiều, điều này lại làm trẻ bị tụt hậu so với các bạn trong lớp. Sau đó, trẻ có thể bỏ học nửa chừng, không thể xin việc làm và tìm đến chất gây nghiện. Để có tiền chi trả cho thói quen sử dụng chất gây nghiện, trẻ có thể chuyển sang phạm pháp, và một khi đã có tiền án tiền sự, khả năng tìm kiếm việc làm càng khó khăn hơn. Từ ví dụ trên, chúng ta có thể thấy rằng các trải nghiệm tiêu cực không chỉ nảy sinh một cách bị động hoặc độc lập với hành vi của người trẻ, thay vào đó hành vi sẽ đẩy trẻ vào môi trường đầy rủi ro và tổn hại. Do đó, số lượng các sự kiện bất lợi được trải nghiệm trong cuộc sống ngày càng gia tăng. Lộ trình từ khi có tăng động ban đầu cho đến rối loạn cư xử sau này là một quá trình không thể tránh khỏi. Với sự hiện diện của bầu không khí gia đình thân thiện và hỗ trợ, lộ trình này ít khả năng xảy ra hơn so với phụ huynh hay phê phán và thù địch.

Tuy nhiên, một số yếu tố ảnh hưởng khác có thể hướng cá nhân khỏi một lộ trình chống đối xã hội. Ví dụ, một công trình theo dõi trẻ trai phạm pháp cho đến tuổi 70 của Laub và Sampson cho thấy rằng các điều dưới đây có thể khiến lộ trình trên dừng lại: tách khỏi nhóm bạn lệch lạc; lập gia đình với một người không lệch lạc; di dời ra khỏi cộng đồng khó khăn, tham gia nghĩa vụ quân sự có hướng dẫn các kỹ năng.

NGUYÊN LÝ ĐIỀU TRỊ

1. Gắn kết với gia đình

Bất cứ gia đình nào đến khám tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần dường như có chút lo sợ bị đánh giá là xấu hoặc có thể bị diên. Gia đình của trẻ bị vấn đề cư xử nhiều khả năng là những người chịu thiệt thòi hoặc thiếu tổ chức, có nhiều tranh luận với các cơ quan của chính quyền như trường học hoặc nhân viên phúc lợi và nghi ngờ về tình trạng quan liêu. Tỷ lệ ngưng điều trị cao ở các gia đình có vấn đề về cư xử – thường lên đến 60% (Kazdin, 1996). Các biện pháp thiết thực, ví dụ như hỗ trợ di chuyển, cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em và tổ chức phiên can thiệp vào buổi chiều tối hoặc vào thời gian phù hợp với gia đình có khả năng

tạo điều kiện duy trì điều trị. Hình thành sự kết nối tốt với gia đình là một điều cực kỳ quan trọng và Prinz cùng với Miller (1994) cho thấy rằng bổ sung các chiến lược tạo sự cam kết trong suốt quá trình đánh giá, ví dụ như thể hiện cho gia đình thấy rằng nhà trị liệu am hiểu rõ góc nhìn của gia đình, điều này giúp gia tăng sự hiện diện của họ trong các buổi trị liệu. Một khi đã có sự cam kết, chất lượng của liên minh trị liệu với gia đình sẽ tác động tới sự thành công của điều trị, chiếm 15% phương sai của đầu ra trong phân tích tổng hợp của Shirk và Carver (2003).

2. Lựa chọn cách thức điều trị và người thực hiện

Nếu có thể, các can thiệp cần chú trọng tới từng bối cảnh cụ thể thay vì cho rằng việc điều trị thành công trong một lĩnh vực thì có thể khái quát sang lĩnh vực khác. Do đó, những cải thiện ở nhà có được từ thành công của một chương trình tập huấn dành cho phụ huynh không nhất thiết sẽ dẫn đến việc giảm hành vi chống đối ở trường (Scott, 2008). Nếu hành vi trong lớp có vấn đề và sự đánh giá ngay tại trường cho thấy giáo viên không sử dụng các phương pháp hiệu quả, thì khi đó tư vấn cho giáo viên và nhân viên khác trong trường học có thể sẽ rất hữu hiệu. Khi xảy ra các vấn đề lan tỏa như đánh nhau với bạn cùng tuổi, thì nên bổ sung làm việc cá nhân về quản lý sự tức giận và các kỹ năng xã hội. Việc sử dụng thuốc vẫn còn đang được tranh luận và nhìn chung tốt nhất nên tránh, chỉ dẫn về các thuốc có thể sử dụng được thảo luận ở bên dưới. Nói chung, vì có bằng chứng rõ rệt về tính hiệu quả, điều trị được lựa chọn hàng đầu nên là tập huấn cho phụ huynh.

Hầu hết các quốc gia đều không có đủ nguồn lực để điều trị tất cả hành vi chống đối xã hội ở trẻ em, vì vậy cần đưa ra quyết định xem liệu các đơn vị khác có thể cùng tham gia hay không. Theo đó một số tổ chức tình nguyện hiện cung cấp các chương trình tập huấn cho cha mẹ và trường học cũng có thể có khả năng thiết lập các chương trình can thiệp hành vi phù hợp.

3. Phát triển các điểm mạnh

Xác định được các điểm mạnh của trẻ và gia đình là một điều vô cùng quan trọng. Đây là cơ sở hỗ trợ sự tham gia và gia tăng cơ hội điều trị có hiệu quả. Ghi nhận và thúc đẩy các kỹ năng giúp trẻ dành nhiều thời gian với hành xử mang tính xây dựng hơn là phá hoại – ví dụ, dành nhiều thời gian chơi bóng đá cũng là giảm thời gian loay quanh trên đường để tìm kiếm rác rưởi. Khuyến khích các hoạt động có ích – ví dụ hoàn thành một bức tranh đẹp hoặc chơi tốt một nhạc cụ – điều này cũng làm gia tăng thành tích, xây dựng cảm nhận tốt về bản thân và hy vọng về tương lai.

4. Điều trị bệnh lý xuất hiện cùng lúc

Hành vi chống đối xã hội ở trẻ em thường ảnh hưởng nghiêm trọng tới người khác vì vậy nhiều khả năng các bệnh lý xảy ra cùng lúc có thể dễ bị bỏ sót. Tuy nhiên, khả năng có rối loạn đi kèm khá phổ biến đối với các bệnh nhân được chuyển tuyến. Các rối loạn thường xuất hiện kèm theo là trầm cảm và rối loạn tăng động giảm chú ý, một số trẻ sẽ có rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), ví dụ trong bối cảnh bạo lực do chính người cha gây ra cho trẻ hoặc những chứng kiến mẹ bị bạo hành bởi người chồng.



Nhấp vào hình để truy cập trang web Trung tâm Tài nguyên Phòng chống Bạo lực Thanh thiếu niên Quốc gia của Chính phủ Liên bang Hoa Kỳ (the US Federal Government's site National Youth Violence Prevention Resource Center), nơi có các kết quả nghiên cứu mới và cung cấp đào tạo trực tuyến cho mục đích phòng ngừa.

5. Thúc đẩy học tập ở trường học và xã hội

Điều trị không chỉ đơn thuần là giảm hành vi chống đối xã hội, do đó việc ngăn chặn cơn nóng giận và hung hăng dù đem lại lợi ích, nhưng lại không giúp cải thiện chức năng sống nếu trẻ thiếu các kỹ năng kết bạn hoặc thương lượng. Vì vậy hành vi mong đợi cũng cần được hướng dẫn. Những khuyết tật học tập đặc hiệu như rối loạn đọc (reading retardation) – xuất hiện tương đối thường xuyên ở nhóm trẻ này – cần được điều trị, điều này cũng áp dụng tương tự đối với các khó khăn chung khác như lên kế hoạch cho bài tập về nhà (planning homework).

6. Sử dụng các hướng dẫn

Viện Hàn lâm Tâm thần Trẻ em và Thanh thiếu niên Hoa Kỳ (The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) đã xuất bản các tham số thực hành (practice parameters) để nhận biết để đánh giá và điều trị rối loạn cư xử (AACAP 1997); Viện Sức khỏe và Chất lượng Lâm Sàng Vương quốc Anh (NICE) (The UK National Institute for Health and Clinical Excellence) đã công bố một “thẩm định kỹ thuật” (technology appraisal) về hiệu quả chi phí và hiệu quả lâm sàng của các chương trình tập huấn cho cha mẹ (2006) và đến năm 2013 cho xuất bản một hướng dẫn về đánh giá và điều trị các rối loạn cư xử.

7. Điều trị tại bối cảnh trẻ đang sinh sống

Hầu hết các can thiệp mô tả bên dưới được dành cho các bệnh nhân ngoại trú hoặc bối cảnh ngoài cộng đồng. Đưa trẻ vào bệnh viện tâm thần là hiếm khi cần thiết, không có bằng chứng cho thấy điều trị nội trú giúp duy trì những kết quả đã đạt được sau khi trẻ quay trở về gia đình.

Những can thiệp đặc hiệu

Dựa trên nền tảng gia đình

Phương pháp nổi tiếng nhất áp dụng cho các vi phạm của thanh thiếu niên là Liệu pháp Gia đình Chức năng (FFT Functional Family Therapy) được sáng lập từ năm 1969 bởi James Alexander và cộng sự (Alexander và cộng sự, 2000). Phương pháp này được thiết kế nhằm để thực hành lâm sàng với chi phí không quá cao, gồm 8-12 buổi, mỗi buổi 1 giờ được áp dụng tại mỗi gia đình để cải thiện khả năng tham gia can thiệp đối với nhóm đối tượng khách hàng này. Đối với các trường hợp khó, khoảng thời gian trị liệu 26-30 giờ được đề nghị và thường kéo dài trên ba tháng. Nhóm tuổi mục tiêu là 11-18 tuổi. Có 4 giai đoạn của điều trị. Hai giai đoạn đầu gồm *gắn kết (engagement)* và *tạo động lực (motivation)*. Ở giai đoạn này nhà trị liệu cố gắng để nâng cao nhận thức rằng sự thay đổi là điều có thể thực hiện được và giảm thiểu những cảm nhận có thể biểu lộ sự vô cảm hoặc không phù hợp (ví dụ quan niệm xấu về chương trình điều trị, khó tiếp cận, chuyển tuyến một cách vô cảm). Mục đích là khiến gia đình vẫn tiếp tục điều trị, sau đó chuyển sang xác định những mong muốn thực sự của gia đình. Kỹ thuật bao gồm *điều chỉnh khung nhận thức (reframing)*, theo đó các phẩm chất tích cực được tăng cường (ví dụ: một thanh niên vi phạm nhiều lần nhưng chưa bị bắt giữ là một biểu hiện của sự sáng dạ) và đưa ra các động cơ về mặt cảm xúc (ví dụ: một người mẹ hay cãi nhằn có thể là do muốn quan tâm, đang đau khổ hoặc bị tổn thương).

Các gia đình được khuyến khích nhìn nhận bản thân mình đang làm tốt

nhất có thể trong từng hoàn cảnh. *Giải quyết vấn đề (Problem-solving)* và *thay đổi hành vi (behaviour change)* chưa được bắt đầu cho đến khi động cơ thúc đẩy được tăng cường, giảm những tiêu cực và thiết lập được liên minh tin cậy lẫn nhau. Những nỗ lực rõ ràng được thực hiện để làm giảm vòng xoắn tiêu cực trong tương tác gia đình (negative spirals in family interactions) bằng cách làm gián đoạn hoặc chuyển hướng lời nói tiêu cực, đổ lỗi. Điều chỉnh khung nhận thức không có nghĩa là làm giảm giá trị tác động của hành vi tiêu cực, nhưng mỗi thành viên trong gia đình, tại thời điểm kết thúc hai giai đoạn khởi động này, cần đạt được cảm nhận rằng:

- Họ vốn dĩ không hề tệ, mà chỉ do cách làm chưa hiệu quả.
- Mặc dù họ có từng mắc lỗi nhưng nhà trị liệu *vẫn ủng hộ* họ như với mọi người khác.
- Mặc dù các thành viên gia đình đều trải qua các vấn đề khác nhau nhưng mỗi người đều cần đóng góp để tìm ra giải pháp.
- Mặc dù họ có thể phải thay đổi nhiều, nhà trị liệu sẽ cố gắng hết sức bảo vệ họ và tất cả các thành viên khác trong gia đình.
- Họ muốn quay trở lại các buổi trị liệu tiếp theo vì cuối cùng dường như mọi việc đã trở nên tốt hơn.

Giai đoạn thứ 3 của FFT hướng vào *thay đổi hành vi*. Có hai yếu tố chính trong giai đoạn này là tập huấn kỹ năng giao tiếp (communication training) và tập huấn kỹ năng dành cho cha mẹ (parent training). Thành công của giai đoạn này phụ thuộc vào những gì có được của hai giai đoạn đầu và chỉ được bắt đầu chỉ khi hai giai đoạn trước đã khởi động (không giống như một số chương trình khác được thiết kế sẵn một số buổi và phân chia cho từng chủ đề bất kể tốc độ tiến triển của gia đình như thế nào). Giai đoạn này được áp dụng linh hoạt phù hợp với nhu cầu của gia đình. Do đó nếu giữa bố mẹ vẫn còn tiếp tục tranh luận và điều này đang ảnh hưởng đến thanh thiếu niên, một “hệ thống phụ dành cho hôn nhân” (marital subsystem) được sử dụng, bằng những kỹ thuật tiêu chuẩn, bao gồm:

1. Sử dụng ngôi thứ nhất hơn là ngôi thứ hai (thay vì nói “con là một đứa lười biếng” thì dùng “mẹ thấy không hài lòng khi con để tất ở trên sàn nhà”).
2. Trao đổi trực tiếp (thay vì phàn nàn với vợ/chồng “nó không bao giờ...”, hãy nói một cách trực tiếp với trẻ).
3. Nói ngắn gọn thay vì nói dài dòng.
4. Nói cụ thể hành vi mà bạn mong muốn trẻ làm.
5. Đưa ra những lựa chọn thay thế cho trẻ, và
6. Lắng nghe một cách tích cực.

Các kỹ thuật của tập huấn cho cha mẹ có những điểm tương tự với các tiếp cận tiêu chuẩn như khen ngợi, các phần thưởng (được gọi là thỏa thuận trong FFT – ví dụ, nếu con về nhà vào 18 giờ mỗi tối, bố mẹ sẽ cho con đi xem phim vào thứ 7), thiết lập giới hạn, các hệ quả và mức phạt tương ứng (response-cost) (ví dụ, mất cơ hội xem TV vì chửi thề).



Nhấp vào hình để xem tài liệu Ngăn chặn Bạo lực và Các Hành vi Liên quan đến Nguy cơ Sức khỏe ở Thanh thiếu niên (Preventing Violence and Related Health-Risking Behaviors in Adolescents), một Báo cáo Đồng thuận Khoa học của NIH (NIH State of the Science Consensus Report)

Giai đoạn thứ tư và cuối cùng của FFT là *khái quát hóa (generalization)*. Mục tiêu của giai đoạn này là đạt được sự cải thiện trong một số tình huống cụ thể để khái quát hóa trong các tình huống tương tự khác ở gia đình, để giúp đỡ trẻ và gia đình thương lượng tích cực với các tổ chức cộng đồng như trường học, và giúp đỡ họ tìm được các nguồn lực hỗ trợ mà họ cần. Đôi khi ở mục tiêu sau này cần yêu cầu nhà trị liệu trở thành người quản lý trường hợp (case manager) cho gia đình. Vì thế, việc này đòi hỏi nhà trị liệu phải biết về các tổ chức cộng đồng và cách thức hoạt động của hệ thống đó.

Hiệu quả

Hiệu quả của FFT đã được ghi nhận từ lâu, với hơn 10 nghiên cứu lặp lại (replication studies) (Alexander và cộng sự, 2000), trong đó hơn một nửa là các nghiên cứu độc lập được tiến hành bởi các nhà phát triển, và 4 nghiên cứu đang được tiến hành tại Thụy Điển. Các thử nghiệm được công bố cho đến nay đều cho kết quả khả quan, với tỷ lệ tái phạm điển hình là thấp hơn 20 tới 30% so với nhóm chứng.

Các can thiệp nhiều thành phần

Trị liệu đa hệ thống (Multisystemic Therapy) (MST)

Một ví dụ về Trị liệu Đa hệ thống (MST) được lựa chọn vì đây là một trong những liệu pháp tốt nhất của loại trị liệu này. MST được phát triển bởi Henggeler và cộng sự tại Hoa Kỳ (Huey và cộng sự, 2000). Có 9 nguyên tắc trị liệu chính:

1. Một đánh giá nên được thực hiện để xác định sự phù hợp giữa các vấn đề mục tiêu và môi trường rộng lớn: các khó khăn được hiểu là sự phản ứng với từng bối cảnh cụ thể, không nhất thiết xem đó là khiếm khuyết bên trong.
2. Giao tiếp khi trị liệu nhấn mạnh tới điểm tích cực và sử dụng sức mạnh hệ thống là đòn bẩy cho sự thay đổi. Lúc này, việc đánh giá sẽ xác định các điểm mạnh (như giới về các môn thể thao, có mối quan hệ tốt với bà, sự hiện diện của những người bạn cùng tuổi có hành vi cư xử phù hợp trong cộng đồng xung quanh nhà bà). Việc thực hiện nguyên tắc này có nghĩa là mỗi lần tương tác giao tiếp cần công nhận và tập trung vào những điểm mạnh này.
3. Những can thiệp được thiết kế để thúc đẩy các hành vi có trách nhiệm và giảm thiểu các hành vi thiếu trách nhiệm.
4. Các can thiệp tập trung vào hiện tại, là hoạt động được định hướng, có mục tiêu rõ ràng và cụ thể. Hướng tiếp cận là những gì có thể thực hiện được tại thời điểm hiện tại, trái ngược với một số liệu pháp nhấn mạnh vào việc cần phải hiểu quá khứ của trẻ và gia đình.
5. Các can thiệp tập trung vào chuỗi hành vi trong nhiều hệ thống (sequences of behaviour in multiple systems) khiến duy trì các vấn đề.
6. Các can thiệp phù hợp với quá trình phát triển: tương ứng với mỗi giai đoạn trong cuộc sống và trình độ cá nhân của mỗi thành viên trong gia đình.
7. Can thiệp đòi hỏi nỗ lực hàng ngày hoặc hàng tuần của các thành viên

trong gia đình. Điều này cho phép thực hành các kỹ năng mới đều đặn và thường xuyên nhận được phản hồi tích cực từ những nỗ lực đó. Việc không tuân thủ các cam kết điều trị nhanh chóng trở nên rõ ràng.

8. Hiệu quả của can thiệp được đánh giá liên tục từ nhiều góc nhìn với đội ngũ can thiệp chịu trách nhiệm cho việc vượt qua các rào cản để đạt được kết quả thành công.
9. Các can thiệp được thiết kế để thúc đẩy khái quát hóa điều trị bằng cách trao cho phụ huynh khả năng giải quyết các nhu cầu của trẻ trong nhiều bối cảnh khác nhau.

Cách thức tiến hành trị liệu đưa ra cần được kiểm soát chặt chẽ. Giám sát tiến độ theo từng tuần; nếu xuất hiện các rào cản ngăn chặn sự cải thiện, chúng cần nhanh chóng được giải quyết; các giả thuyết về những gì xảy ra trong gia đình và hệ thống xung quanh trẻ nên được xem xét lại bởi cả tiến trình. Nhà lâm sàng chỉ đảm nhận 4-6 trường hợp vì công việc này rất chuyên sâu. Cần chú ý chặt chẽ đến kiểm soát chất lượng trị liệu bằng cách thực hiện giám sát hàng tuần theo các đường hướng đã đề ra và phụ huynh cùng thanh thiếu niên tự điền vào bảng hỏi hàng tuần về việc họ có được điều trị theo kế hoạch đã đặt ra hay không. Liệu pháp được tiến hành trong ba tháng và sau đó dừng lại.

Hiệu quả

Hàng loạt các nghiên cứu kết cục từ nhà phát triển chương trình can thiệp này bước đầu cho thấy kết quả khả quan. Phân tích tổng hợp các bài báo cáo cho tới hết năm 2002 của các tác giả, bao gồm cả Charles Borduin – một trong các nhà phát triển chương trình can thiệp – đã phát hiện ra rằng trong số 7 nghiên cứu kết cục so sánh MST với phương pháp điều trị thông thường hoặc với một phương pháp điều trị khác thực hiện bởi 35 nhà trị liệu trên 708 thanh thiếu niên, hệ số ảnh hưởng trung bình chung trên một số lĩnh vực là 0,55 (Curtis và cộng sự, 2004). Phạm vi kết cục bao gồm các vi phạm (bị bắt giữ, ngày trong tù, tội phạm tự báo cáo, tự báo cáo sử dụng ma túy) có hệ số ảnh hưởng trung bình (mean effect size – ES) là 0.50 và các quan hệ với bạn cùng tuổi (ES: 0.11), mối quan hệ gia đình (ES dựa trên tự báo cáo: 0.57, ES dựa trên quan sát: 0.76), và triệu chứng tâm thần ở trẻ em và phụ huynh (ES: 0.28). Tuy nhiên, ba nghiên cứu với nhà trị liệu là sinh viên tốt nghiệp của những nhà phát triển chương trình này cho thấy hệ số ảnh hưởng đáng kể hơn (trung bình 0.81) so với khi nhà phát triển chương trình giám sát các nhà trị liệu tại địa phương, lúc này hệ số ảnh hưởng giảm xuống 0.26.

Theo dõi dài hạn 14 năm sau (khi những người tham gia có độ tuổi trung bình là 29) bởi các nhà phát triển của một trong những thử nghiệm đầu tiên (với 176 trường hợp được phân bổ cho MST hoặc liệu pháp cá nhân thông thường), ghi nhận tỷ lệ tái phạm tương ứng là 50% và 81%. Tuy nhiên, trong tiến trình đánh giá, bước kiểm tra tiếp theo của bất kỳ một phương pháp trị liệu nào là hiệu quả của phương pháp đó, bước này được thực hiện bởi đội ngũ không có ràng buộc về tài chính hoặc công việc với các nhà phát triển (mặc dù họ có thể chi trả phí công cụ và giám sát cho các nhà phát triển) và với một nhóm đánh giá độc lập (Littell, 2005). Đánh giá độc lập duy nhất này cũng là đánh giá duy nhất sử dụng phương pháp phân tích dựa theo phân bố ngẫu nhiên ban đầu (intention to treat analysis) (thay vì loại trừ người từ chối điều trị,...) trong một

mẫu lớn (n= 409) ở Ontario, Canada. Đánh giá phát hiện MST có kết quả không cải thiện so với điều trị thông thường, trên mọi khía cạnh của kết cục, kể cả khi đánh giá ngay hoặc sau 3 năm theo dõi (Lescheid & Cunningham, 2002). Một nghiên cứu độc lập nhỏ hơn ở Na Uy (n = 75) (Ogden & Hagen, 2006) cho kết quả khả quan hơn, ES là 0.26 cho hành vi phạm pháp tự báo cáo, 0.50 dựa trên đánh giá của cha mẹ, và 0.68 với đánh giá của giáo viên, dù có đến 40% dữ liệu bị mất.

Các hình thức can thiệp không hiệu quả

Harsh, một hình thức bắt giam gây sốc theo kiểu quân đội, còn gọi là “trại huấn luyện” (“boot camps”), hiện vẫn phổ biến cho những người phạm tội trẻ tuổi ở Hoa Kỳ và được xúc tiến bởi Văn phòng Tư pháp và Phòng chống tội phạm Vị thành niên (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention) đã thiết lập ba chương trình thí điểm vào năm 1992. Tuy nhiên, một số nhà đánh giá đưa ra kết luận rằng chúng không hiệu quả (Tyler và cộng sự, 2001; Stinchcomb, 2005; Benda, 2005; Cullen và cộng sự, 2005). Một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng của Phòng Tư Pháp vị thành niên California (California Youth Authority) gồm dữ liệu giam giữ lâu dài cho thấy rằng không có sự khác biệt giữa boot camp và sự giam giữ chuẩn thông thường cũng như phóng thích tạm thời (Bottcher và Ezell, 2005). Mặt khác, một phân tích tổng hợp của 28 nghiên cứu trên các chương trình trị liệu thực hiện ở khu vực hoang vu (wilderness programmes) cho thấy hệ số ảnh hưởng chung (overall effect size) là 0.18, với tỷ lệ tái phạm là 29% so với 37% của nhóm chứng (Wilson và Lipsey 2000). Các chương trình với các hoạt động thể chất cường độ cao và một nhóm liệu pháp riêng biệt đem lại hiệu quả tốt nhất. Một cách tiếp cận khác nhằm mục đích ngăn chặn những thanh niên phạm tội bằng cách khiến họ sợ hãi khi đi thăm một nhà tù, ví dụ như liệu trình “Thẳng đến sự Sợ hãi” (“Scared Straight”). Tuy nhiên, một phân tích tổng hợp của chín thử nghiệm có đối chứng cho thấy cách can thiệp này trung bình gây hại nhiều hơn là không



làm gì; chương trình này làm cho người tham gia có kết cục trở nên xấu hơn (Petrosino và cộng sự, 2003).

Thuốc

Thời điểm hiện tại, không có một hình thức can thiệp thuốc nào được chấp thuận riêng cho rối loạn cư xử. Tuy nhiên, ở Hoa Kỳ, thuốc được sử dụng tương đối thường xuyên và ngày càng gia tăng (Steiner và cộng sự, 2003; Turgay, 2004). Bác sĩ tuyến cơ sở thường là người quản lý những thuốc này. Sự lo ngại đang tăng lên vì bác sĩ tuyến cơ sở thường ít được đào tạo trong lĩnh vực tâm lý bệnh phát triển và không đủ thời gian để đánh giá và theo dõi cẩn thận (Vitiello, 2001). Ở Vương Quốc Anh, điều trị thuốc thường không được ủng hộ bởi các hướng dẫn điều trị vì, như đã được đề cập, thử nghiệm lặp lại về hiệu quả thường giới hạn, đặc biệt trên trẻ em không có rối loạn tăng động giảm chú ý.

Can thiệp thuốc được nghiên cứu nhiều nhất cho trẻ thanh thiếu niên có rối loạn cư xử là thuốc kích thích thần kinh (methylphenidate và dexafetamine), được dùng trên trẻ vừa có rối loạn tăng động giảm chú ý kèm rối loạn cư xử. Trong những trường hợp này, có bằng chứng về việc giảm tăng động/bốc đồng cũng giúp giảm các vấn đề cư xử (Connor và cộng sự, 2002; Gerardin và cộng sự, 2002). Không đủ bằng chứng tin cậy để quyết định rằng liệu thuốc kích thích thần kinh có giảm triệu chứng hung hăng trong trường hợp không có rối loạn tăng động giảm chú ý đi kèm không; một nghiên cứu bởi Klein và cộng sự (1997) phát hiện rằng sự cải thiện triệu chứng rối loạn cư xử là độc lập với cải thiện triệu chứng của rối loạn tăng động giảm chú ý, những nghiên cứu này cần được lặp lại kết quả tương tự.

Một số cách tiếp cận bằng thuốc khác cho hành vi chống đối xã hội nhắm vào gây hấn phản ứng và quá kích động, chủ yếu trên thanh thiếu niên nhập viện có hành vi gây hấn mức độ nặng và các vấn đề tâm thần. Thuốc được sử dụng trong trường hợp này bao gồm nhóm tác động đến rối loạn điều hòa (dysregulation) (như buspirone, clonidine) và nhóm ổn định khí sắc (mood stabilizer) (như lithium, carbamazepine). Trong khi Campbell và cộng sự phát hiện ra rằng lithium giảm sự hung hăng và hành vi thù địch ở thanh thiếu niên nhập viện vì các vấn đề tâm thần (Campbell và cộng sự, 1995; Malone và cộng sự, 2000), các nhà nghiên cứu khác lại thất bại trong việc đưa ra hiệu quả ở nhóm bệnh nhân ngoại trú (ví dụ như Klein, 1991) và ở nhóm bệnh nhân điều trị với khoảng thời gian ngắn hơn (ví dụ như 2 tuần hoặc ít hơn) (Rifkin và cộng sự, 1997). Carbamazepine không tỏ ra hiệu quả hơn so với giả dược trong một nghiên cứu mù đôi có đối chứng (Cueva và cộng sự, 1996). Ở bệnh nhân có hành vi gây hấn và tăng động, Hazell và Stuart (2003) trong một thử nghiệm giả dược ngẫu nhiên có đối chứng giữa thuốc kích thích thần kinh kèm giả dược so với thuốc kích thích thần kinh kèm clonidine, cho thấy rằng nhóm thứ hai có hiệu quả hơn. Tuy nhiên cần lưu ý rằng sử dụng nhiều loại thuốc có thể mang lại nguy cơ gia tăng tác dụng phụ (Impicciatore và cộng sự, 2001).

Trong một vài năm trước, sử dụng thuốc chống loạn thần như risperidone và các thuốc khác như clonidine trên bệnh nhân ngoại trú đang gia tăng. Tuy nhiên, chỉ có một bằng chứng khiêm tốn về hiệu quả trên rối loạn cư xử ở trẻ có trí tuệ bình thường không kèm rối loạn tăng động giảm chú ý. Bài tổng quan của Pappadopoulos và cộng sự (2006) phát hiện rằng hệ số ảnh hưởng là lớn hơn

Tại thời điểm hiện tại, chưa có loại thuốc nào được công nhận để điều trị rối loạn cư xử.

khi có rối loạn tăng động giảm chú ý và thiếu năng trí tuệ. Findling và cộng sự (2000), trong một nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ (n=10 mỗi nhóm), mù đôi đối chứng giả dược, phát hiện rằng có giảm ngắn hạn rõ rệt ở hành vi gây hấn. Nhóm Nghiên cứu Risperidone trên Hành Vi Gây Rối (The Risperidone Disruptive Behaviour Study Group), được thiết kế mù đôi đối chứng giả dược, đánh giá hiệu quả của risperidone trên 110 trẻ có IQ dưới ngưỡng trung bình và có vấn đề cư xử. Kết quả cho thấy rằng risperidone đem lại hiệu quả trong việc cải thiện rõ rệt hành vi so với giả dược (Aman và cộng sự, 2002; Snyder và cộng sự, 2002) nhưng vẫn chưa rõ liệu hiệu quả tương tự có xảy ra trên nhóm trẻ có IQ bình thường hay không. Các thuốc chống loạn thần mới hơn, có ít tác dụng an thần nhưng lại có tác dụng phụ đáng kể, đơn cử là risperidone thường gây tăng cân đáng kể và tỷ lệ mắc rối loạn vận động dài hạn khi sử dụng kéo dài vẫn chưa rõ (Reyes và cộng sự, 2006). Khi nào nhóm chống loạn thần có thể được xem xét? Kinh nghiệm lâm sàng cho rằng nhóm này có thể giúp giảm nhanh chóng triệu chứng gây hấn ở một số ca, đặc biệt trong các trường hợp rối loạn điều hòa cảm xúc (emotional dysregulation) đặc trưng bởi cơn thịnh nộ kéo dài (prolonged rages). Sử dụng thuốc chống loạn thần trong một thời gian tương đối ngắn (ví dụ, dưới 4 tháng) ở liều thấp (ví dụ không quá 1mg tới 1.5mg mỗi ngày) có thể hỗ trợ gia đình đối phó với tình huống tương tự. Trong suốt thời gian điều trị này, điều quan trọng nhất là phải giới thiệu cho bệnh nhân các liệu pháp can thiệp tâm lý hiệu quả hơn. Tuy nhiên, thuốc chống loạn thần không được khuyến cáo sử dụng thường quy trong mọi trường hợp.

NHÓM HIỆU ĐỈNH, DỊCH THUẬT

Hiệu đỉnh	Phạm Minh Tríết	Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ tâm lý lâm sàng Nghiên cứu sinh Tâm lý lâm sàng trẻ em Trường Nghiên cứu Tâm lý – Đại học Quốc Gia Úc
Dịch thuật	Trần Kim Phú	Bác sĩ Y khoa Khoa Tâm lý – Bệnh viện Nhi đồng 1
Dịch thuật	Lê Quỳnh Quyên	Thạc sĩ Giáo dục đặc biệt Khoa Tâm lý lâm sàng - Bệnh viện tâm thần Trung Ương 1
Dịch thuật	Nguyễn Thị Nhanh	Thạc sĩ Tâm lý Khoa Tâm lý lâm sàng – Bệnh viện tâm thần Trung Ương 1
Dịch thuật	Nguyễn Thị Huệ	Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần Khoa Tâm lý lâm sàng – Bệnh viện tâm thần Trung Ương 1

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia đóng góp nhiệt tình, tinh thần trách nhiệm của tất cả các thành viên tham gia hiệu đỉnh và dịch thuật, cùng sự cố vấn, hỗ trợ tâm huyết từ các đồng nghiệp.

Bên dưới là một số thuật ngữ ít gặp hoặc chưa có sự thống nhất trong việc dịch sang tiếng Việt được tóm tắt thành bảng để quý đồng nghiệp tiện theo dõi và góp ý. Mọi ý kiến đóng góp và phản hồi để giúp cho tài liệu được hoàn thiện hơn đều được trân trọng. Vui lòng gửi ý kiến đóng góp về địa chỉ email: vncapap@gmail.com

English	Tiếng Việt
Adolescence-limited	Giới hạn ở lứa tuổi vị thành niên
Ainsworth's Strange Situation Test	Nghiệm pháp Tình huống Xa lạ của Ainsworth
Assessed both dimensionally and categorically	Đánh giá cả về chiều hướng lẫn phân loại
Attention deficit hyperactivity disorder	Rối loạn tăng động giảm chú ý
Behaviour change	Thay đổi hành vi
Boot camps	Trại huấn luyện
Callousness	Sự nhẫn tâm
Case manager	Quản lý trường hợp
Child Attachment Interview	Phỏng vấn Gắn bó ở trẻ em
Child sexual abuse	Lạm dụng tình dục trẻ em
Childhood-limited conduct	Vấn đề cư xử giới hạn ở thời thơ ấu
Collective efficacy	Năng lực tập thể
Communication training	Tập huấn kỹ năng giao tiếp
Conduct disorder	Rối loạn cư xử
Conduct disorder confined to the family context	Rối loạn cư xử khu trú trong phạm vi gia đình
Corporal punishment	Hình phạt thể chất thông thường
Crude indicators of activity	Các chỉ số thô của hoạt động
Deceitfulness	Sự dối trá
Depressive conduct disorder	Rối loạn cư xử trầm cảm
Deviant Children Grown Up	Sự Trưởng thành của Trẻ có Hành Vi Lệch chuẩn
Difficulties in affect regulation	Khó khăn trong điều chỉnh cảm xúc
Dysregulation	Rối loạn điều hòa
Early manic depressive disorder	Rối loạn hưng - trầm cảm giai đoạn sớm
Effect size (ES)	Hệ số ảnh hưởng
Emotional dysregulation	Rối loạn điều hòa cảm xúc
Encoding error	Sai lầm trong mã hóa
Environmental transmission	Sự lan truyền từ môi trường
Executive dysfunction	Rối loạn chức năng điều hành
Family processes	Vận hành gia đình
Fledgling psychopath	Nhân cách bệnh lý non kém
Functional Family Therapy (FFT)	Liệu pháp Gia đình Chức năng
General learning disabilities	Khuyết tật học tập chung
Genetic polymorphisms	Nghiên cứu biến thể gen
Genetically sensitive design	Thiết kế nhạy cảm gen
Genome-wide linkage study	Nghiên cứu liên kết rộng khắp bộ gen
Grandiosity	Khoa trương khuếch đại
Hare Psychopathy Checklist	Bảng Nhân Cách Bệnh Hare
Hostile attribution	Quy kết thù địch

Hyperkinetic conduct disorder	Rối loạn cư xử tăng động
Hyperkinetic syndrome	Hội chứng tăng động
Information-processing model	Mô hình xử lý thông tin
Injurious physical maltreatment	Bạo hành gây thương tích về thể chất
Intention to treat analysis	Phương pháp phân tích dựa trên phân bố ngẫu nhiên ban đầu
Lack of remorse	Thiếu ăn năn hối lỗi
Life course persistent	Diễn tiến dai dẳng suốt đời
Longitudinal Dunedin study	Nghiên cứu theo chiều dọc Dunedin
Maladjustment	Kém thích ứng
Marital discord	Bất hòa hôn nhân
Marital subsystem	Hệ thống phụ dành cho hôn nhân
Mental flexibility	Linh hoạt tâm thần
Multiaxial assessment	Đánh giá đa trục
Multisystemic Therapy	Trị liệu đa hệ thống
Multi-tasking	Đa nhiệm
Natural-experiment study	Nghiên cứu thử nghiệm tự nhiên
Negative maternal control	Kiểm soát tiêu cực của các bà mẹ
Negative parenting	Nuôi dạy không phù hợp
Negative spirals in family interactions	Vòng xoắn tiêu cực trong tương tác gia đình
Neighbourhood-level social processes	Sự vận hành xã hội ở cấp độ cộng đồng
NIH State of the Science Consensus Report	Báo cáo Đồng thuận Khoa học của NIH
Observational paradigms	Mô hình quan sát
Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention	Văn phòng Tư pháp và Phòng chống tội phạm Vị thành niên
Oppositional defiant disorder	Rối loạn thách thức chống đối
Parenting deficit	Thiếu hụt phương pháp nuôi dạy con cái
Patterson's reinforcement model	Mô hình củng cố của Patterson
Peer processes	Sự vận hành bạn cùng tuổi
Physical abuse	Lạm dụng thể chất
Physical punishment	Trừng phạt thể chất
Practice parameters	Các tham số thực hành
Problem-solving	Giải quyết vấn đề
Prolonged rage	Con thịnh nộ kéo dài
Psychological dysregulation	Rối loạn kiểm soát tâm lý
Reframing	Điều chỉnh khung nhận thức
Replication study	Nghiên cứu lặp lại

Resilient	Khả năng phục hồi
Response-cost	Mức phạt tương ứng (phương pháp làm giảm hành vi không mong muốn bằng cách loại bỏ vật có giá trị đối với trẻ)
Secure-insecure attachment classification	Phân loại gắn bó an toàn và không an toàn
Security of attachment	An toàn gắn bó
Self- esteem	Cảm nhận tốt về bản thân (sự tự đánh giá, cảm nhận về giá trị của bản thân)
Self-concept	Quan niệm về bản thân
Social control	Kiểm soát xã hội
Socialized conduct disorder	Rối loạn cư xử kiểu thích ứng xã hội
Specific learning disabilities	Khuyết tật học tập đặc hiệu
Specific reading retardation	Rối loạn đọc
Strengths and Difficulties Questionnaire	Bảng hỏi Điểm Mạnh và Điểm Yếu
Structural-demographic	Nhân khẩu học cấu trúc
Technology appraisa	Thẩm định kỹ thuật
Temperament	Tính khí
The cycle of violence	Vòng tròn bạo lực
The E-Risk longitudinal twin study	Nghiên cứu nguy cơ môi trường trên các trẻ sinh đôi theo chiều dọc
The study of within-individual	Nghiên cứu về thay đổi bên trong mỗi cá nhân
Trait of psychopathy	Nét nhân cách bệnh
Treatment study	Nghiên cứu điều trị
Unsocialised conduct disorder	Rối loạn cư xử kiểu không thích ứng xã hội
Vandalism	Cố ý huỷ hoại tài sản
Vegetative features	Triệu chứng sinh dưỡng
Verbal abstract reasoning	Tư duy lời nói trừu tượng
Verbal memory	Trí nhớ lời nói
Verbal reasoning	Lập luận bằng lời
Wilderness programme	Chương trình trị liệu thực hiện ở khu vực hoang vu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alexander J, Pugh C, Parsons B et al (2000). *Blueprints for Violence Prevention: Functional Family Therapy*. University of Colorado: Institute of Behavioral Science.
- Aman MG, De Smedt G, Derivan A et al (2002). Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry*, 159:1337-1346.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:122S-139S.
- Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B et al (2002). Obstetric complications and adolescent violent behaviors: Testing two developmental pathways. *Child Development*, 73:496-508.
- Bandura A (1997). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Benda BB (2005). Introduction: boot camps revisited: issues, problems, prospects. In BB Benda & NJ Pallone (eds), *Rehabilitation Issues, Problems, and Prospects in Boot Camp*. New York, NY: Haworth Press, pp1-25.
- Beyers JM, Bates JE, Pettit GS et al (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multi-level analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31:35-53.
- Bohman M (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In GR Bock, JA Goode (eds), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour*. Ciba Foundation Symposium no 194. Chichester: Wiley, pp99-114.
- Boivin N, Vitaro F (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: inhibition through coercion or promotion through peer support. In J McCord (ed), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp183-197.
- Bottcher, J. & Ezell, M. E. (2005). Examining the Effectiveness of Boot Camps: A Randomized Experiment with a Long-Term Follow Up. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42, 309-332.
- Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA (2003). Prenatal and perinatal influences on conduct disorder and serious delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp319-344.
- Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E et al (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52:916-924.
- Campbell M, Adams PB, Small AM et al (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:445-453.
- Campbell SB, Pierce EW, Moore G et al (1996) Boys' externalising problems at elementary school age: pathways from early behaviour problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8:701-719.
- Caspi A, McClay J, Moffitt T et al (2002). Evidence that the cycle of violence in maltreated children depends on genotype. *Science*, 297:851-854.
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL et al (1996). Behavioural observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53:1033-1039.
- Caspi A, Taylor A, Moffitt T et al (2000). Neighborhood deprivation affects children's mental health: Environmental risks identified using a genetic design. *Psychological Science*, 11:338-342.
- Coie JD (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behaviour. In JB Kupersmidt, KA Dodge (eds). *Children's Peer Relations: From Development to Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, pp243-267.
- Conger RD, Ge X, Elder GH et al (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65:541-561.
- Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID et al (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:253-261.
- Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290:2023-2029.
- Cueva JE, Overall JE, Small AM et al (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:480-490.
- Cullen FT, Blevins KR, Trager JS et al (2005). The rise and fall of boot camps: a case study in common-sense corrections. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40:53-70.
- Cummings EM, Davies P (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43:31-64.

- Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18:411-419.
- Davies PT, Cummings EM (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116:387-411.
- Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE et al (1996). Physical discipline among African American and European American mothers: links to children's externalising behaviours. *Developmental Psychology*, 32:1065-1072.
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behaviour. *American Psychologist*, 54:755-764.
- Dodge KA (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. In LW Porter, MR Rosenweig (eds), *Annual Review of Psychology*, 44:559-584.
- Dodge KA, Pettit GS, Bates JE et al (1995). Social information – processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of abnormal psychology*, 104:632-643.
- Farrington DP, Gallagher B, Morley L et al (1988). Are there any successful men from criminogenic backgrounds? *Psychiatry*, 51:116-130.
- Farrington DP, Hawkins JD (1991). Predicting participation, early onset, and later persistence and official recorded offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1:1-33.
- Farver JAM (1996). Aggressive behaviour in pre-schoolers' social networks: do birds of a feather flock together? *Early Childhood Research Quarterly*, 11:333-350.
- Fergusson DM (1999). Prenatal smoking and antisocial behaviour: commentary. *Archives of General Psychiatry*, 56:223-224.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1365-1374.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27:357-370.
- Futh A, O'Connor TG, Matias C et al (2008). Attachment narratives and behavioural and emotional symptoms in an ethnically diverse, at-risk sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:709-718.
- Gardner FEM (1989). Inconsistent parenting: is there evidence for a link with children's conduct problems? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17:223-233.
- Gerardin P, Cohen D, Mazet P et al (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12:361-370.
- Glueck S, Glueck E (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*, New York, NY: The Commonwealth Fund, p133.
- Hazell PL, Stuart JE (2003). A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:886-894.
- Hill J (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:133-164.
- Hobson C, Scott S, Rubia K (2011). Cool and hot executive function deficits are associated with ODD/CD symptoms independently of ADHD in adolescents with early onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:1035-1043.
- Huey SJ, Henggeler SW, Brondino MJ et al (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:451-467.
- Hughes C, Dunn J, White A (1998). Trick or treat? Patterns of cognitive performance and executive dysfunction among hard to manage preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:981-994.
- Impicciatore P, Choonara I, Clarkson A et al (2001). Incidence of adverse drug reactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 52:77-83.
- Ishikawa SS, Raine A (2003). Prefrontal deficits and antisocial behaviour: A causal model. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp277-304.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2004). The limits of child effects: Evidence for genetically mediated child effects on corporal punishment, but not on physical maltreatment. *Developmental Psychology*, 40:1047-1058.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2005). Nature x nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17:67-84.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kazdin AE (1996). Dropping out of child therapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1:133-156.
- Keenan K, Shaw DS (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp153-181.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al (2006). MAOA, early adversity, and gene-environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 11:903-913.

- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and child antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Klein R (1991). *Preliminary Results: Lithium Effects in Conduct Disorders*. In CME Syllabus and Proceedings Summary, 144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans, 119-120.
- Klein RG, Abikoff H, Klass E et al (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54:1073-1080.
- Kraemer HC (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16:421-430.
- Lahey BB, Loeber R, Hart EL et al (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104:83-93.
- Leschied AW, Cunningham A (2002). *Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders: Interim Results of a Four-Year Randomized Study of Multisystemic Therapy in Ontario, Canada*. London, Ontario: Centre for Children and Families in the Justice System.
- Littell JH (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 27:445-463.
- Luria AR (1961). *The Role of Speech and the Regulation of Normal and Abnormal Behaviour*. New York: Basic Books.
- Lynam DR, Henry W (2001). The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lynam DR, Moffitt T, Stouthamer-Loeber M (1993). Explaining the relationship between IQ and delinquency: class, race, test motivation, school failure or self-control? *Journal of Abnormal Psychology*, 102:187-196.
- Main M, Solomon J (1986) Discovery of a new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern. In TB Brazelton, MW Yogman (eds), *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex, pp95-124.
- Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF et al (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57:649-54.
- Maughan B (2001). Conduct disorder in context. In J Hill, B Maughan (eds) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp169-201.
- McGee TR, Farrington DP (2010). Are there any true adult onset offenders? *British Journal of Criminology*, 50:530-549.
- Moffitt TE (1993a). "Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE (1993b). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5:135-51.
- Moffitt TE (2005a). Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: Evidence from behavioral-genetic research. *Advances in Genetics*, 55:41-104.
- Moffitt TE (2005b). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene – environment interplay in antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
- Moffitt TE, Caspi A (1998). Annotation: implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:137-144.
- Moffitt T E, Caspi A, Harrington H et al (2002) Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26. *Development and Psychopathology*, 14:179-206.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M et al (2001). *Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M et al (2001) *Sex differences in Antisocial Behaviour*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moffitt TE (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behaviour. In D Cicchetti, DJ Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 3: Risk, Disorder and Adaptation* (2nd ed), Hoboken, NJ: John Wiley, pp570-598.
- Murray J, Farrington DP (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:633-642.
- Nelson RJ (2006). *Biology of Aggression*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). *Conduct Disorder in Children - Parent-Training/Education Programmes (TA102)*
- Nigg JT (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:395-422.
- Nigg JT, Huang-Pollock C (2003). An earlyonset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, ACaspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp227-253.
- Ogden T, Hagen KA (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11:142-149
- Osofsky JD (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50:782-788.
- Pappadopulos E, Woolston S, Chait A et al (2006). Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: Efficacy and effect size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15:27-39.
- Patterson GR, Yoerger K (1993). Developmental models for delinquent behaviour. In S Hodgins (ed), *Mental Disorder and Crime*, Newbury Park: Sage, pp140-172.

- Pennington BF, Ozonoff S (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37:51-88.
- Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Buehler J (2003). Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589:41-62.
- Pine DS, Coplan JD, Wasserman GA et al (1997). Neuroendocrine response to fenfluramine challenge in boys. *Archives of General Psychiatry*, 54:839-846.
- Prinz RJ, Miller GE (1994). Family-Based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:645-650.
- Raine A, Brennan P, Mednick SA (1997). Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early onset violence. *American Journal of Psychiatry*, 154:1265-1271.
- Reyes MB (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163:402-410.
- Rhee SH, Waldman ID (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128:490-529.
- Rifkin A, Karajgi B, Dicker R et al (1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154:554-555.
- Robins LN (1966). *Deviant Children Grown-Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personalities*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rutter M (2000). Psychosocial influences: critiques, findings and research tools. *Development and Psychopathology*, 12:375-406.
- Rutter M, Giller H, Hagell A (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Rutter M, Moffitt TE, Caspi A (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 47:226-261.
- Salekin RT, Lynam DR (eds) (2010). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Guilford Press, New York.
- Sampson R J, Laub JH (1984). Urban poverty and the family context of delinquency: a new look at structure and process in a classic study. *Child Development*, 65:523-540.
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F (1997). Neighbourhoods and violent crime: A multi-level study of collective efficacy. *Science*, 277:918-924.
- Scott S (2008). Parent training programs. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds), *Child and Adolescent Psychiatry* (5th edition), Oxford, UK: Blackwell.
- Scott S, Briskman J, Woolgar M et al (2011) Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:1052-1062.
- Séguin JR, Boulerice B, Harden PW et al (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, general memory, and IQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:1197-1208.
- Shirk SR, Karver M (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71:452-464.
- Snyder J, Patterson GR (1995). Individual differences in social aggression: a test of a reinforcement model of socialisation in the natural environment. *Behaviour Therapy*, 26:371-391.
- Snyder R, Turgay A, Aman M et al (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1026-1036.
- Speltz ML, McClellan J, DeKlyen M et al (1999). Pre-school boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38:838-845.
- Speltz ML, DeKlyen M, Calderon R et al (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviours of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108:315-325.
- Stallings MC, Corley RP, Dennehey B et al (2005). A genome-wide search for quantitative trait loci that influence antisocial drug dependence in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 62:1042-1051.
- Steiner H, Saxena K, Chang K (2003). Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectrums*, 8:298-308.
- Stinchcomb JB (2005). From optimistic policies to pessimistic outcomes: why won't boot camps either succeed pragmatically or succumb politically? In BB Benda, N J Pallone (eds), *Rehabilitation Issues, Problems and Prospects in Boot Camp*, New York, NY: Haworth Press, pp27-52.
- Thomas A, Chess S, Birch HG (1968). *Temperament and Behaviour Disorders in Children*. New York: New York University Press.
- Thornberry TP, Krohn MD, Lizotte AJ et al (1993). The role of juvenile gangs in facilitating delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30:55-87.
- Tibbetts S, Piquero A (1999). The influence of gender, low birth weight and disadvantaged environment on predicting early onset of offending: A test of Moffitt's interactional hypothesis. *Criminology*, 37:843-878.
- Tremblay RE (2003). Why socialization fails. In B Lahey, TE Moffitt, ACaspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*, New York, NY: Guilford Press, pp182-226.
- Turgay A (2004). Aggression and disruptive behavior disorders

- in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4:623-632.
- Tyler J, Darville R, Stalnaker K (2001). Juvenile boot camps: A descriptive analysis of program diversity and effectiveness. *Social Science Journal*, 38:445-460.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakerman-Kranenburg MJ (1999). Disorganised attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development & Psychopathology*, 11:225-249.
- Vitaro F, Tremblay RE, Bukowski WM (2001) Friends, friendships and conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds), *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge. UK: Cambridge University Press, pp346-376.
- Vitiello B (2001). Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, 108:983-9.
- Warr M (2002). *Companions in Crime*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Widom CS (1997). Child abuse, neglect and witnessing violence. In D Stoff, J Breiling, JD Maser (eds), *Handbook of Antisocial Behaviour*, New York, NY: John Wiley and Sons, pp159-170.
- Wilson SJ, Lipsey MW (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A metaanalysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23:1-12.
-