

Y HỌC  SỨC KHỎE

TS. PHẠM TOÀN

Tâm bệnh học



NHÀ XUẤT BẢN TRẺ



Tiến sĩ PHẠM TOÀN

Bác sĩ tham vấn, trị liệu tâm lý tâm thần

Nguyên trưởng khoa tâm lý trị liệu, Trung tâm sức khỏe tâm thần Hamilton Madison New York, New York, Hoa Kỳ.

Giải thưởng chuyên viên danh dự phục vụ cộng đồng của tổ chức quốc tế Chamberlain Foundation (Welcome Back Awards) khu vực Hoa Kỳ - Canada trong năm 2006.

Các sách đã in:

Tâm bệnh học, in lần thứ nhất tại San Jose, California, Hoa Kỳ, 2011.

Thấu hiểu và hỗ trợ trẻ tự kỷ, NXB Trẻ, Việt Nam, 2014 (đồng tác giả)

Tâm lý trị liệu - lý thuyết và thực hành, NXB Đại học Quốc Gia, Việt Nam, 2016.

Tâm bệnh học

BIỂU GHI BIÊN MỤC TRƯỚC XUẤT BẢN DO THƯ VIỆN KHTH TP.HCM THỰC HIỆN
General Sciences Library Cataloging-in-Publication Data

Phạm Toàn

Tâm bệnh học / Phạm Toàn. - In lần thứ 1. - T.P. Hồ Chí Minh : Trẻ, 2019

544tr. ; 20cm. - (Y học & sức khỏe)

1. Tâm thần học. I. Ts.

1. Psychiatry.

616.89 -- ddc 23

P534-T63

Tâm bệnh học



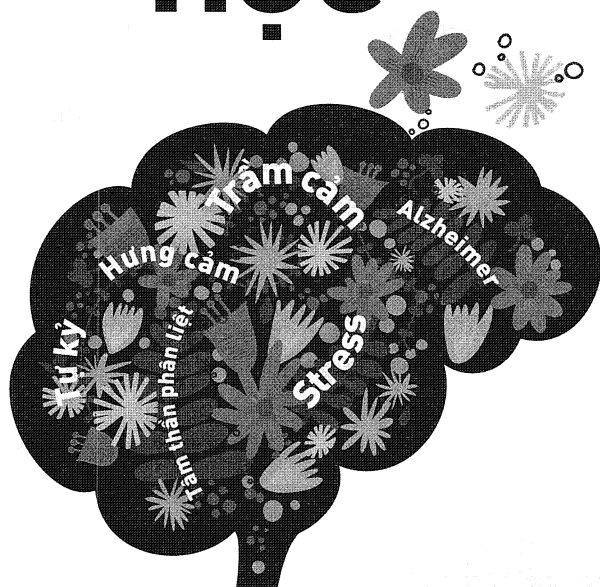
8

934974

167051

TS. PHẠM TOÀN

Tâm bệnh học



NHÀ XUẤT BẢN TRẺ

LỜI TỰA

Quển Tâm bệnh học lần đầu tiên được xuất bản tại San Jose, California, Hoa Kỳ vào năm 2011 và sau đó đã được sự đón nhận rộng rãi của nhiều độc giả người Việt khắp nơi tại hải ngoại cũng như tại quốc nội. Đây là quyển sách chuyên ngành tâm lý tâm thần tiếng Việt đầu tiên được in ấn tại hải ngoại với nội dung đầy đủ các phần nguyên nhân, định nghĩa, phân loại, chẩn đoán, và các phương pháp chữa trị.

Môn học về các hiện tượng tâm bệnh dù từng được quan tâm nghiên cứu qua nhiều thời kỳ trong lịch sử nhân loại, nhưng chỉ trong những thập niên gần đây nó mới thực sự trở thành một môn khoa học thực nghiệm có hệ thống và đã được hầu hết các quốc gia tân tiến trên thế giới xem như là một lãnh vực nghiên cứu và chữa trị chuyên biệt trong y học. Trong chiều hướng đó, các chuyên gia tâm lý tâm thần trong cộng đồng người Việt chúng ta cũng đã và đang quan tâm nghiên cứu, cố gắng tiếp tục phát triển môn học này để phục vụ cho đời sống của cộng đồng và xã hội.

Quyển *Tâm bệnh học* in lần thứ nhất gồm có 11 chương. Năm

chương đầu để cập đến những vấn đề tổng quát liên quan đến các khái niệm về lý thuyết, đánh giá, phân loại, chẩn đoán, và các phương pháp chữa trị các trường hợp rối loạn tâm lý tâm thần. Sáu chương sau trình bày đầy đủ chi tiết về các chứng bệnh tâm thần phổ thông thuộc mọi lứa tuổi, từ trẻ sơ sinh đến người già. Mỗi chương đều độc lập về nội dung, do đó độc giả sẽ không gặp trở ngại gì khi không muốn đọc theo đúng trình tự từng chương sách đã được sắp xếp.

Trong lần tái bản và in ở Việt Nam tại NXB Trẻ này, quyển *Tâm bệnh học* đã được tác giả bổ sung thêm một chương mới có tựa đề “Tâm trạng căng thẳng (Stress)” (chương 10) và một phụ bản liệt kê các thuật ngữ chuyên ngành với đầy đủ các phần định nghĩa và giải thích. Ngoài ra, trong các chương khác cũng có một số phần nội dung đã được cập nhật với những tư liệu mới.

Quyển *Tâm bệnh học* được tác giả soạn thảo với chủ đích giới thiệu tính phổ quát của các đề mục trong môn học tâm lý tâm thần, cũng như tính chuyên sâu và súc tích về các phần nội dung chuyên ngành, do đó nó sẽ là tập tài liệu tham khảo bổ ích cho các sinh viên và chuyên viên đang học tập, làm việc hoặc giảng dạy trong ngành tâm thần tâm lý. Dù được biên soạn công phu với nhiều công trình tham khảo rộng rãi, nhưng tác giả vẫn không loại trừ một vài sai sót đâu đó có thể xảy ra trong quá trình biên soạn. Theo đó, tác giả sẽ chân thành đón nhận tất cả các ý kiến đóng góp trong tinh thần xây dựng của quý độc giả và đồng nghiệp.

Tiến sĩ **PHẠM TOÀN**

Nguyên Trưởng khoa Tâm Lý Trị liệu

Trung tâm Sức khỏe Tâm thần

Hamilton - Madison House New York, New York, Hoa Kỳ.

MỤC LỤC

Lời tựa.....	4
CHƯƠNG 1 TÂM BỆNH HỌC LÀ GÌ?	10
Phần a KHÁI NIỆM	12
Phần B ĐỊNH NGHĨA	20
Phần C TÂM BỆNH HỌC QUA CÁC THỜI ĐẠI	26
CHƯƠNG 2 CÁC LÝ THUYẾT VỀ TÂM BỆNH	44
Phần A KHÁI NIỆM.....	46
Phần B QUAN ĐIỂM TÂM LÝ SINH ĐỘNG	51
Phần C QUAN ĐIỂM HÀNH VI.....	77
Phần D QUAN ĐIỂM NHẬN THỨC.....	89
Phần E QUAN ĐIỂM HIỆN SINH/NHÂN VĂN.....	95
Phần F QUAN ĐIỂM XÃ HỘI/ VĂN HÓA	104
Phần G QUAN ĐIỂM SINH HỌC.....	110
Phần H TỔNG KẾT	120
CHƯƠNG 3 LƯỢNG GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN BỆNH TÂM THẦN	132
Phần A LƯỢNG GIÁ BỆNH.....	134
Phần B CHẨN ĐOÁN VÀ TIỀN LƯỢNG BỆNH	159

CHƯƠNG 4 PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN	172
KHÁI NIỆM A.....	174
KHÁI NIỆM B.....	180

CHƯƠNG 5 ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN	196
Phần A KHÁI NIỆM	198
Phần B CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HIỆN NAY	204
Phần C GIỚI THIỆU SƠ LƯỢC TÂM LÝ LIỆU PHÁP	218
Phần D KỸ THUẬT CỦA TÂM LÝ LIỆU PHÁP	228
Phần E TỔNG KẾT	245

CHƯƠNG 6 BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT	248
Phần A KHÁI NIỆM	250
Phần B TRIỆU CHỨNG	253
Phần C CHẨN ĐOÁN	259
Phần D CÁC LOẠI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT CHÍNH	264
Phần E CÁC BỆNH CÓ DẠNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT	267
Phần F CÁC CHỨNG HOANG TƯỚNG CỦA TÂM TRÍ	270
Phần G CÁC HÌNH THỨC LOẠN THẦN KHÁC.....	273
Phần H NGUYÊN NHÂN	275
Phần I ĐIỀU TRỊ.....	282
Phần J KẾT LUẬN	299

CHƯƠNG 7 BỆNH RỐI LOẠN KHÍ SẮC.....	304
Phần A KHÁI NIỆM	306
Phần B PHÂN LOẠI.....	310
Phần C NGUYÊN NHÂN.....	318
Phần D ĐIỀU TRỊ	326
Phần E KẾT LUẬN	334

CHƯƠNG 8 BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU.....	338
Phần A KHÁI NIỆM	340
Phần B PHÂN LOẠI.....	343
Phần C NGUYÊN NHÂN.....	351
Phần D ĐIỀU TRỊ	357
Phần E TỔNG KẾT	361
 CHƯƠNG 9 RỐI LOẠN STRESS HẬU CHẤN THƯƠNG.....	 366
Phần A KHÁI NIỆM	368
Phần B NGUYÊN NHÂN.....	373
Phần C TRIỆU CHỨNG	379
Phần D CHẨN ĐOÁN	382
Phần E ĐIỀU TRỊ.....	386
Phần F KẾT LUẬN	391
 CHƯƠNG 10 TÂM TRẠNG CĂNG THẲNG.....	 396
Phần A KHÁI NIỆM	398
Phần B GIAI ĐOẠN VÀ TẦM MỨC CỦA STRESS.....	403
Phần C STRESS TRÊN CHẶNG ĐƯỜNG TUỔI TÁC	408
Phần D STRESS VÀ NHỮNG PHẢN ỨNG CỦA CƠ THỂ.....	411
Phần E STRESS VÀ CÁC RỐI LOẠN LÂM SÀNG	417
Phần F KẾ HOẠCH TRỊ LIỆU	422
 CHƯƠNG 11 TUỔI TRẺ VÀ BỆNH TÂM THẦN.....	 430
Phần A KHÁI NIỆM	432
Phần B PHÁT TRIỂN BÌNH THƯỜNG BAN ĐẦU	438
Phần C CÁC TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN TRẺ EM.....	446
Phần D NHỮNG TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN MẠN ĐỒI.....	463
Phần E CÁC LOẠI BỆNH KHÁC CỦA TRẺ EM.....	475

CHƯƠNG 12 TUỔI GIÀ VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN..... 482

Phần A KHÁI NIỆM.....484

Phần B CÁC TRIỆU CHỨNG LÃO HÓA..... 490

Phần C BỆNH VÀ SỨC KHỎE TUỔI GIÀ..... 499

Phần D BIỆN PHÁP NGĂN NGỪA 507

THUẬT NGỮ CHUYÊN NGÀNH519



CHƯƠNG 1

TÂM BỆNH HỌC LÀ GÌ?

What is Psychopathology?

KHÁI NIỆM

Tâm bệnh học (Psychopathology) là môn khoa học về mọi hiện tượng tâm lý bất thường hay bệnh lý, nói cụ thể hơn, đó là môn học về các rối loạn tâm lý tâm thần (mental disorders), bao gồm những dấu hiệu và triệu chứng liên quan. Nó là khoa nghiên cứu về các nguyên nhân, đặc tính, quá trình phát triển, phân loại, chẩn đoán và chữa trị những hành vi được cho là không bình thường hoặc là bệnh của một cá nhân hay một nhóm người. Tâm bệnh học là một môn khoa học thực nghiệm có hệ thống, có quá trình nghiên cứu lâu dài và đang tiếp tục phát triển, bao gồm vô số nguồn tài liệu, phòng thí nghiệm, sách giáo khoa và các chương trình giảng dạy chuyên nghiệp, song song với những bộ môn tâm lý khác trong các trường đại học. Nó là một nguồn kiến thức càng ngày càng được phát triển, và hiện nay đã trở thành một trong những bộ môn quan trọng trong lãnh vực nghiên cứu và thực hành của ngành y học trên toàn thế giới.

Những hiện tượng tâm bệnh, hay nói rộng ra là tất cả những hiện tượng tâm lý bất thường có thể biểu hiện nơi một

cá nhân và đôi khi cũng có thể biểu hiện cùng lúc nơi cả một nhóm người.

Những hiện tượng “điên tập thể” hay ở một mức độ nào đó thường được gọi là “cuồng tín tập thể” không phải là không từng được bàn đến trong lịch sử nhân loại. Một ví dụ gần đây nhất là năm 1997 đã có 39 thanh niên nam nữ còn trẻ tuổi cùng nhau quyết định tự tử bằng được liệu trong một tòa nhà sang trọng tại San Diego vì tin rằng sau khi chết họ sẽ được một đĩa bay từ một hành tinh xa lạ đến rước đi để được sống tại một thế giới khác tốt đẹp và hạnh phúc hơn. Hiện tượng tự tử tập thể này rõ ràng là trái ngược hẳn với bản năng chung “ham sống sợ chết” của con người. Ý tưởng sẽ được một đĩa bay đưa đi đến một thế giới sống khác ngoài hành tinh này cũng hoàn toàn quá kỳ lạ và xa rời với thực tại.

Dù đứng trên nền tảng nào để lý luận, hành động tự tử tập thể của nhóm người trên cũng không thể nào biện minh để chống lại ý kiến cho rằng đây là biểu hiện một trạng thái tinh thần đã hoàn toàn mất thăng bằng, ảo tưởng, rối loạn tâm trí, điên cuồng hay cuồng tín tập thể.

Những hiện tượng tâm lý bất thường hay bệnh cũng có thể xảy ra cho những thành phần cá nhân hay những nhóm người trong bất kỳ cộng đồng xã hội nào, nghĩa là chúng không có sự thừa trừ hay phân biệt về tuổi tác, giới tính, giai tầng xã hội, địa vị, nghề nghiệp, và học vấn. Các cuộc kiểm tra của tổ chức y tế thế giới (WHO) cho biết mỗi năm có khoảng 1% số lượng cá nhân bị *bệnh tâm thần phân liệt* (schizophrenia) nói chung trong nhân loại, được chia đều trong mọi tầng lớp chủng tộc trên mọi quốc gia, trong mọi lứa tuổi, giới tính, và trong tất cả các thành phần kinh tế khác nhau.

Mặt khác, các hiện tượng tâm lý bất thường có thể xảy ra ở mọi nơi, mọi thời kỳ, trong mọi nền văn hóa, và trong mọi hoàn cảnh. Nhiều tài liệu và sách sử Đông Tây ngay từ thời cổ xưa đã để lại những ghi nhận về các trường hợp tâm bệnh hay rối loạn về cá tính của một số nhân vật trong lịch sử, cũng như đã kể lại các quan niệm và kinh nghiệm của người xưa về cách thức chữa trị các loại bệnh này.

Y học ngày nay đã có những phát hiện, định nghĩa, giải thích và phân loại rõ ràng hầu hết các hiện tượng và triệu chứng tâm lý tâm thần. Có những hiện tượng tâm lý bất thường được xác định là những triệu chứng của một căn bệnh. Ví dụ, một học sinh bị ám ảnh bởi một ý tưởng kỳ quặc và phi lý rằng có người luôn luôn theo dõi để ám hại mình cho đến mức cậu ta sợ quá phải bỏ học và tự giam hãm mình trong căn phòng riêng. Theo tâm bệnh học thì cậu thanh niên này đang trong cơn loạn thần cấp tính và cần phải được chữa trị vì nếu không thì tình trạng này sẽ dẫn đến những hành vi càng ngày càng rối loạn và có nhiều nguy cơ cho sức khỏe và sự an toàn của bản thân.

Tuy vậy, cũng những hiện tượng tâm lý vừa không bình thường vừa hiếm hoi dưới đây nhưng lại không, hay chưa được xem là những dấu hiệu hay triệu chứng của một căn bệnh tâm thần. Ví dụ, trí thông minh ngoại hạn của một thần đồng (prodigy), sự đắm đuối đam mê làm quên hẳn cuộc sống bình thường hằng ngày của một khoa học gia, tính mơ mộng viễn vông, bốc đồng, và trác táng của một nghệ sĩ, hay cá tính vô luân của một nhà cai trị, v. v.... Những hiện tượng tâm lý như thế dù là hiếm hoi, khác biệt, bất thường nhưng, về mặt lâm sàng (clinical), chúng vẫn không hoặc chưa được xem là bệnh nếu chúng không hoặc chưa có những tác động cụ thể làm xáo trộn và rối loạn đến các chức năng và ý thức

sinh hoạt bình thường khác trong cuộc sống của cá nhân ấy.

Nhưng thế nào là hiện tượng tâm lý bất thường? Làm sao để có thể khẳng định hiện tượng tâm lý nào là bình thường và hiện tượng tâm lý nào là bất thường? Có ranh giới rõ ràng giữa chúng để có thể phân biệt được không? Đây là vấn đề vẫn còn gây ra nhiều tranh cãi trong các giới chuyên môn.

Thực tế cho thấy một hành vi được cho là bình thường hay bất thường phần lớn đều tùy thuộc vào quan niệm của mỗi người, vào tính chất của mỗi nền văn hóa, đặc điểm của mỗi thời đại, và điều kiện của mỗi hoàn cảnh riêng. Chẳng hạn, người phương Tây xem hành động tránh né, không nhìn thẳng vào mắt đối tượng trong khi đang đối thoại là một cử chỉ bất bình thường, đáng nghi ngờ. Trái lại văn hóa Đông phương lại cho thái độ đó là rất bình thường, không nhìn thẳng vào mắt đối tượng là một cử chỉ lễ độ, là thể hiện sự tôn kính đối với người đối thoại. Một số bộ lạc trong 28 quốc gia ở châu Phi trước đây có tục lệ bắt buộc người con gái khi đến tuổi dậy thì phải tham dự một buổi lễ trong đó họ bị người trưởng tộc cắt một đường dao vào giữa âm đạo cho tươm máu để từ đó người con gái được thừa nhận là một phụ nữ đã trưởng thành. Ngược lại, văn hóa Đông phương cho rằng trinh tiết của phái nữ phải được giữ gìn cho đến khi lấy chồng mới là chuyện bình thường.

Vì thế sự phân biệt những hiện tượng tâm lý bình thường và những hiện tượng tâm lý không bình thường không thể được quan niệm một cách đơn giản như khi so sánh sự khác biệt giữa hai màu trắng và đen. Giữa hai hiện tượng bình thường và bất thường của tâm lý, trong nhiều trường hợp, không có ranh giới rõ ràng và dứt khoát để phân biệt. Có người cho rằng lần ranh để có sự phân biệt giữa chúng cũng được trải rộng như là khoảng thời gian kéo dài của một buổi hoàng hôn, nghĩa là kể từ lúc trời ngả về

chiều, không ai biết rõ lúc nào là lúc bầu trời thật sự tối hẳn, mặc dù ngày và đêm là hai sự kiện rất dễ phân biệt.

Đó là lý do tại sao *Sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần - DSM* của hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ, APA, cũng tránh không đề cập đến vấn đề xác định ranh giới dứt khoát giữa hai hiện tượng tâm lý bình thường và tâm lý không bình thường. Sách cũng không gợi ý là phải có sự khác biệt hoàn toàn giữa các loại bệnh tâm thần với nhau, có nghĩa là nhiều loại bệnh tâm thần khác nhau vẫn có thể cùng chia sẻ một số triệu chứng tương tự nhau [1].

Sách DSM chỉ nhấn mạnh rằng những hiện tượng hay triệu chứng tâm lý được xem là bất thường hay bệnh chỉ khi nào chúng thật sự gây ra sự buồn khổ, rối loạn, và thiệt hại đến các chức năng sinh hoạt bình thường cho cá nhân, bao gồm khả năng suy nghĩ, cảm nhận, quan hệ, giao tiếp, làm việc, và sức khoẻ nói chung.

Để vấn đề được sáng tỏ hơn, hãy xem vài ví dụ sau đây:

Ví dụ 1

Trong suốt ba tháng qua, Mạnh thường nghe tiếng người đàn ông lập đi lập lại trong tai mình, bảo rằng anh phải bỏ vợ con và bỏ nhà để ra đi càng xa càng tốt. Tiếng nói rõ mồn một và dứt khoát như một lời ra lệnh khiến Mạnh rất bối rối và hoảng hốt, và anh tin rằng đây ắt phải là tiếng nói của một đấng thần linh nào đó từ cõi hư vô. Mạnh sống trong hồi hộp và lo sợ đêm ngày. Đôi khi anh cố gắng giữ bình tĩnh để sống an vui với gia đình, nhưng càng có ý muốn cưỡng lại với tiếng nói thì anh lại càng nghe nhiều lời đe dọa hơn. Lần này không những tiếng nói xảy ra thường xuyên hơn mà anh còn có cảm giác có người luôn luôn theo dõi từng bước đi của anh, nhất là sau mỗi buổi chiều trên đường đi về từ công sở.

Sự lo âu và hốt hoảng càng ngày càng gia tăng khiến một ngày nọ Mạnh quyết định bỏ việc và nửa đêm âm thầm trốn ra khỏi nhà để về sống ẩn dật tại một vùng quê hẻo lánh.

Thân nhân và bè bạn đều rất lạ lùng và ngạc nhiên về quyết định của Mạnh. Ai cũng tìm đến thăm hỏi và cố thuyết phục Mạnh, khuyên anh cần phải tỉnh táo suy nghĩ để khỏi bị thiệt hại đến bản thân. Tuy nhiên vẫn không có lời khuyên nào đủ sức thuyết phục hơn là những tiếng ra lệnh liên tục không biết xuất xứ từ đâu trong óc anh. Kết quả là Mạnh càng ngày càng lún sâu vào con đường tự cô lập và khốn khổ.

Ví dụ 2

Nga năm nay 30 tuổi, vẫn còn độc thân và sống với cha mẹ. Cô vừa bỏ sở làm khoảng hai tuần nay vì cảm thấy chán nản, tâm trí không tập trung, và sức khỏe kiệt quệ do bị mất ngủ nhiều tháng qua. Nhiều đêm Nga đã thức trắng vì tâm trí cứ lảng vảng những ý tưởng tiêu cực về sự sống của con người. Dù là một cô gái vốn thông minh và học giỏi, cô không làm sao tìm thấy ý nghĩa cao đẹp nào của cuộc đời. Đối với Nga, thế giới loài người là một thế giới đầy rẫy tranh chấp và lừa đảo, và tương lai của cô ắt sẽ có nhiều đau thương, tăm tối, và chết chóc.

Được biết xưa nay Nga vẫn là một cô gái vui vẻ, ngoan hiền và làm việc gì cũng tới nơi tới chốn, mặc dù cũng có những giai đoạn ngắn ngủi Nga tỏ ra buồn bực, lo âu, và thất vọng vì một vài chuyện rắc rối trong học hành, tình yêu, bè bạn, và công việc. Tuy nhiên, chưa bao giờ Nga có những ý nghĩ quá tiêu cực và một tâm trạng tuyệt vọng mà không có những lý do chính đáng để giải thích như thời gian lâu nay. Những lần nằm trần trổ trên giường ngủ, cô ước gì mình được nhắm mắt vĩnh viễn để kết liễu

cuộc đời một cách êm thấm. Nhưng rồi cô vẫn không chết được mà thay vào đó cô đã phải trải qua bao cơn mộng mị, mê sảng khiến cô càng chán nản và bồn loạn tinh thần. Một lần Nga đã uống nhiều viên thuốc ngủ để toan tự tử, nhưng rồi cô đã may mắn được cứu sống.

Ví dụ 3

Tính vẫn chưa có công việc gì làm trong mấy tuần nay sau khi mãn hạn tù 5 năm vì tội hút và bán cần sa. Đã mấy tuần qua, ban ngày anh ngủ li bì cho đến khi trời sụp tối thì bắt đầu đi lang thang ngoài hè phố. Nhờ những năm trong tù anh đã cai được thuốc, nhưng vào lúc này, khi trở lại với cảm giác tự do và thoải mái, anh thấy rất thiếu thốn và thèm muốn được có lại những giây phút say sưa, ngây ngất và hưng khởi của thói quen cũ. Tính suy nghĩ và nhớ ra rằng thật sự anh đã bị gia đình và xã hội đối xử quá tàn tệ và bất công kể từ tấm bé. Anh cho rằng đời mình là những chuỗi ngày đau khổ vì những trận đòn chí tử của cha mẹ, sự quở phạt không nhân ái của nhà trường, sự lừa gạt, ức hiếp thường xuyên của lớp bạn đồng trang lứa, và những đòn trừng trị vô cảm của luật pháp. Tính nghiệm ra rằng chỉ có mình thương thân mình chứ chẳng có ai khác. Do đó, để tồn tại và khỏi bị thua thiệt, anh thấy cần phải làm những gì mình ưa thích, chỉ có điều quan trọng cần ghi nhớ là anh phải làm sao thật sự tinh khôn hơn những lần trước đây để qua mắt mọi người trong các hành động sắp đến.

Từ những suy tư như thế, Tính thấy cần phải làm cái gì đó ngay trong đêm nay để kiếm tiền nuôi thân và thỏa mãn những khao khát phải chịu đựng lâu nay. Kết quả là trong đêm đó anh đã chặn một cô gái trong ngõ vắng để trấn lột, và trong giây phút lo sợ bị phát hiện, anh đã đâm chết cô ta trước khi bỏ chạy.

Ví dụ 4

Trí là con trai thứ hai trong gia đình có ba anh chị em. Năm nay Trí được 10 tuổi và đang học lớp 4, nhưng sức học rất kém, thường không nghe lời cha mẹ và thầy cô giáo, không bao giờ chịu để tâm vào chuyện học hành và hay trốn lớp đi lang thang ngoài phố. Tuy vậy, Trí lại có nhiều mưu mô và xảo thuật để lừa đảo và tranh chấp hơn thua những khi cần thiết. Khác với anh trai và em gái, trong gia đình Trí luôn tranh giành mọi phần hơn cho mình, sẵn sàng vu oan, đổ tội, lừa dối và không hề tỏ ra nhân nhượng nhận lỗi hay hối hận đối với bất cứ những tranh chấp nào. Không những thế, Trí không bao giờ quan tâm đến quyền lợi và sự công bằng trong mọi sinh hoạt, đối xử với bạn bè và bà con lối xóm. Cậu ta thường bắt nạt, hành hung những đứa trẻ yếu thế, người tàn tật, già yếu và tỏ ra rất khoái chí khi có dịp hành hạ và chém giết súc vật. Hàng xóm thường bản tiếng phàn nàn với cha mẹ Trí về những hành vi trộm vặt và đập phá các vật dụng công cộng, nhưng bao giờ Trí cũng có những lý lẽ hay ho để chối tội khiến cha mẹ đôi khi hoang mang, sinh tâm nghi ngờ thiện chí của bà con.

Bạn bè trong lớp học hiểu rõ tính bất chấp và hung bạo của Trí nên thường nhường nhịn hoặc cố tránh xa. Trí thường đe dọa, ức hiếp và sẵn sàng gây thiệt hại cho bạn nào có ý chống lại hay tỏ ra khinh thường mỗi khi cậu ta nhõ và điều gì về bài vở. Trí có nhiều xảo thuật để qua mặt thầy cô về việc học hành, nhưng chắc chắn sẽ không được bao lâu vì với tính khí như thế cậu ta sẽ bỏ học trong một ngày gần đây.

ĐỊNH NGHĨA

Những suy nghĩ và hành động của Mạnh, Nga, Tính, và Trí trong cả bốn ví dụ trên đều chứng tỏ có những tính chất kỳ lạ, không bình thường, trệch hướng, và bệnh đối với mọi người. Nhưng dựa vào những yếu tố khách quan nào để tin rằng những suy nghĩ, cảm xúc và hành động đó rõ ràng là bất bình thường và bệnh? Có thể có những suy nghĩ khác nhau về vấn đề này, tuy nhiên, hầu hết các chuyên gia tâm thần đều đồng ý rằng những tiêu chuẩn sơ khởi để xác định một hành vi có tính cách bình thường hay không thì cần phải liên hệ đến 4 yếu tố: a) sự lệch lạc (deviance), là tính cách không thông thường, khác biệt, quá trớn, cực đoan, và kỳ lạ của hành vi; b) sự đau buồn (distress), là qua hành vi đó cá nhân cảm thấy bức bối, khổ sở, không hạnh phúc; c) sự mất năng lực (dysfunction), là hành vi biểu hiện các chức năng sinh hoạt của cá nhân bị rối loạn, trệch hướng, hay bị cùn mòn, hư hỏng; d) sự nguy hại (danger), là hành vi đó có thể mang lại những nguy hiểm và thiệt hại cho bản thân mình hoặc cho người khác [2].

SỰ LỆCH LẠC

Một cử chỉ, hành vi, hay nhận thức được gọi là lệch lạc thì phải thể hiện được tính chất lạ lùng, khác biệt với những gì được đa số những người sống cùng thời và cùng một nơi chốn vẫn cho là bình thường. Một người bình thường đang có công ăn việc làm và sống an vui với vợ con như Mạnh thì không thể nào đột nhiên phải hoảng sợ mà bỏ đi. Một người còn trẻ với sức khỏe trung bình thường ngủ ngon giấc mỗi đêm là sự tự nhiên, hoặc có thể chỉ mất ngủ vài đêm vì một lý do nào đó chứ không thể nào mất ngủ liên tục trong nhiều tháng, và đồng thời tâm trí cứ lảng vảng sự chết chóc như trường hợp của Nga. Một thanh niên bình thường, biết suy nghĩ chín chắn và biết tôn trọng lẽ phải và sự công bằng thì dù có những kinh nghiệm đau thương, quá tiêu cực với cuộc sống cũng không bao giờ có những tư tưởng và việc làm hoàn toàn thù nghịch với con người và xã hội như Tính. Một đứa trẻ bình thường trong lứa tuổi lên 10 sẽ biết sợ, biết nghe những lẽ phải của người lớn, biết sự công bằng và nhường nhịn, biết hòa đồng vui chơi với anh chị em và bè bạn, chứ không thể nào có tính khí tinh ranh, trí trá và hung bạo, không hề có sự rung cảm, hối hận như Trí.

Như vậy, những suy nghĩ và hành vi của cả 4 nhân vật trong bốn ví dụ trên không phải chỉ tỏ ra không bình thường mà rõ ràng còn mang tính chất hết sức lạ lùng và bệnh hoạn đối với những suy nghĩ thông thường trong cuộc sống của mọi người.

Nhưng nhân đây cũng cần đề cập đến những cá nhân mà những hành động của họ thường rất khác lạ với người bình thường trong xã hội mà người đời thường gọi là những kẻ *lập dị* (eccentric). Ví dụ, một người hàng xóm giàu có nhưng lại thích tích lũy mọi thứ đồ đạc lượm lặt được, khiến cho căn nhà của bà ta không còn cả lối đi, hoặc một ông thầy giáo không bao giờ thiếu chiếc áo ấm trên người dù nắng hay

mưa, hoặc một cô gái trẻ đẹp nhưng thích xăm mình và đeo nhẫn trên lưỡi, mũi và mí mắt. . . Cách hành xử của những cá nhân này rõ ràng biểu hiện tính chất khác lạ nào đó trong cá tính và những ý nghĩ của họ, thế nhưng tính chất lập dị đó chỉ thể hiện trên một vài khía cạnh mà không ảnh hưởng đến những phương diện sinh hoạt bình thường khác trong cuộc sống của chính họ, cũng như không tác động gì đến đời sống của ai. Nói như thế để chúng ta so sánh với những hành vi lạ lùng của Mạnh, Nga, Tính, và Trí. Hành vi của họ rõ ràng đã ảnh hưởng trầm trọng đến mọi khía cạnh trong cuộc sống của bản thân và còn có thể tác động đến cuộc sống của những người khác. Do đó, những hành vi của bốn nhân vật được dùng làm ví dụ ở trên vượt qua hẳn tính cách lập dị thông thường của những trường hợp vừa nói.

Ngoài ra, sự sai lệch hay khác biệt của một hành vi cũng phải được soi rọi trong khuôn khổ của những tập tục, lòng tin và những quy tắc chung trong xã hội. Nói khác đi, phải xem hành vi ấy có sai lệch và khác biệt với những gì mà đa số người trong cùng một cộng đồng vào cùng một thời điểm đang cùng chia sẻ và chấp nhận hay không? Chẳng hạn, khi xưa ông bà ta có tục nhuộm răng đen thì vào thời buổi ấy những ai có hàm răng đen chỉ là chuyện bình thường. Giả thiết trong xã hội văn minh ngày nay nếu có một ai nhuộm hàm răng đen thì ắt phải có điều gì khác lạ trong ý nghĩ của họ. Các chiến sĩ trong thời Hy Lạp cổ đại, hay các hiệp sĩ Samurai trong thời phong kiến Nhật thường dùng hành động mổ bụng tự sát để nêu cao danh dự và trách nhiệm của họ. Nhưng ngày nay, khi xã hội không cho rằng tự tử là một hành vi có tính đạo lý, là việc cần phải làm để thể hiện danh dự và đức hạnh của cá nhân, thì hầu hết những trường hợp tự tử, mặc dù với những lý do xem ra chính đáng, cũng được nhiều người hiểu như là có liên quan nào đó đến những tính chất không bình thường và bệnh trong sinh hoạt tâm lý của cá nhân ấy.

SỰ ĐAU BUỒN

Nhưng sự không bình thường hay khác lạ của một hành vi không thôi cũng chưa đủ yếu tố để kết luận là cá nhân có những triệu chứng bệnh, mà hành vi đó cũng phải còn gây ra những đau buồn nào đó cho cá nhân nữa. Chẳng hạn, những nhà tu khổ hạnh thường tự dày dũa thân xác bằng những nhục hình như nhịn ăn, tự đánh đập và giam hãm thân xác mình, nhưng họ luôn luôn cảm thấy vui thú và hạnh phúc vì đó là do ý chí tự nguyện của họ. Thế nhưng những hành động lạ lùng của Mạnh, Nga, và Tính lại không xuất phát từ ý chí, mà từ sức ép của những cảm nhận và những ý nghĩ sai lệch. Cả ba cá nhân đều cư xử và hành động do những lực tác động ngoài ý muốn của họ, vì vậy họ cảm thấy đau đớn và buồn khổ. Mạnh phải bỏ việc, bỏ vợ con để trốn chạy theo sự thôi thúc của tiếng nói ảo giác trong đầu. Nga đã có ý muốn chết vì sức ép của những buồn bực và thất vọng. Và Tính đã hành động do bị trói buộc với những ý nghĩ sai trái và trong một tâm trạng hốt hoảng và lo sợ.

SỰ MẤT NĂNG LỰC

Cá nhân không những biểu lộ sự bối rối, buồn khổ mà còn bị mất khả năng tự chăm sóc mình, khả năng duy trì tốt đẹp công việc làm, hay khả năng tham dự vào những sinh hoạt, giao tiếp thường ngày trong xã hội... Mạnh, Nga, Tính và Trí rõ ràng là những cá nhân đã mất đi những năng lực sinh hoạt bình thường của cuộc sống. Năng lực bình thường của đứa trẻ ở cái tuổi của Trí là sự thích thú trong học hành, biết sợ, biết nghe lời và biết lễ phép. Nói khác đi, mọi chức năng bình thường của tâm lý và sinh lý ở các cá nhân này đã trở thành rối loạn và hư hỏng.

Tuy nhiên, sự hư hỏng các chức năng sinh hoạt do tình trạng bệnh cũng phải được xem xét để phân biệt với những trường hợp có những cá nhân vì một mục đích riêng tư, mà cố tình hạn chế các chức năng sinh hoạt hằng ngày. Chẳng hạn, có những cá nhân không tỏ ra quan tâm đến sức khỏe, hạnh phúc, tự do và bình an cho bản thân mình, hoặc chỉ thích sống đời sống ẩn dật, nhưng họ vẫn là những cá nhân có đời sống tâm lý rất bình thường. Sự từ khước danh lợi và hạnh phúc bản thân, không màng đến miếng cơm, manh áo của thánh Gandhi không phải là sự bất thường, hư hỏng, hay rối loạn của hành vi, nhưng Ngài đã cố ý hành động như thế để làm tấm gương sáng cho công cuộc tranh đấu của toàn dân đối với nền độc lập của đất nước Ấn Độ. Nhà bất đồng chính kiến Mỹ, Henry David Thoreau (1817- 1862), đã từ bỏ việc làm và mọi giao tiếp với xã hội để đến một nơi rừng rú xa xôi và sống theo lối tự lực cánh sinh chỉ vì ông muốn tỏ thái độ bất phục tùng với chế độ thuế khóa của chính phủ mà thôi. Cuộc sống của những nhân vật này đã thể hiện ý chí và với một mục đích là hy sinh cho đại cuộc chứ không phải vì sự trói buộc, cưỡng bức không có tính cách bình thường nào trong các chức năng tâm lý của họ.

SỰ NGUY HẠI

Thông thường những hành vi bất bình thường của cá nhân có thể gây ra những thiệt hại hay hiểm nguy cho chính mình hay cho người khác. Chẳng hạn tánh lơ là, bất cẩn, sự thiếu linh, thiếu suy xét, cảm giác tuyệt vọng, sự sợ hãi và hoảng hốt, tánh thù nghịch, hung bạo đều là những khuôn mẫu ứng xử có thể tạo ra nhiều nguy cơ. Những tiếng nói thúc giục tự phát sinh trong đầu làm cho tinh thần Mạnh luôn bị hốt hoảng là nguyên nhân đưa đến

việc anh trốn chạy, làm tan vỡ sự yên vui và hạnh phúc của gia đình. Sự tuyệt vọng của Nga đã khiến cô có ý muốn tự tử. Ý tưởng thù đời bệnh hoạn của Tính trước sau vẫn là mối nguy cho con người và cho chính bản thân anh. Tính hung bạo, trí trá và bất chấp của Trí sẽ có ngày đưa đến thiệt hại và thương tổn cho cậu ta và cho người khác.

Tuy nhiên, cần lưu ý là không phải mọi hành vi hay triệu chứng tâm thần tâm lý bất thường đều gây ra những nguy cơ tổn hại tính mạng cho người khác. Nhiều bệnh nhân tâm thần thuộc các loại bệnh trầm cảm, lo âu, rối loạn nhận thức, hay ngay cả một số bệnh nhân bị loạn thần cũng chưa hẳn đã gây ra những nguy hiểm cho ai, mặc dù bản thân cuộc sống của họ cũng có một mức độ thiệt hại nào đó vì hậu quả của những hành vi hay triệu chứng đang có.

Để tóm lược, bốn yếu tố nêu trên dù sao cũng chỉ có tính cách tương đối và hạn hẹp. Ngoài ra, trong nhiều trường hợp không phải lúc nào cũng cần phải hội đủ cả bốn yếu tố trên mới xác định cho việc chẩn đoán một bệnh tâm lý tâm thần. Muốn xác định một hành vi bình thường hay bệnh hoạn đôi khi cần phải có nhiều kinh nghiệm của người làm chuyên môn, chứ không thể chỉ căn cứ trên những nguyên tắc và tiêu chuẩn cố định đã đề ra. Dầu sao, bốn yếu tố vừa nêu trên cũng vẫn được xem là những khuôn mẫu căn bản để làm nền tảng cho những nhận xét ban đầu (vấn đề này sẽ được đề cập chi tiết hơn trong chương 3 nói về sự đánh giá và chẩn đoán bệnh tâm thần).

TÂM BỆNH HỌC QUA CÁC THỜI ĐẠI

Cũng như các bệnh tật khác, bệnh tâm thần là một vấn đề hiện thực gắn bó với con người kể từ ngàn xưa. Tuy nhiên, dù là một vấn đề thực tế trong cuộc sống, con người đã có những quan niệm và hiểu biết về nó theo nhiều cách khác nhau, không những qua từng thời đại mà ngay cả trong từng cá nhân hay từng nhóm tập thể sống trong cùng một thời đại. Chẳng hạn, dù tâm bệnh học đã trở thành một lãnh vực trị liệu trong y khoa, đến nay vẫn còn những nhóm người đang sử dụng những phương pháp trị liệu của thời cổ xưa đối với những người bệnh tâm thần vì họ vẫn tin rằng tâm bệnh chỉ là một ý niệm bịa đặt, hoặc nếu không như thế thì đó là một hình thức quấy phá, trêu chọc của ma quỷ. Vì thế, để có thêm những hiểu biết về bệnh tâm thần, hay nói tổng quát hơn, để có những nhận định thích hợp và đúng đắn về những tính chất không bình thường của lãnh vực sinh hoạt tâm lý trong đời sống của con người, tưởng cũng cần nhìn lại quá trình diễn tiến của những quan niệm khác nhau trong mỗi thời kỳ về vấn đề tâm bệnh.

TÂM BỆNH HỌC TRONG THỜI CỔ XƯA

Quan niệm như thế nào về bệnh tâm thần của con người trong thời cổ đại là vấn đề thật khó truy tìm vì con người thời ấy chưa có những phương tiện để ghi chép lại các kinh nghiệm và kiến thức của họ. Các nhà khảo cổ học, nhân chủng học, và các sử gia thường sử dụng nhiều phương pháp khác nhau để giả thiết, suy đoán, và đưa ra những nhận định mà theo họ là khá tin nhất để làm căn bản cho những hiểu biết về quá trình sinh sống của con người trong thời cổ xưa. Chẳng hạn, một số nhà khảo cổ tìm thấy vào thời đại đồ đá (Stone Age), khoảng nửa triệu năm trước đây, một số sọ người bị cắt đôi bằng loại dao làm bằng đá, và họ phỏng đoán rằng đây có thể là một chỉ dấu cho thấy cách chữa trị cho những bệnh nhân bị đau đầu hay đau tâm thần kinh niên vào thời đại đó. Hành động cắt đôi sọ não có lẽ là với mục đích làm cho hồn ma hay quỷ sứ có cơ hội thoát ra khỏi sự giam hãm trong đầu óc của con bệnh [3].

Từ khi nhân loại bắt đầu đặt ra chữ viết thì trong số những tài liệu để lại, Đông phương cũng như Tây phương, đã có những ghi chép và mô tả mơ hồ về quan niệm của người xưa đối với bệnh tâm thần hay những tình trạng không bình thường về tâm lý. Nói chung, theo quan niệm của người xưa, những dấu hiệu và triệu chứng tâm bệnh là một tình trạng hoặc bị thần linh quả phạt, hoặc bị ma vương quỷ ám. Chẳng hạn, sách Thánh Kinh (Bible) có nói tới tình trạng rối loạn tinh thần của vua Saul do sự quấy phá của các linh hồn quỷ sứ. Trong sách Tam Quốc Chí cũng có mô tả trường hợp lâm bệnh của chúa công Tôn Sách. Tôn Sách đã bị hồn ma nhập vào cơ thể và quấy rối đến mức điên loạn, rồi phải nhường ngôi cho em mà chết sau khi ông cưỡng lại lời khuyên can của mẹ và các cận thần và ra lệnh chém đầu đạo sĩ Vu Cát. Do

những quan niệm như thế nên người xưa thường chữa trị bệnh tâm thần bằng các phương pháp như cúng bái để cầu xin các linh hồn đó buông tha, hoặc bằng cách hành hạ con bệnh để biến thân xác con bệnh trở thành nơi trú ngụ khó khăn cho thần linh và quỷ sứ qua các hình thức như đánh đập, chửi bới, giam đói, trấn nước, v. v... Trong những thời kỳ này những ông thầy cúng cũng thường kiêm thêm nhiệm vụ làm thầy thuốc chữa các bệnh tâm thần.

Tuy nhiên, ngoài quan niệm có tính phổ biến ở trên, cũng có một số nhà hiền triết, tư tưởng gia đương thời đã nêu lên ý kiến khác biệt về lãnh vực tâm bệnh học. Chẳng hạn, **Hippocrates**, được xem là cha đẻ của ngành y học hiện đại, đã nói từ 400 năm trước Công nguyên rằng mọi loại bệnh đều có nguồn gốc phát sinh từ tính chất tự nhiên của cơ thể chứ không phải do tác động của thần linh, của những vấn đề thuộc về siêu nhiên (supernatural). Ông lý luận rằng nguyên nhân của các bệnh có liên hệ đến não bộ cũng là do sự mất cân đối của 4 chất lỏng luân lưu trong cơ thể được gọi là *mật vàng*, *mật đen*, *máu*, và *đàm*. Chẳng hạn, sự dư thừa chất mật vàng (yellow bile) trong cơ thể sẽ gây ra *chứng hưng cảm* (mania), và dư thừa mật đen (black bile) sẽ gây ra các *chứng trầm cảm* hay *sầu uất* (melancholia). Do đó, để trị liệu chứng trầm cảm, chẳng hạn, Hippocrates tin rằng bệnh nhân phải biết chú ý và điều hòa các vấn đề ăn uống, tình dục, và thể dục cơ thể...

Ý kiến của Hippocrates về sau cũng được ủng hộ bởi một số các học giả, như triết gia **Plato** (khoảng năm 400 trước Công nguyên), **Aristotle** (khoảng 300 trước Công nguyên), và sau này là các vị thầy thuốc như **Aretaeus** (thế kỷ thứ I sau Công nguyên) và **Galen** (thế kỷ thứ II sau Công nguyên). Aretaeus cho rằng những hành vi bất thường của một cá nhân là hậu quả tất yếu của những vấn đề thuộc về cảm xúc của chính cá nhân ấy. Galen góp thêm ý

kiến trên bằng cách phân biệt hai loại bệnh thuộc về não bộ. Một loại do tác động của những yếu tố tâm lý, chẳng hạn bị những cảm xúc mạnh do tác động của ngoại cảnh như, sự chết chóc và mất mát tài sản hay người thân yêu, hay sự buồn khổ vì nghèo đói, hoặc làm ăn thất bại... Một loại khác do tác động của tai nạn hay sự lạm dụng các chất kích thích làm tổn thương trực tiếp đến một phần hay toàn diện hệ thống não bộ. Theo đó, trong thời kỳ còn đế quốc La Mã, một số thầy thuốc đã áp dụng những cách chữa trị bệnh tâm thần bằng nhiều kỹ thuật khác nhau, như làm cho chảy máu (được tin là làm như thế sẽ giảm số lượng máu lên đầu và do đó cơn điên loạn sẽ được thuyên giảm) hay tìm cách xoa dịu cơn đau bằng một số dụng cụ xoa bóp cơ thể, hoặc dùng các hình thức tâm lý để hỗ trợ, an ủi, hoặc cho người bệnh nghe nhạc, tắm nước ấm, tập thể dục...[4]

Tuy nhiên, sau sự sụp đổ của đế quốc La Mã, kể từ thế kỷ thứ 5 đến cuối thế kỷ thứ 13, nhân loại lại có khuynh hướng trở về với quan niệm siêu nhiên trong cách giải thích những vấn đề tâm bệnh như trước kia. Theo sách sử để lại, vào thời kỳ này, do nhiều cuộc chiến tranh liên tiếp nổi lên, kéo theo những nạn mất mùa, đói kém và bệnh dịch triển miên khiến cho ý tưởng mê tín dị đoan càng trở nên phổ biến. Tính chất mê tín dị đoan trở nên quá phổ biến trong mọi tầng lớp xã hội, Đông phương cũng như Tây phương, làm ảnh hưởng tới các quan niệm về đời sống và mọi sinh hoạt của con người trong thời gian này.

Bên cạnh các tín ngưỡng tôn giáo, con người cũng đặt lòng tin vào thần linh và ma quỷ. Trong những thời kỳ này, nhiều mẫu chuyện đã viết ra để minh họa những vấn đề tốt xấu, thiện ác, những hành động thưởng phạt của Thượng đế, cũng như những ảnh hưởng và tác động của yêu tinh, quỷ dữ. Tự trung, người ta

tin rằng mọi sinh hoạt của một đời người, từ sức khỏe đến hạnh phúc và sự bình an đều nằm trong vòng tay điều phối của các đấng vô hình và những linh hồn đang lẩn khuất bên kia sự sống. Cũng vào thời kỳ này, những hiện tượng rối loạn tinh thần trở nên phổ biến hơn trong nhiều cộng đồng dân chúng. Người ta ghi nhận những triệu chứng loạn thần như *ảo giác* (hallucination) và *hoang tưởng* (delusion) của nhiều cá nhân. Tại một số khu vực ở châu Âu, những triệu chứng *hưng cảm tập thể* (interpersonal manics) cũng thường xảy ra. Chẳng hạn, một số người thường tụ tập lại và đồng loạt nổi lên ca hát và nhảy múa một cách cuồng loạn cho đến mức phải bị kiệt sức, ngất xỉu và co giật các cơ bắp (convulsion). Hình thức nhảy múa này đại khái cũng tương tự như các tục đồng bóng ở Á châu, theo đó những người tham dự thường say sưa nhảy múa (lên đồng) theo sự gợi ý của một người giữ vai trò đóng tuồng, sau khi bị mê mẩn và cuốn hút bởi quang cảnh trang nghiêm và linh thiêng, cùng với sự quyến rũ của một không gian đầy màu sắc, khói hương nghi ngút, và tiếng nhạc ru hồn.

Tính mê tín dị đoan khiến vai trò của các tăng lữ và thầy cúng thời bấy giờ trở thành tối quan trọng trong việc chạy chữa cho các con bệnh tâm thần. Như đã đề cập ở trên, người ta tin rằng làm sao dứt bỏ hồn ma ra khỏi cơ thể người bệnh là phương cách chữa trị hay nhất cho mọi bệnh tâm thần. Cách chữa trị bao gồm nhiều kỹ thuật khác nhau như cúng lạy, cầu hồn, van xin, ca hát, đổ nước thánh vào miệng, cho uống nước dơ, chửi bới, đe dọa, đánh đập, giam đói, trấn nước, v. v...

Bắt đầu từ thế kỷ thứ 15, nhờ sự khai sinh những ý niệm mới mẻ về khoa học và kỹ thuật trong thời kỳ này mà đời sống tại các vùng đô thị bắt đầu được canh tân nhiều mặt. Theo đó các hình thức chữa bệnh theo lối mê tín dị đoan dần dần được giảm thiểu

tại một số quốc gia. Các bệnh viện tại Anh quốc là nơi khởi sự chữa trị bệnh nhân tâm thần theo quan điểm y khoa đương thời. Người được xem là sáng lập viên đầu tiên của ngành y học về bệnh tâm thần là bác sĩ người Đức, **Johann Weyer** (1515- 1588). Weyer tin rằng tinh thần (đời sống tâm lý) của con người cũng dễ bị bệnh như thân xác; do đó, chữa trị bệnh tâm thần cũng cần phải tuân theo các nguyên tắc khoa học chứ không phải là dựa vào thần linh. Quan niệm này ảnh hưởng mạnh mẽ đến sự thay đổi phương cách trị liệu và chăm sóc người bị bệnh tâm thần. Một số nước trong khu vực châu Âu kể từ đó đã lần lượt áp dụng lối chữa trị mang tính khoa học và nhân đạo hơn cho các bệnh nhân tâm thần [5].

Thế nhưng nhiều thập niên về sau người ta mới nhận thấy rằng các bệnh viện y tế không thể chứa hết số lượng người bị bệnh. Số bệnh nhân tâm thần không có chỗ nằm tại bệnh viện, hằng ngày phải đi lang thang bên ngoài nên trật tự và an ninh xã hội lại không thể nào bảo đảm được. Vì vậy, một sáng kiến mới đưa ra là định chế hóa các bệnh viện tâm thần thành những trung tâm cư trú thường trực (asylums) cho các bệnh nhân tâm thần. Thế nhưng ngoài những thuận lợi ban đầu, một thời gian sau nữa sáng kiến này đã biến thành những hậu quả tiêu cực trong trường kỳ, tức là càng về sau các trung tâm cư trú này càng trở thành đông đúc, chật chội, dơ dáy, và tội phạm. Trước tình trạng đó, các giới chuyên môn không thể làm gì khác hơn là chỉ chữa trị lấy lệ, và để kiểm chế những tình trạng hỗn loạn và bạo lực trong những trung tâm cư trú thường trực, có khi bệnh nhân phải bị xiềng chân hoặc bị nhốt vào cũi sắt như những tội nhân hình sự trong các trại tù.

Tình trạng tồi tệ trong các trung tâm tâm thần cứ tiếp diễn như vậy cho đến đầu thế kỷ thứ 19, một số y sĩ, trong đó đứng

đầu là **Philippe Pinel**, đã phát động chiến dịch kêu gọi sự cải tổ phương cách chữa trị thiếu nhân đạo và hoàn cảnh sống bi đát của các bệnh nhân tâm thần. Những người khởi xướng cũng nhận định rằng bệnh tâm thần phải được chữa trị bằng những hành động ân cần, chăm sóc, và hỗ trợ chứ không phải bằng sự trừng phạt và hành hạ. Quan điểm nhân đạo này đã được sự hỗ trợ rộng rãi của nhiều giới chức và chuyên viên tại một số nước ở châu Âu và tại Mỹ quốc.

Riêng tại Hoa Kỳ, bác sĩ **Benjamin Rush** tại bệnh viện Pennsylvania đã tìm cách phát triển và canh tân phương thức trị liệu nhân đạo. Ông cho thuê nhiều cộng sự viên nhiệt tình, thông minh, và sáng tạo để tiếp xúc gần gũi, trò chuyện, đi bách bộ, và vui chơi với người bệnh. Khi người bệnh có những sự tiến bộ thì được tặng một món quà để khích lệ tinh thần. Rush cũng là bác sĩ sáng lập chương trình giảng dạy môn tâm thần học đầu tiên tại Mỹ. Về sau này, một nhà giáo tại tiểu bang Boston, **Dorothea Dix**, đã khởi động một chiến dịch sâu rộng để thuyết phục những giới chức làm luật tại các tiểu bang phải hình thành những luật lệ bảo đảm việc đối xử nhân đạo với các bệnh nhân tâm thần. Kết quả là luật lệ mới đã tạo điều kiện cho ngành y tế tại các tiểu bang có thể xin thêm nguồn tài chánh để mở thêm nhiều bệnh viện khác, thuê thêm nhân viên, dụng cụ, thuốc men nhằm vào mục đích cải thiện đường lối phục vụ cho các bệnh nhân tâm thần.

Trong nhiều năm sau, phương cách chữa trị nhân đạo này đã có nhiều kết quả khả quan. Nhiều báo cáo tại các tiểu bang cho thấy con số bệnh nhân tâm thần hồi phục và được cho xuất viện cao hơn trước nhiều [6]. Nhưng nói như thế không có nghĩa là tiến trình trị liệu bệnh nhân tâm thần từ đây sẽ được suôn sẻ. Tình trạng thiếu hụt ngân sách y tế, thiếu chuyên viên, dân số gia tăng

nhANH chóng và số bệnh nhân mỗi ngày một đông đảo rõ ràng là những khó khăn chung mà nhiều quốc gia phải đối phó trong một thời gian dài.

TÂM BỆNH HỌC VÀO ĐẦU THẾ KỶ 20

Trong những thập niên giữa thế kỷ thứ 19, song song với sự bùng nổ của cuộc cách mạng kỹ nghệ, nhiều vùng đô thị lớn đã xuất hiện và phát triển mạnh về mọi mặt trên nhiều quốc gia tại Âu châu, và theo đó các chính phủ bắt đầu chú trọng đến các mặt cải thiện đời sống và phúc lợi cho người dân trong thời gian này. Về lãnh vực y học, trong đó có ngành tâm thần học, cũng đã bắt đầu có những chuyên gia xuất hiện với những sáng kiến và phát minh quan trọng, có thể làm nền tảng cho những nghiên cứu sâu rộng và cụ thể hơn về sau. Trong thời kỳ này, có hai quan điểm được xem là nòng cốt về tâm bệnh học:

Quan điểm thể chất bẩm sinh (*somatogenic perspective*)

Vào cuối thế kỷ 19, **Emil Kraepelin**, nhà nghiên cứu Đức viết một cuốn sách trong đó ông nêu lên quan điểm rằng yếu tố thể chất là nguyên nhân của mọi triệu chứng tâm lý bất thường. Quan điểm này được gọi là *quan điểm thể chất bẩm sinh*. Đây cũng là quan điểm đã được ông tổ ngành y, Hippocrates, nêu ra từ hơn hai ngàn năm trước như đã đề cập ở trên. Hippocrates đã nói bệnh tâm thần là do các chất lỏng luân lưu không điều hòa trong cơ thể và do bộ não bị bệnh. Ngày nay, Kraepelin đã làm những thử nghiệm để chứng tỏ thêm sự liên hệ mật thiết giữa cơ thể và tinh thần bằng cách cho cá nhân dùng một số chất liệu và sau đó đo lường những tác động của chất liệu đó đối với cơ thể qua

những hành vi bất thường đang diễn ra cho cá nhân ấy. Đồng thời ông cũng để lại cho đời sau một bản liệt kê bao gồm những triệu chứng tâm lý bất thường có những nguyên nhân được phỏng đoán là xuất phát từ thể chất.

Một hiện tượng khác đã hỗ trợ cho quan điểm thể chất bẩm sinh là trong thời gian này một số bác sĩ cũng có nhận xét rằng *bệnh liệt tổng quát* (general paresis) (một loại bệnh làm rối loạn và thoái hóa cả tinh thần lẫn thể chất của người bệnh) là biến chứng của bệnh giang mai (syphilis). Điều này có nghĩa là hậu quả của một căn bệnh của thể chất có thể gây ra những triệu chứng tâm thần. Ý kiến của Kraepelin được nhiều nhà sinh vật học đương thời hỗ trợ, và nhiều người tin tưởng rằng y học sẽ tìm ra được cách chữa trị nhiều loại bệnh tâm thần thông qua các phương pháp dinh dưỡng và thuốc men.

Quan điểm thể chất bẩm sinh đối với các bệnh tâm thần đã hỗ trợ cho sự bắt đầu các công trình nghiên cứu và sản xuất mỗi ngày một nhiều hơn những loại dược liệu chữa trị hữu hiệu cho đa số bệnh tâm thần trong những thập niên đầu của thế kỷ 20.

Quan điểm tâm sinh (*psychogenic perspective*)

Cũng vào thời kỳ này, một quan điểm khác về tâm bệnh được nêu lên, gọi là *quan điểm tâm sinh*. Đây là quan điểm cho rằng nguyên nhân chính của nhiều triệu chứng tâm bệnh bắt nguồn từ những yếu tố tâm lý của cá nhân. Như đã nói ở phần trên, một số triết gia và y sĩ từ thời xa xưa, như Cicero, Aretaeus, và Galen cũng đã cho rằng có nhiều triệu chứng tâm thần rõ ràng khởi phát trực tiếp từ hậu quả của những hiện tượng tâm lý, như sự u sầu, buồn phiền, lo lắng, sợ hãi, hờn dỗi, hay phẫn uất, v...

Các lý thuyết gia đương thời đã dùng những kinh nghiệm có

được qua sự thực hành *liệu pháp thôi miên* (hypnotherapy) trên một số bệnh nhân để chứng minh và hỗ trợ cho lý thuyết này. Liệu pháp thôi miên thường được một số chuyên viên sử dụng để chữa trị vài chứng bệnh tâm lý không có những nguyên nhân rõ ràng. Kỹ thuật của nó là làm cho người bệnh có thể nhớ lại và nói lên được những cảm nhận và ký ức đã bị giữ sâu kín trong tâm khảm sau khi người bệnh được dẫn dụ (induced) để đi vào trạng thái tinh thần gần như hôn mê (trancelike mental state).

Vào những năm đầu thế kỷ 20, hai y sĩ người Pháp là **Bernheim** và **Liébault** đã làm những thí nghiệm cho thấy rằng một số bệnh tâm thần, chẳng hạn như *chứng điên loạn tâm căn* (hysterical disorder) (một loại bệnh làm thân thể và cơ bắp đau đớn và có khi phải ngắt xiu nhưng không có nguyên nhân bắt nguồn từ thể chất) có thể biến mất nhờ liệu pháp thôi miên. Hơn thế nữa, các chuyên viên này còn có thể dùng liệu pháp thôi miên để làm cho một người bình thường trở thành người bị mắc chứng điên loạn. Nói khác đi, những kỹ thuật của liệu pháp thôi miên có thể làm được cả hai việc, nghĩa là làm cho một cá nhân bình thường trở thành bị bệnh tê liệt, mù, điếc... và sau đó kỹ thuật thôi miên cũng có thể tháo gỡ được những triệu chứng ấy ra khỏi cá nhân [7].

Một thời gian sau, một bác sĩ người Pháp khác là **Charcot** cũng đã thừa nhận rằng một số bệnh nhân của ông bị một chứng rối loạn tâm lý đến độ ngắt xiu được gọi là *hysteria*, hay *hysterical disorders*, rõ ràng đã có những khía cạnh tâm lý không bình thường, mang tính tâm căn, trong quá trình sống khởi đi từ tuổi ấu thơ. Cùng lúc đó tại Áo quốc, bác sĩ **Breuer** cũng nhận xét rằng những bệnh nhân bị chứng điên loạn của ông có khi hết hẳn bệnh sau khi nhờ được thôi miên mà đã có thể tự nói lên hết những chấn thương tinh thần đã từng trải qua trong quá khứ.

Nối tiếp công trình nghiên cứu về quan điểm tâm sinh, một bác sĩ người Áo nổi tiếng khác là **Sigmund Freud** (1856- 1939) về sau đã phát triển lý thuyết **phân tâm học** (psychoanalysis). Freud tin rằng mọi sự sinh hoạt bình thường cũng như bất thường của một cá nhân (suy nghĩ, cảm nhận, hành động, tham vọng, ước mơ, tưởng tượng...) đều xuất phát từ những động lực tâm lý tiềm ẩn bên trong của cá nhân ấy. Phân tâm học bao gồm những phương pháp và kỹ thuật giúp cho cá nhân phát hiện ra sự liên hệ giữa những hành vi hiện tại của cá nhân với những phần tâm lý sâu kín trong quá trình sống để từ đó cá nhân có những nhận thức mới hầu tự giải quyết và vượt qua những vấn đề của chính mình [8].

Trong những thập niên đầu của thế kỷ 20, có lẽ đã không có trường phái tư tưởng nào được sự ngưỡng mộ to lớn của nhiều giới trí thức và các chuyên gia trong ngành tâm thần học tại các quốc gia ở Âu châu như lý thuyết phân tâm học của Freud. Thật vậy, phân tâm học của Freud được xem là cách phân tích và giải thích mới mẻ và độc đáo về những hiện tượng tâm lý tiềm ẩn của con người. Trong thực nghiệm, phân tâm học đã chứng tỏ có nhiều hiệu quả chữa trị đối với những loại bệnh thuộc dạng *tâm căn* (neurosis), có nguyên nhân bắt nguồn từ những yếu tố tâm lý, như các bệnh trầm cảm, lo âu, hoảng hốt, và các chứng rối loạn dạng tâm phân (dissociative disorders), v. v... Trên đà tiến triển đó, những phương pháp *tâm lý trị liệu* (psychotherapy) mới cũng đã lần lượt ra đời để bổ sung vào công việc chữa trị cho những bệnh nhân có những triệu chứng tâm bệnh tương đối không trầm trọng, hoặc không có những phản ứng tích cực đối với thuốc men. Tuy nhiên, các phương pháp phân tâm trị liệu thường không đem lại nhiều hiệu quả cho các loại bệnh tâm thần có tính chất kiên trì và trầm trọng; nhất là những loại bệnh có căn nguyên phát xuất từ những yếu tố

di truyền hoặc bẩm sinh của thể chất, thường phải được điều trị bằng thuốc men và sự chăm sóc lâu dài của bệnh viện.

Tóm lại, quan điểm thể chất bẩm sinh và quan điểm tâm sinh là hai khám phá nền tảng cho khoa tâm bệnh trong những thập niên cuối thế kỷ thứ 19 và đầu thế kỷ 20. Cả hai quan điểm đều có lập trường giải thích xác đáng và cụ thể về bản chất của con người, mặc dù mỗi quan điểm chỉ tập trung chú ý vào một khía cạnh của bản chất ấy. Thật vậy, bệnh tâm thần có thể xảy ra do một sự rối loạn hay hư hỏng của thể chất, và cũng có thể xảy ra do những thôi thúc tâm lý (psychological drives) tranh chấp và xung khắc nhau trong vô thức. Chẳng hạn bệnh đau bao tử kinh niên (thể chất) có thể gây ra những triệu chứng trầm cảm (tâm lý) cho một cá nhân, nhưng một tham vọng không thành (tâm lý) cũng có thể làm cho cá nhân bị chứng trầm cảm (tâm lý). Thêm vào đó, một cơn đau của cơ thể đôi khi trở thành một nỗi đau tinh thần, và một cơn đau tinh thần có khi biến thành một căn bệnh cho cơ thể. Nói khác đi, cả hai vừa có thể là nguyên nhân và vừa có thể là hậu quả cho nhau. Cho đến ngày hôm nay, các chuyên viên ngành tâm bệnh học vẫn xem hai quan điểm trên như là những lý thuyết căn bản, có tầm quan trọng ngang nhau, luôn luôn cần phải chú ý đến trong tiến trình tìm hiểu nguyên nhân bệnh và phương thức chữa trị cho mọi trường hợp.

TÂM BỆNH HỌC NGÀY NAY

Kể từ sau đệ nhị thế chiến, môn tâm bệnh học đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trên cả hai lãnh vực kiến thức và thực hành. Nhiều công trình nghiên cứu về lý thuyết, phương thức chữa trị, và thuốc men đã liên tục được thực hiện và phát triển.

Những khám phá mới về các loại dược liệu có tác động trực tiếp đến não bộ và có thể tháo gỡ hay giảm thiểu được những triệu chứng của tâm bệnh đã giúp thay đổi tình trạng bi đát của những bệnh nhân tâm thần nặng, không còn khả năng nhận biết thực tại và không thể có sinh hoạt bình thường trong cuộc sống hằng ngày. Công việc nghiên cứu và bào chế mỗi ngày một hoàn thiện hơn và cho đến ngày hôm nay, thuốc dùng trị bệnh tâm thần đã rất phổ biến và có hiệu nghiệm. Có thể phân thuốc men ra làm 6 loại chữa trị khác nhau, bao gồm các loại *chống các bệnh loạn thần* (antipsychotic drugs) *chống trầm cảm* (antidepressant drugs), *chống lo âu* (antianxiety drugs), *chống ám ảnh* (antiobsessional drugs), *ổn định khí sắc* (mood stabilizers), và các loại *dược chất kích thích tâm trí* (psycho-stimulants).

Tính cách phổ thông và hiệu quả của thuốc men đã cải thiện được rất nhiều thực trạng và hoàn cảnh bi đát của khối bệnh nhân đang sống trong các trung tâm chữa trị tâm thần. Nhiều bệnh nhân có thể xuất viện để tiếp tục chữa trị tại ngoại. Điều này cũng phù hợp với sự quan tâm của một số giới chức đương thời đang mong muốn tìm cách giảm thiểu số phí tổn to lớn càng ngày càng gia tăng tại các bệnh viện tâm thần nội trú (inpatient). Vì thế, kể từ thập niên 60 trở đi, nhiều quốc gia trên thế giới đã lần lượt áp dụng chính sách mới gọi là *bãi định chế hóa* (deinstitutionalization). Chính sách này cho phép giải tỏa khối lượng người bệnh đang quá đông trong các bệnh viện tâm thần, nghĩa là rất nhiều bệnh nhân tâm thần, tùy theo tình trạng bệnh, đã được xuất viện để được chữa trị ngoại trú (outpatient). Riêng tại Hoa Kỳ đã có đến hàng trăm bệnh viện được giải tỏa và hàng trăm ngàn bệnh nhân được xuất viện để tiếp tục điều trị ngoại trú trong những năm về sau.

Hiện nay hằng năm chỉ còn khoảng 80 ngàn bệnh nhân tâm

thần đang được điều trị trong các bệnh viện tâm thần tại Hoa Kỳ [9]. Trong khi đó, hằng năm có khoảng 22 triệu người Mỹ có liên hệ tới đủ các loại triệu chứng tâm thần, cũng như những vấn đề thuộc về nghiện ngập và những hiện tượng tâm lý không bình thường khác, đang được chữa trị ngoại trú tại các trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng (community mental health centers), bệnh viện đa khoa, hoặc tại các viện y tế tư nhân [10].

Nhờ thuốc men mà chính sách điều trị ngoại trú (outpatient treatment) ngày nay đã trở thành phương cách chữa trị chính yếu cho phần lớn các bệnh nhân tâm thần tại Hoa Kỳ. Trong những trường hợp cấp cứu, bệnh nhân có thể nhập viện trong thời gian ngắn, và ngoại trừ một số nhỏ cần nằm viện lâu dài, hầu hết được xuất viện để được điều trị ngoại trú. Ước tính kể từ thập niên 90 đến nay, tại Hoa Kỳ số bệnh nhân tâm thần hằng năm được chữa trị ngoại trú thường ở mức trên dưới 94%, có nghĩa là số bệnh nhân được giữ lại theo lối nội trú tại bệnh viện để được điều trị hằng năm chỉ còn lại ở mức trên dưới 6% [11].

Song song với phương thức chữa trị bằng thuốc men, các bệnh nhân tâm thần còn được trị liệu bằng những phương pháp tâm lý. Như đã nói ở trên, một thời gian sau khi lý thuyết phân tâm học của Freud được phổ biến rộng rãi, nhiều hình thức tâm lý trị liệu khác nhau đã lần lượt được khai triển thêm. Vì không hoàn toàn thỏa mãn với phương thức phân tâm cổ điển của bác sĩ Freud, một số tông đồ của ông đã dần dần rẽ nhánh, và mặc dù vẫn giữ những điểm căn bản của lý thuyết phân tâm cổ điển, mỗi người đã chú ý và nhấn mạnh đến một khía cạnh đặc biệt của tiến trình tâm lý và xây dựng riêng cho mình một phương pháp phân tâm trị liệu khác biệt. Chẳng hạn, **Carl Jung** với lý thuyết tâm lý phân tích (analytical psychology); **Alfred Adler** với lý thuyết tâm lý cá nhân (individual

psychology); **Karen Horney, Harry Stack Sullivan; Erich Fromm** với *tân lý thuyết phân tâm Freud* (neo-freudians); và **Melanie Klein, Ronald Fairbain, Margaret Mahler** với *lý thuyết liên hệ đối tượng* (object relations), v. v... Vì quan điểm và lập luận tương tự nhau về bản chất của những yếu tố tâm lý nền tảng, các chuyên gia tâm lý thường liệt tất cả các lý thuyết trên đây, cũng như lý thuyết phân tâm của Freud vào cùng một nhóm có tên là **liệu pháp tâm lý sinh động** (psychodynamic psychotherapies).

Ngoài nhóm liệu pháp tâm lý sinh động, còn có sự khai sinh của các nhóm liệu pháp khác dựa trên những lý thuyết khác nhau về các hiện tượng tâm lý, như nhóm *liệu pháp nhận thức hành vi* (cognitive behavioral therapies), nhóm *liệu pháp nhân văn hiện sinh* (humanistic/existential psychotherapies), nhóm *liệu pháp hệ thống gia đình* (family/system therapies), v. v... Nói tóm lại, hàng trăm lý thuyết và kỹ thuật tâm lý trị liệu khác nhau đã đưa nhau ra đời kể từ đầu thế kỷ 20 đến nay. Mức độ hiệu quả của mỗi phương thức thường không thể so sánh với nhau vì có rất nhiều khía cạnh phức tạp của vấn đề tâm lý trị liệu rất khó để có sự đo lường chính xác. Sự chọn lựa một liệu pháp để áp dụng trong trị liệu thường là do sở trường của chuyên viên. Các chuyên viên tâm lý trị liệu hầu hết đồng ý rằng những kết quả chữa trị tốt đẹp thường không phải vì tính hiệu quả của liệu pháp, mà phần lớn vì nhiều yếu tố khác nhau liên quan đến những đặc tính thuộc về cá nhân người bệnh, tính chất của căn bệnh, môi trường, hoàn cảnh, và tính quan hệ trong trị liệu giữa người bệnh và người chữa trị, được gọi là *liên minh trị liệu* (working alliance), hay là *tính quan hệ trị liệu* (therapeutic relationship).

Cho đến nay dược lý và tâm lý liệu pháp vẫn là hai phương pháp chính yếu được kết hợp sử dụng trong hầu hết các trường

hợp chữa trị bệnh tâm thần tại các nước phát triển. Cả hai luôn luôn bổ túc cho nhau và không hề loại trừ nhau. Có những trường hợp bệnh chỉ cần trị liệu bằng tâm lý, nhưng cũng có những trường hợp phải ưu tiên dùng thuốc trong những trường hợp khẩn cấp để hạ thấp mức độ trầm trọng của triệu chứng trước khi chữa trị bằng sự kết hợp của cả hai phương pháp. Sự cần thiết và ích lợi của việc chữa trị các bệnh tâm thần bằng cách kết hợp cả hai phương pháp đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu và thực tế tại hiện trường.

Chẳng hạn, một nghiên cứu đã so sánh hiệu quả của 3 cách chữa trị khác nhau cho những người bị bệnh trầm cảm là hoặc chỉ chữa bằng dược lý trị liệu, hoặc chỉ bằng tâm lý trị liệu, hoặc bằng sự kết hợp của cả hai. Kết quả cho thấy sau 6 tháng con số bệnh nhân bị bệnh trở lại là 30% đối với những người chỉ được chữa trị bằng thuốc, 6% đối với những người chỉ được chữa trị bằng tâm lý liệu pháp, và gần như 0% đối với những người được chữa trị bằng sự kết hợp của cả hai phương pháp. Sau 2 năm, con số bị tái bệnh là 78% cho những người chỉ dùng thuốc, 23% cho những người chỉ được chữa bằng tâm lý liệu pháp, và 21% cho cả hai phương pháp trị liệu được kết hợp lại [12].

Thông thường khả năng chữa trị sẽ dễ dàng hơn khi biết rõ nguyên nhân nào đã gây ra triệu chứng tâm thần. Hơn thế nữa, trong một số trường hợp, cá nhân người bệnh có thể tự bình phục sau khi đã được giải thích hoặc chính họ hiểu ra nguyên nhân nào đã đưa đến những triệu chứng tâm thần cho họ. Tuy nhiên, khác với một số bệnh tật của thể chất, bệnh tâm thần bao gồm rất nhiều dạng khác nhau và ở nhiều mức độ khác nhau và trong nhiều trường hợp, lại rất khó phát hiện được nguyên nhân phát sinh.

Hầu hết các bệnh tâm thần có thể khởi phát từ nhiều lý do.

Những lý do từ bên trong bao gồm nhiều yếu tố khác nhau như những yếu tố di truyền, những đặc tính bất thường bẩm sinh của thể chất và tâm lý, hay do hậu quả của những chấn thương tinh thần trong thời thơ ấu... Những lý do từ bên ngoài có thể là do sự tác động của các yếu tố thuộc về ngoại cảnh, như bị căng thẳng tinh thần (stress), bị lôi cuốn, đầu độc bởi những tư tưởng sai trái, bị một biến cố hay tai nạn làm chấn thương tinh thần... Và cuối cùng cũng có thể là do một sự tổng hợp của tất cả các yếu tố vừa nêu trên. Do đó, người bệnh phải được tìm hiểu trên mọi góc độ của đời sống tâm- sinh lý và xã hội, và cả hai phương thức trị liệu, được lý và tâm lý, phải được áp dụng song song trong hầu hết các trường hợp chữa trị các triệu chứng tâm thần. Trong bối cảnh đó, các thành phần phục vụ trong ngành sức khỏe tâm thần thông thường bao hàm một sự phối hợp của nhiều lãnh vực chuyên môn khác nhau, và phương pháp chữa trị thường theo *mô thức liên hợp trị liệu* (interdisciplinary treatment procedure).

Tóm lại, tâm bệnh học ngày nay đã bước qua một đoạn đường rất dài trong các công trình tìm hiểu, nghiên cứu, thử nghiệm, hệ thống hóa các lý thuyết và kỹ thuật điều trị. Tâm bệnh học đã có một đóng góp to lớn vào kho tàng kiến thức của nhân loại. Tuy nhiên, lãnh vực tâm bệnh học vẫn còn nhiều vấn đề phức tạp cần tiếp tục tìm hiểu. Đó là chưa nói đến việc vẫn còn một số những vấn đề thuộc các hiện tượng tâm lý chỉ thường được hiểu hay cảm nhận qua những gợi ý hay giả thuyết chứ chưa có những giải thích cụ thể nào để đủ sức thuyết phục mọi người. Thiết tưởng những nỗ lực liên tục trong nghiên cứu, khám phá, và sự đóng góp kinh nghiệm và ý kiến của con người trong tương lai sẽ biến tâm bệnh học trở thành một môn khoa học thực nghiệm càng ngày càng thêm hoàn hảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. Ed). Washington, D. C: Author.
2. Comer, R. J. , (1998) , *Abnormal Psychology* (3rd. Ed). New York: W. H. Freeman and Company.
3. Maher, W. B and Maher, B. A (1985). , *Psychology: From ancient times to the eighteen century*. In G. A Kimble & K. Schlesinger (Eds), *Topics in the History of Psychology* (vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
4. Comer, R. J. , (1998) , *Abnormal Psychology* (3rd. Ed). New York: W. H. Freeman and Company.
5. Aring, C. D (1975). , *Gheel: The town that cares*. Fam. Health, 7 (4) 54- 60.
6. Bickman, L. , & Dolkecki, P. , (1989). , *Public and Private Responsibility for Mental Health Services*. American Psychology. 44(8), 1133- 1137.
7. Comer, R. J. , (1998) , *Abnormal Psychology* (3rd. Ed). New York: W. H. Freeman and Company.
8. Greenson, R. R. , (1972). , *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: IUP.
9. Torrey, E F (1997). , *Out of the Shadow: Confronting America's Mental Illness Crisis*. New York: Wiley.
10. Kessler, R. C. , et al. , (1994). , *Lifetime and 12- month Prevalence of DSM. IIIR Psychiatric Disorders in the USA*. Arch. Gen. Psychiat, 51, 8- 19.
11. Narrow, W. E, et al. , (1993). , *Use of Services by Persons with Mental and Addictive Disorders. Finding from National Institute of Mental Health epidemiologic catchement area program*. Arch. Gen. Psychiat, 50, 95- 107.
12. Blackburn, I M. , Eurison, K. M. , & Bishop, S (1986). *A two- year naturalistic follow- up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacology, and a combination of both*. Journal of Affective Disorders, 10, 67- 75.



CHƯƠNG 2

**CÁC
LÝ THUYẾT VỀ
TÂM BỆNH**

Theories of Mental Illness

KHÁI NIỆM

Trong khi y học đã có những bước tiến quan trọng trong việc chữa trị bệnh tâm thần, mãi cho đến nay giới chuyên môn vẫn còn nhiều ý kiến khác biệt nhau trong cách nhận định và giải thích các hiện tượng tâm bệnh. Thật vậy, trong nhiều trường hợp, bệnh tâm thần là loại bệnh khó truy tìm được căn nguyên. Tùy theo từng trường hợp, các triệu chứng tâm thần có thể xuất phát từ những nguyên nhân khác nhau; có thể do bẩm sinh, di truyền, do tác động của những biến cố và những yếu tố môi trường từ bên ngoài, do hậu quả của những chấn thương tinh thần trong quá trình sống, hoặc có thể là một tổng hợp của tất cả các yếu tố nêu trên.

Ngày xưa người ta tin rằng bệnh tâm thần là do sự xâm nhập của những thế lực vô hình từ bên ngoài thân xác con người. Người bị bệnh tâm thần là nạn nhân của sự bắt bớ, quấy rầy, hay trêu chọc của thần linh hoặc ma quỷ. Tuy nhiên, quan điểm mang tính chất mê tín dị đoan này đã dần dần giảm thiểu, và cho đến thời cận đại con người bắt đầu có những suy nghĩ và lập luận có tính khoa học hơn. Tâm bệnh học ngày nay cho rằng *bệnh tâm thần có nguyên*

nhân chính yếu từ những điều kiện đặc biệt riêng của bản thân cá nhân chứ không từ một lực vô hình, huyền bí nào cả. Có hai quan điểm nổi bật làm nòng cốt cho lập luận này là, một quan điểm cho rằng bệnh tâm thần có căn nguyên từ thể chất (somatogenic) của cá nhân, và một quan điểm khác lại khẳng định rằng bệnh tâm thần có căn nguyên từ những yếu tố tâm lý (psychogenic) của cá nhân, đã được nói đến trong chương 1.

Hai quan điểm nêu trên hàm ý rằng có một sự khác biệt căn bản của hai lãnh vực thể chất và tâm lý (tinh thần) trong sự sống của con người. Thế nhưng, thể chất và tinh thần trong một con người có phải là hai thực thể khác biệt hay chỉ là một? Hoặc nếu chúng không hoàn toàn khác biệt mà cũng không phải chỉ duy nhất là một thực thể thì liên quan giữa chúng xảy ra như thế nào? Và cơ chế nào tạo nên sự liên quan đó? Đây là những câu hỏi vẫn còn được đưa ra để bàn thảo cho đến ngày hôm nay.

Quan niệm thể chất và tinh thần là hai lãnh vực tách biệt của nhiều nhà tâm lý cũng có những nét phù hợp với quan niệm về một thế giới vũ trụ đa nguyên (pluralistic), với sự hiện diện đồng thời của một thế giới *hữu hình* (physical world), bao gồm các vật chất và năng lượng, vận chuyển theo những định luật hữu hạn của không gian và thời gian, và một thế giới *siêu hình* (metaphysical world) với những thực thể mà ta không thể sờ mó hoặc thấy được bằng mắt trần. Theo đó, mỗi con người cũng được xem là một *tiểu vũ trụ* với đầy đủ tính đa nguyên, trong đó cũng có sự hiện hữu của cả hai thế giới, một thế giới của *vật chất* (physical) trong khuôn khổ của một thân xác có tính hữu hạn của không gian và thời gian, và một thế giới của những *biểu tượng* (symbolic) bao gồm những sinh hoạt không bị hạn chế bởi thời khắc và nơi chốn của những ý tưởng, hình ảnh, trí tưởng tượng, ước muốn, ý thức

và ý chí... Nói khác đi, trong mỗi con người luôn luôn có hai đời sống song hành, một đời sống *cơ thể* bị hạn chế bởi không gian và thời gian, và một đời sống *tinh thần* vượt ra ngoài sự hạn định của không gian và thời gian.

Các triết gia *học thuyết nhị nguyên* (dualism) cũng quan niệm tương tự như vậy, cho rằng mỗi con người đều có hai phần khác biệt, một *phần hồn* (spiritual) biểu hiện cho đời sống tinh thần và một *phần xác* (physical) biểu hiện cho đời sống cơ thể. Tiêu biểu trong số này, triết gia nổi tiếng người Pháp là **René Descartes** (1591- 1650) còn nói rằng cơ thể là cái máy, và tinh thần là người điều khiển cái máy. Tinh thần hay linh hồn là phần quan trọng hơn hết, nhờ nó mà ta mới nhận thức được những cảm giác do các giác quan ta mang lại. Nói rõ hơn, nếu không có phần tinh thần để làm công tác tiến hành, phân tích, tổng hợp và lý giải những cảm giác ghi nhận được từ thân xác (nghe, thấy, sờ mó, ngửi, v. v...), thì những cảm giác này tự chúng không đem lại ý nghĩa gì.

Học thuyết lý tưởng (idealism) của **Emanuel Kant** (1724- 1804), triết gia nổi tiếng người Đức, cũng lập luận rằng cái thế giới ta đang nhìn thấy trước mắt và chung quanh ta là thế giới *hiện tượng* (phenomena), là những vật chất và hình thể được sắp xếp và tổ chức xuyên qua các giác quan và phần tri giác nhận thức của ta, và “cái thế giới của chính nó” (thing- in- itself), tức là cái thế giới thật bên ngoài mà Kant đặt tên là cái thế giới định danh (noumena). Nói cách khác, Kant cho rằng kinh nghiệm của giác quan chỉ cho ta kiến thức về một thế giới hỗn độn và vô hồn trước mắt, nhưng xuyên qua trí tuệ, với những khả năng phân tích và tổng hợp, một cơ chế kiến thức tách biệt và vượt ra ngoài những kinh nghiệm của các giác quan, ta mới có sự hiểu biết về một thế giới thật sự bao la, vô biên hàm chứa nhiều ý nghĩa cho cuộc sống. Như thế,

khả năng nhận thức (tinh thần) của ta mới là vấn đề chính yếu, nó giúp ta lý giải và từ đó có thể sở hữu một kiến thức sâu rộng hơn về cái thế giới chỉ được biết qua kinh nghiệm của các giác quan thuộc về thể xác.

Mặc dù những quan điểm như trên vẫn được bàn cãi liên tục qua nhiều thời kỳ, cho tới nay vẫn chưa có lý thuyết nào có thể giải thích rõ ràng mọi vấn đề về bản chất của hai đời sống thể chất và tâm lý để thuyết phục được lòng tin của mọi người.

Riêng trong lãnh vực tâm lý học, đa số các lý thuyết gia ngày nay dù không khẳng định tính chất biệt lập của hai lãnh vực *tâm lý* và *thể chất* như lý luận của các triết gia lý thuyết nhị nguyên, nhưng vẫn xem đó như là hai khía cạnh thiết yếu của một thực thể, cùng chung sống và cùng tồn tại, giống như hai mặt của một đồng tiền, luôn luôn gắn bó và không thể tách rời. Cả hai đều hiện diện đồng thời, đồng lúc như hình với bóng trong một con người, và đóng vai trò quan trọng ngang nhau, ảnh hưởng và tác động lên nhau trong một tiến trình phức hợp và tinh tế. Theo đó, mọi hiện tượng tâm bệnh ít nhiều đều có nguyên nhân xuất phát từ những điều kiện đặc biệt và phức tạp của cả hai mặt tâm lý và thể chất của cá nhân ấy trong bối cảnh của môi trường sống mà cá nhân đang trải qua.

Cho đến nay đã có rất nhiều lý thuyết khác nhau bàn về nguyên nhân của bệnh tâm thần, kèm theo các liệu pháp chữa trị, tuy nhiên mỗi lý thuyết đều chú tâm nhấn mạnh tới những khía cạnh mà tác giả cho là quan trọng và thường bỏ qua những khía cạnh cũng rất đáng quan tâm khác. Không bàn đến những quan điểm không hoàn toàn có tính sáng tạo và không khác nhau mấy về tính chất và nội dung, ta có thể tổng gộp các quan điểm về tâm bệnh để xếp chúng thành những trường phái tiêu biểu sau đây:

- Quan điểm tâm lý sinh động
- Quan điểm hành vi
- Quan điểm nhận thức
- Quan điểm hiện sinh/nhân văn
- Quan điểm xã hội văn hóa
- Quan điểm sinh học

QUAN ĐIỂM TÂM LÝ SINH ĐỘNG

The psychodynamic perspective

Tâm lý sinh động bắt nguồn từ lý thuyết *phân tâm học* (psychoanalysis) của bác sĩ **Sigmund Freud** (1858- 1939) kể từ đầu thế kỷ 20 [1]. Tâm lý sinh động là quan điểm tin rằng mọi hành vi của cá nhân, bình thường hay bất thường, đều bị tác động và thúc đẩy bởi những *lực tâm lý* (psychological forces) tiềm ẩn bên trong cá nhân ấy ở những mức độ khác nhau tùy theo từng trường hợp. Những động lực tâm lý vô thức này tương tác với nhau (xung khắc, tranh chấp, hạn chế, đè nén, bù trừ, bổ túc, phối hợp, v. v...) trong một tình huống được mô tả là liên tục và rất *sinh động* (dynamic) để kết quả là làm phát sinh những ý tưởng, cảm nghĩ, và hành vi của cá nhân ấy.

Lý thuyết tâm lý sinh động cho rằng những hành vi hay triệu chứng bất thường, bệnh là hậu quả của một quá trình xung khắc và tranh chấp giữa các động lực tâm lý. Và sự xuất hiện của những hành vi hay triệu chứng bất thường này cũng có mục đích tâm lý của chúng là cố gắng (vô thức hay ý thức) để giải quyết hay làm

giảm thiểu sự tranh chấp đó. Qua ý niệm đó, Freud nói rằng sự sợ hãi (phobia) là một phản ứng tâm lý tự động và vô thức, được hình thành và phát triển để che giấu một tâm trạng đang bối rối, âu lo. Ví dụ, một số người thường có thái độ và hành vi hoặc tiêu cực, thụ động, hoặc thỏa hiệp, hòa theo việc làm của của những kẻ từng là đối thủ đang ức hiếp hành hạ mình có thể được xem là một phản ứng vô thức được hình thành với mục đích là che lấp sự lo âu, sợ hãi và cũng để có cảm giác an toàn cho bản thân mình.

Quan điểm tâm lý sinh động đầu tiên được nêu ra từ kết quả của các thử nghiệm của hai bác sĩ **Charcot** và **Breuer** ở Paris vào cuối thế kỷ thứ 19, khi họ áp dụng thuật thôi miên để tìm hiểu căn bệnh gọi là *chứng điên loạn tâm căn* (Hysteria), một loại bệnh gây ra cảm giác đau đớn trong cơ thể đến độ bệnh nhân phải ngắt xiu nhưng không có nguyên nhân rõ ràng. Vào lúc đó, tiêu biểu nhất là trường hợp của cô Anna O, một người đang bị các chứng bệnh tê liệt đôi chân và cánh tay phải, bị điếc và bị chứng rối loạn trong phát ngôn. Bleuer đã dùng thuật thôi miên để đặt cô Anna O vào tình trạng hôn mê và sau đó dùng những gợi ý để cố gắng làm mất đi những triệu chứng bệnh. Tuy nhiên, trong lúc hôn mê cô đã kể lại những biến cố đầy đau thương mà cô đã kinh qua trong tuổi trẻ với tất cả sự xúc động. Nhờ nói ra hết những ẩn ức này mà cô cảm thấy nhẹ nhõm và căn bệnh từ đó được thuyên giảm. Theo kết quả đó, Bleuer đặt tên cho kỹ thuật chữa trị này là **liệu pháp tẩy xả** (cathartic method) dựa theo từ ngữ *katharsis* của người Hy Lạp (theo điển tích Hy Lạp, katharsis là trạng thái ăn năn, sám hối của những hồn ma đã có nhiều tội lỗi trên trần thế).

Về sau, Freud đã tiếp tục nghiên cứu và tìm hiểu thêm các trường hợp của những triệu chứng bệnh điên loạn tâm căn. Trong cuốn sách nhan đề “Studies on Hysteria”, Freud cũng có

quan điểm rằng căn bệnh này là do hậu quả của sự tích lũy những cảm xúc đã bị đè nén quá lâu và những tranh chấp tâm lý có cội nguồn từ những ẩn ức thuộc về **dục tính** (sexual) vượt ra ngoài ý thức nhận biết của người bệnh. Ý kiến của Freud về bản chất của dục tính đã gây nhiều kinh ngạc và tranh luận sôi nổi vì vào thời đại đó không ai tin rằng đứa trẻ trước tuổi dậy thì đã có thể có những cảm giác và ẩn ức thuộc về dục tính. Freud cũng áp dụng và khai triển thêm liệu pháp tẩy xạ để giúp cho người bệnh ý thức và hiểu được những ẩn ức; hay nói cách khác, giúp người bệnh tẩy xóa được những khía cạnh tâm lý đang xung đột và tranh chấp nhau trong tiềm thức của mình. Trong nhiều năm sau, Freud đã phát triển và hệ thống hóa các kinh nghiệm của mình để hình thành môn *phân tâm học* với các phương pháp giải thích và chữa trị các hiện tượng tâm lý theo quan điểm riêng của ông ta (xem thêm chương 5 “Điều trị bệnh tâm thần”).

Những chuyên gia hợp tác với Freud trong *Hội phân tâm học thành Viên* (Vienna Psychoanalytic Society) tại Âu châu, như **Carl Gustav Jung**, **Afred Adler**, và những người thuộc các thế hệ sau như **Karen Horney**, **Harry Stack Sullivan**, **Melanie Klein**, **Ronald Fairbain** và **Margaret Mahler** mặc dù đã có những ý kiến khác biệt để đóng góp thêm cho liệu pháp phân tâm học của Freud, nhưng tựu trung họ vẫn có chung một lập trường trong cách giải thích các hiện tượng tâm lý theo quan điểm của trường phái tâm lý sinh động. Dưới đây ta sẽ tìm hiểu sơ lược một số quan điểm của các chuyên gia nổi bật trong nhóm này.

QUAN ĐIỂM CỦA FREUD

Freud quan niệm rằng *nhân cách* (personality) (bao gồm những đặc tính cá nhân, hay là *cá tính* (traits) nói chung) được hình thành và phát triển xuyên qua những quá trình xung khắc và tranh chấp nhau của các lực nổi lên từ bên trong đời sống tâm lý. Ông cho rằng có ba lực thúc đẩy chính yếu trong sự sống: lực thứ nhất bao gồm các nhu cầu thuộc về bản năng (instinctual needs), lực thứ hai thuộc về lãnh vực sinh hoạt trí tuệ (rational thinking), và lực thứ ba là những chuẩn mực đạo đức (moral standards). Tất cả các lực trên tương tác nhau để tạo ra một hiện trường tâm lý sinh hoạt sôi động trong nội tâm; chúng luôn thúc đẩy, tranh giành, gây ảnh hưởng, và tác động lên nhau để tạo ra những khuôn mẫu, hoặc bình thường hoặc bất thường, trong cách ứng xử, cảm nhận, và suy nghĩ của cá nhân, và rốt cuộc chúng hình thành một khuôn mẫu nhân cách hầu như cố định cho cá nhân ấy. Freud mô tả các lực này dưới ba cấu trúc, được gọi là *Dị ngã* (the Id) (còn gọi là Cái đó), *Thực ngã* (the Ego) (Cái tôi), và *Siêu ngã* (the Superego) (Siêu tôi), và giải thích chúng như sau:

Dị ngã

Cấu trúc này thuộc về lãnh vực tâm lý hoàn toàn vô thức, nghĩa là không được điều khiển bởi các chức năng lý trí. Nó bao gồm các nhu cầu thuộc về *bản năng* (instincts) (như bản năng sống, ăn uống, ngủ ngáy, truyền giống...) các *xung động* (impulses) (như những mơ ước, ham muốn, tính bốc đồng...), và các *thôi thúc* (drives) (như những khuynh hướng, động cơ tinh thần...). Theo Freud, sinh hoạt của Dị ngã tuân theo *nguyên tắc khoái cảm* (pleasure principle), tức là luôn tìm kiếm mọi cảm giác dễ chịu, thích thú nhưng lại tránh né những gì gây ra khó chịu, đau đớn. Khuynh hướng của

Dị ngã là làm sao thái ra hay làm với bớt những ức chế, căng thẳng, đòi hỏi và thôi thúc trong nội tâm. Dị ngã hoạt động theo hai cách, *trực tiếp* và *gián tiếp*. Phương cách trực tiếp được thể hiện bằng những hoạt động tức thời có tính *phản xạ* (reflex). Chẳng hạn, tìm kiếm nước để uống khi khát nước là một hành vi có tính phản xạ. Khi đòi hỏi này không thể thỏa mãn được bằng phương cách trực tiếp thì phương cách gián tiếp được sử dụng. Hành động gián tiếp biểu hiện bằng những sự *tưởng tượng* hay *nhớ lại* để có cảm giác được thỏa mãn bù trừ. Chẳng hạn, khi bị giam đói lâu ngày, người ta thường nhớ lại hoặc tưởng tượng ra những món ăn ngon để với bớt sự thèm khát. Freud gọi phương cách gián tiếp này là *tiến trình tư tưởng sơ đẳng* (primary process thinking).

Nhưng Freud nhấn mạnh rằng những cảm xúc thuộc về *dục tính* mới là xu hướng trọng tâm so với các xu hướng khác tiềm ẩn trong cấu trúc Dị ngã. Dục tính, theo Freud, là nguồn năng lượng vô biên, bao gồm các nhu cầu mong muốn được thỏa mãn của cả hai mặt thể chất và tinh thần, như các nhu cầu ăn ngủ, các nhu cầu bài tiết, nhu cầu ân ái, làm tình, thù hận, các mơ ước, tham vọng, tình yêu thương, tính hiếu chiến, tranh đua, ước muốn gây hấn, ức hiếp, lạm dụng, v.v... Freud đặt tên cho nguồn năng lượng dục tính này là *nguồn dục năng* (libido). Nói tóm lại, Dị ngã là cấu trúc chứa đựng các động lực tâm lý vô thức và mù quáng, không cần lý lẽ và suy luận, không có lương tri, đạo đức, nhưng nó rất bốc bột, đòi hỏi, van nài, ích kỷ, không khoan nhượng, không biết chia sẻ và cảm thông.

Thực ngã

Lãnh vực tâm lý này có khuynh hướng hoạt động theo *nguyên tắc thực tế* (reality principles), tức là hành động của nó mặc dù cũng có ý muốn làm sao thỏa mãn những nhu cầu của bản năng,

nhưng nhờ nó có khả năng nhận thức và phán đoán, lý luận theo những kinh nghiệm thực tiễn với cuộc sống bên ngoài xã hội, nên nó phải chần chờ, tìm cách sao để biến những nhu cầu đòi hỏi của Dị ngã trở thành thích hợp, đúng nơi đúng lúc với những điều kiện của thực tế bên ngoài. Nói cách khác, Thực ngã là bộ phận có chức năng hướng dẫn khi nào thì cá nhân nên hoặc không nên, hoặc cần hoãn lại những hành động đang đòi hỏi và thúc giục của Dị ngã. Có thể tạm so sánh chức năng của Thực ngã như là người lái thuyền, và Dị ngã là chiếc thuyền đang chứa đầy những ham muốn thôi thúc của bản năng đang trôi dạt trên dòng nước lũ. Chẳng hạn, Dị ngã đột nhiên nổi lên lòng tham là muốn biến thủ một số tiền của công quỹ, nhưng Thực ngã lý luận rằng làm như thế thì sớm muộn sẽ có nguy cơ bị phát hiện nên cố dè nén lại, không cho lòng tham của Dị ngã xuất hiện trong ý thức.

Freud gọi phương thức hoạt động của Thực ngã là *tiến trình tư tưởng nhị đẳng* (secondary process thinking). Theo đó, cấu trúc Thực ngã biểu hiện lãnh vực phát triển các khả năng nhận thức của trí tuệ, biết phân biệt giữa các nhu cầu thiết thực với sự tham muốn, biết tự kiểm chế các trạng thái căng thẳng, biết suy nghĩ và lý giải vấn đề một cách phức tạp và khúc triết hơn, và trên hết là biết rõ hành vi nào sẽ phù hợp hay không phù hợp với những quy luật và ước định của xã hội bên ngoài. Thực ngã giúp cho cá nhân biết suy nghĩ về những gì cần phải dè nén, trì hoãn lại để có thể thực hiện tốt hơn trong tương lai về sau. Như thế, sinh hoạt của lãnh vực Thực ngã rõ ràng khác với tính chất mù quáng, bốc đồng, ích kỷ và thiếu thực tế của Dị ngã.

Freud cho rằng đặc điểm nổi bật nhất của Thực ngã là nó thường có khả năng tạo ra những *cơ chế tự vệ* (Defense mechanisms). Cơ chế này được tạo ra với mục đích là để điều hòa, tránh né, dè nén,

giảm thiểu, hay hóa giải những vấn đề đang tranh chấp trong nội tâm làm gây ra những cảm giác lo lắng, sợ hãi hay buồn bực cho cá nhân. Ví dụ, thông thường để khỏi cảm thấy khó chịu, ray rứt về một hành động xấu mà mình đã làm ra, cá nhân thường tìm những lý lẽ để biện hộ và giải thích sao cho có thể hợp lý hóa hành động xấu đó (chi tiết sẽ được đề cập ở phần sau).

Siêu ngã

Đây là tầng cấu trúc thứ ba của cá tính. Siêu ngã là một phần cao hơn cả thực ngã, được xem là phần *lương tri* (conscience) của cá nhân. Lãnh vực của Thực ngã chỉ giới hạn trong việc nhận thức được thực tại của tình hình để biết cách hạn chế, trì hoãn, hay hủy bỏ ý định thỏa mãn một nhu cầu nào đó của Dị ngã, nhưng nó không làm nhiệm vụ phân biệt đúng sai, không quan tâm nhiều đến vấn đề tốt xấu của hành vi. Chính Siêu ngã mới đóng vai trò làm ông quan tòa lương tâm để phán xét mọi hành vi của cá nhân. Chức năng của Siêu ngã là *biết phân biệt cái đúng và cái sai trong các hành động, biết hành vi nào là phù hợp và hành vi nào là ngược lại với yêu cầu của lương tri và những tiêu chuẩn giá trị của cá nhân và xã hội*. Siêu ngã là lãnh vực tâm lý tạo ra *cái tôi lý tưởng* (ego ideal) cho cá nhân (từ *ego* trong trường hợp này nên hiểu theo nghĩa thông thường là *cái tôi* (self) để phân biệt với từ *the Ego* (thực ngã) được sử dụng trong lý thuyết của Freud). Bất cứ ai cũng có cái tôi lý tưởng cho mình. Cái tôi lý tưởng là toàn bộ những tiêu chuẩn giá trị tiêu biểu mà một cá nhân tôn trọng và muốn lấy đó làm mục tiêu cho cuộc sống. Siêu ngã được hình thành từ những kết quả giáo dục của gia đình và xã hội. Từ tấm bé, đứa trẻ thấu nhận và học hỏi những tiêu chuẩn giá trị trong cách hành xử của cha mẹ và những người chung quanh để rồi cuộc hình thành

trong mình cái phần lương tri riêng, tức là cái cấu trúc Siêu ngã của mình về sau. Tuy vậy, sinh hoạt của Siêu ngã cũng có đặc tính uyển chuyển của nó, mặc dù khuynh hướng của nó là luôn luôn mong muốn có sự hoàn hảo. Chẳng hạn, người ta thường tha thứ cho chính mình hay cho người khác những hành động sai trái chỉ vì lỡ lầm hay vì bị bó buộc.

Nói tóm lại, Freud nói rằng *Dị ngã, Thực ngã, và Siêu ngã là ba tầng tâm lý cấu thành một khuôn mẫu nhân cách cho cá nhân*. Lãnh vực Dị ngã sinh hoạt theo một tiến trình tâm lý vô thức, không có sự kiểm soát của lý luận, hoạt động theo nguyên tắc tìm kiếm sự thỏa mãn cho những nhu cầu thôi thúc ích kỷ của cơ thể. Trong khi đó, sinh hoạt của lãnh vực Thực ngã thể hiện một bước cao hơn về ý thức vì nó có sự can thiệp của trí tuệ và lý luận, và luôn luôn lấy thực tế của tình hình để cân nhắc cho hành động. Và Siêu ngã là lãnh vực sinh hoạt tâm lý ở cấp cao hơn hết về khả năng nhận xét, lý luận, và phê phán của trí tuệ, cùng với sự can thiệp của lương tri cá nhân. Có thể nói Dị ngã là lãnh vực tâm lý tự nhiên của riêng bản thân, trong khi đó Thực ngã và Siêu ngã là hai lãnh vực tâm lý được bản thân hình thành và phát triển qua tiến trình được tôi luyện và uốn nắn của xã hội và văn hóa.

Vô thức, Ý thức và Tiềm thức

Freud cho rằng tất cả các lực tâm lý thuộc ba cấu trúc dị ngã, thực ngã và siêu ngã luôn luôn sinh hoạt dưới ba tầng mức, *tầm vô thức* (the unconscious), *tầm ý thức* (the conscious) và *tầm tiềm thức* (the preconscious).

Vô thức là khu vực tâm lý quan trọng vì nó chiếm một vị trí to lớn trong đời sống tâm lý của cá nhân. Nó là khu đồn trú của các lực tâm lý thuộc cấu trúc dị ngã; hay nói khác, nó là nơi trú ẩn của

các nguồn năng lượng có sức thúc đẩy, duy trì, và phát triển sự sống của cá nhân; nói khác nữa, nó là nơi nung nấu của mọi nhu cầu thuộc về bản năng và các động lực tâm lý.

Freud sử dụng ý niệm *vô thức* với gợi ý rằng có rất nhiều khía cạnh sinh hoạt của tâm lý vượt ra ngoài sự quan sát hay nhận biết của cá nhân. Hay nói khác, phần lớn những sinh hoạt và hành vi ứng xử hằng ngày của cá nhân đều bị chi phối bởi các lực vô thức. Có thể nói, mọi động tác trong ngày như đi đứng, ăn ngủ, lái xe, làm việc, giao tiếp, vui chơi... phần lớn đều nhờ vào những động tác có tính phản xạ chứ không chủ yếu do sự nhận biết của ý thức. Sinh hoạt của phần vô thức hầu như thể hiện và đồng thời trải rộng ở khắp mọi nơi. Có thể thấy rất rõ tính chất vô thức này trong các sinh hoạt hằng ngày của trẻ nhỏ, trong những lãnh vực của sự mơ ước, mộng mị và trí tưởng tượng của mọi người, trong những chuyện vui đùa, tiểu lâm của người đời, trong những cơn bức xúc hoặc rối loạn tinh thần vô cớ, trong những câu nói bị lỡ lời, hay trong những hành vi vô ý... Tầm quan trọng của tiến trình sinh hoạt vô thức trong các trường hợp thôi miên cũng đã được Freud nghiên cứu và phát hiện. Qua thôi miên trị liệu, người bệnh có thể nhớ lại những ký ức và những mơ ước đã bị chôn vùi và quên lãng từ lâu trong tâm trí của họ.

Theo Freud, so với phần tâm lý vô thức bao la, ý thức chỉ là một phần nhỏ của đời sống tâm lý. Có thể so sánh khu vực vô thức như một căn phòng rộng và tối tăm, và khu vực ý thức chỉ là một vùng sáng của cây đèn pin rọi vào. Khu vực ý thức là vùng sinh hoạt của thực ngã và siêu ngã, hay nói khác là khu vực của sự nhận thức, cảm nhận, tư duy, lý luận và phán xét... Sinh hoạt ý thức của cá nhân hầu như lệ thuộc nhiều vào cuộc sống thực tại, vào những điều kiện và hoàn cảnh của xã hội và nền văn hóa mà trong đó cá nhân ấy đang sống.

Tiềm thức là khu vực bao gồm những ý tưởng, kinh nghiệm và tình cảm mà trong hiện tại tạm thời ta không nhận biết hay chú ý đến, tuy nhiên, chúng sẽ sẵn sàng xuất hiện trong ý thức khi ta cố ý gọi lại. Tiềm thức có thể xem là khu vực tồn trữ của ký ức.

Tóm lại, Freud tin rằng Dự ngã, Thực ngã, và Siêu ngã là ba cấu trúc tâm lý tạo nên cá tính cho một người, và sinh hoạt tâm lý hằng ngày trong đời sống của con người luôn luôn tiến hành dưới ba tầm mức Vô thức, Ý thức và Tiềm thức.

Dự ngã, thực ngã, và siêu ngã luôn luôn có sự xung đột và tranh chấp với nhau cho nên những hành động, suy nghĩ, và cảm nhận của chúng ta cũng thường bị rơi vào những trường hợp rối loạn và mâu thuẫn với nhau. Như thế, có thể nói rằng ***một cá tính lành mạnh phải được hiểu như là một sự hài hòa của ba tầng cấu trúc***; hay nói khác hơn, đó là một tương quan hoạt động mang tính chất bền vững, nhịp nhàng, và hiệu quả của các lực tâm lý. Ngược lại, sự tranh chấp cực kỳ gay gắt của cả ba cấu trúc tâm lý, nếu có, sẽ gây ra cho cá nhân những triệu chứng hay hành vi bất thường và bệnh. Tâm lý sinh động cho rằng những hành vi lạ lùng, bốc đồng, hay nguy hiểm như tự tử, sự cuồng nộ, sự si mê, tính ác độc, gây hấn và ức hiếp v. v... thường xuất phát từ những cá tính mà trong đó chức năng của thực ngã và siêu ngã tỏ ra quá yếu kém, dễ bị dự ngã đánh bại, nghĩa là thực ngã và siêu ngã không có khả năng kiểm soát và điều hành được những nhu cầu và xung động mạnh mẽ nổi lên từ những ham muốn, sân hận của dự ngã. Các chuyên viên tâm lý sinh động gọi trường hợp này bằng cụm từ ***cái tôi thất bại*** (ego failure).

Cơ chế tự vệ

Cơ chế tự vệ là một phản ứng tâm lý vô thức được cấu trúc thực ngã hình thành và phát triển để đối phó với những nhu cầu đang bức thiết thôi thúc và tranh chấp nhau trong tiềm thức. Nói khác hơn, cơ chế tự vệ là một nỗ lực tâm lý vô thức thường được sử dụng như phương cách để cứu bản thân thoát khỏi một tâm trạng đang bị hoang mang bối rối, âu lo, sợ hãi... Thực ngã là cấu trúc tâm lý có chức năng hòa giải và trung gian. Nếu nó buông xuôi cho những đòi hỏi của dị ngã, nó sẽ bị siêu ngã trừng phạt bằng cách làm cho cá nhân cảm thấy tội lỗi. Nếu nó không chịu chiều theo những đòi hỏi của dị ngã thì cá nhân lại luôn luôn bị một sức thôi thúc, kêu đòi mãnh liệt từ bên trong; do đó, thực ngã thường có khuynh hướng cố tìm ra một phương thức giải quyết nào đó, như là một lối thoát tâm lý, để cá nhân tự cảm thấy được yên tâm, an toàn hay thỏa mãn.

Theo Freud, thực ngã có khả năng hình thành những phương thức để làm dịu bớt sức dồn nén và trấn áp của các nhu cầu của dị ngã, và ông đặt tên cho những phương thức này là các *cơ chế thực ngã tự vệ* (ego defense mechanisms), thường được gọi tắt là *cơ chế tự vệ*. Cơ chế tự vệ là một phản ứng tâm lý vô thức và tiềm ẩn, vì thế muốn biết được nó, thông thường ta chỉ có thể quan sát những thái độ, cử chỉ, hành động và cách ứng xử bên ngoài của cá nhân để biết được nó mà thôi [3].

Một số lý thuyết gia tâm lý sinh động về sau đã tiếp tục khai triển ý niệm cơ chế tự vệ để có những hiểu biết sâu rộng hơn. Họ tìm thấy rằng ngoài hiện tượng đè nén (repression) mà Freud thường đề cập đến, cấu trúc thực ngã còn phát triển nhiều hình thức cơ chế tự vệ khác nữa để chống lại tình trạng căng thẳng tinh thần đối với những tranh chấp trong đời sống nội tâm. Tuy nhiên

cần hiểu rằng nếu cơ chế tự vệ luôn luôn được sử dụng một cách quá cứng nhắc, không có sự uyển chuyển thì cũng sẽ đưa đến tình trạng không thăng bằng hay bệnh hoạn cho sinh hoạt tâm lý của cá nhân. Lý thuyết tâm lý sinh động liệt kê một số cơ chế tự vệ đặc trưng như sau:

Đè nén (repression): Hiện tượng tâm lý này được phân tâm học xem là rất phổ thông và chính yếu của cơ chế tự vệ; do đó, hầu như các cơ chế tự vệ khác đều có cội nguồn liên quan đến hiện tượng này. Đè nén có nghĩa là chặn lại, không cho những ý tưởng đau đớn nổi lên trong ý thức để khỏi cảm thấy lo sợ hay đau khổ. Ví dụ, một cá nhân có ý tưởng muốn giết một kẻ tình địch của mình, nhưng vì tâm tư quá lo âu, bối rối, sợ bị trừng trị nên anh ta cố đè nén, lảng tránh và nhận chìm ý tưởng đó xuống sâu trong tâm khảm, không cho ý tưởng đó hiện ra trong tư tưởng của mình.

Chối bỏ (denial): Đây là một phản ứng tự vệ rất phổ thông của tâm lý. Cá nhân thường chối bỏ hoặc không tin những sự thật nào làm mình bối rối, đau khổ, hay lo âu. Chẳng hạn, cá nhân nhận một hung tin về cái chết của một người thân, nhưng vì quá kinh ngạc và đau đớn nên không muốn tin ngay, vội vàng từ chối đó là tin có thật.

Mơ tưởng (fantasy): Khi không thể thực hiện bằng hành động để thỏa mãn những nhu cầu tham muốn và ước ao của mình, cá nhân thường tìm cách bù đắp lại bằng sự mơ tưởng (hình ảnh, tưởng tượng, nhớ lại...) để có cảm giác thỏa mãn. Ví dụ, vì một lý do nào đó không được toại nguyện trong tình yêu với người bạn gái, anh chàng thường dùng sự mơ màng, tưởng tượng, trí óc thường gọi lại những kỷ niệm âu yếm xưa cũ để bù trừ những ao ước chưa đạt được.

Phóng chiếu (projection): Hiện tượng tâm lý này xảy ra khi cá nhân gán cho đối tượng của mình là người có những ý nghĩ, ước

muốn hay hành động (thường là xấu) mà chính mình đang có, để cảm thấy thoải mái, không bị những cảm giác lo âu hay tội lỗi giày vò. Hiện tượng này tương tự như kiểu “đổ lỗi”, hay “vấy tội” cho người khác. Ví dụ, cá nhân là người hung hăng, hiếu chiến, chuyên vi phạm quyền lợi của đối thủ, nhưng anh ta không chịu chấp nhận sự thật đó, mà lại gán cho đối thủ của mình mới là người có những hành vi như vậy.

Hợp lý hóa (rationalization): Cơ chế tự vệ này là một lối biện bạch, một cách giải thích sao cho hợp lý về những hành vi sai trái hoặc xấu xa của mình để làm cho mình cảm thấy yên tâm, và đồng thời cũng để cho xã hội bên ngoài có thể chấp nhận những hành vi đó. Chẳng hạn, một thí sinh bị đánh rớt trong một kỳ thi cho rằng việc thi hỏng của cậu ta là do nhiều yếu tố khách quan kết hợp chứ không phải vì sức học yếu kém của mình. Hành vi biện bạch của cá nhân này thể hiện một tâm trạng bối rối và lo sợ trước vấn đề thi cử, đồng thời cũng pha trộn với sự thiếu tin tưởng vào khả năng của bản thân.

Phản ứng thành lập (reaction formation): Hiện tượng này biểu hiện khi cá nhân làm một việc hoàn toàn trái ngược với những ý tưởng và tình cảm thật đang che giấu trong tâm tư mình. Nó gần tương tự như một hành vi “đạo đức giả”. Phản ứng thành lập thường xảy ra cho những cá nhân có cá tính ưa thành kiến và thù nghịch cao độ nhưng luôn luôn cố tình che giấu. Chẳng hạn, một cá nhân thường rất có thành kiến với những người có niềm tin tôn giáo hay quan điểm chính trị khác với mình, nhưng bên ngoài luôn luôn có những lời nói hay hành động như thể chứng tỏ mình là kẻ rất quan tâm và tán trợ mọi sự tự do về tư tưởng.

Dời chỗ (displacement): Đây là hiện tượng “giận cá chém thớt”, có nghĩa là cá nhân muốn đem nhu cầu cảm xúc đang có của mình

(sự tức giận, tình thương...) đối với một đối tượng sang qua cho một đối tượng khác để cảm thấy tinh thần bớt bị căng thẳng. Ví dụ, trong cơn tức giận vì có chuyện cãi vã tại sở làm, người đàn ông vừa về đến nhà là đã bắt đầu tìm cố la vợ mắng con để hả cơn giận đang có trong lòng.

Thôi làm (undoing): Hiện tượng tâm lý này có thể so sánh như một hành động ăn năn, hối lỗi, muốn cải sửa, không tiếp tục có những ý tưởng, ước muốn, hành vi sai trái như trước nữa. Chẳng hạn, một cá nhân thường lái xe bất cẩn và vô luật lệ để rồi cuộc bị xảy ra tai nạn làm chết người. Kể từ sau vụ tai nạn, cá nhân thay đổi hẳn tánh tình, trở thành người lái xe quá cẩn thận đến mức vụng về và chậm chạp.

Lý trí hóa (intellectualization): Đây là hình thức dùng lý lẽ thuần túy để giải thích một sự kiện mà cố tránh không đề cập tới nguyên nhân cốt lõi của sự kiện là do chính những cảm xúc chủ quan của mình. Chẳng hạn, một quân nhân trong lúc say máu đã bắn giết hàng loạt người vô tội, nhưng anh ta không nhìn nhận hành động đó là do chính cảm xúc quá đáng của mình, mà lại cố tìm mọi lý lẽ hợp lý giải thích để tự cảm thấy rằng anh ta cũng chỉ hành động một cách khách quan trước một tình hình bó buộc mà ai rồi cũng không thể làm gì khác hơn.

Lùi lại (regression): Hiện tượng tâm lý này là sự trở về cung cách cư xử của thời kỳ trẻ thơ để tránh những tranh chấp trong nội tâm làm cá nhân phải bối rối, lo lắng, nuối tiếc... Hiện tượng này thường xảy ra trên nhiều khía cạnh. Ví dụ, một số người lớn thường có những lúc muốn có lại những niềm vui ngây thơ, đơn giản (ví dụ chơi lại các trò chơi của tuổi ấu thơ) để tạo cho mình cảm giác hồn nhiên và thư thái, không bị nặng nề với những trách nhiệm đang có trong thực tại. Ngoài ra, trong những tình huống

khủng hoảng; chẳng hạn đang phải đương đầu với một sự cố khó khăn, một tai nạn hay một cơn bệnh, để giảm thiểu tâm trạng lo sợ và bối rối, cá nhân thường có khuynh hướng hành động và ứng xử có tính cách ngây ngô như con trẻ và lệ thuộc vào người khác. Tâm lý sinh động cho rằng hiện tượng tâm lý lùi lại cũng có thể được nguy trang dưới những hình thức khác. Chẳng hạn, đứa bé 7 tuổi đã hết đái dầm từ lâu, nay đột nhiên đái dầm trở lại, tình trạng này có thể là trong lòng nó đang có sự buồn phiền, ganh tị với sự có mặt của đứa em mới sinh ra trong gia đình. Hoặc một cô bé 16 tuổi bị chứng chán ăn có thể là vì tâm trạng đang quá sức bối rối, khủng hoảng, muốn quay lại với thời kỳ khi cơ thể chưa có những đòi hỏi nồn nao của dực thể đang trong thời kỳ phát triển quá nhanh của tuổi dậy thì.

Đồng hóa (identification): Hiện tượng này trái ngược với hiện tượng phóng chiếu. Hiện tượng đồng hóa là khuynh hướng thừa nhận và thỏa hiệp với những giá trị của đối phương, hay nói khác là hòa theo những ý nghĩ và việc làm của đối phương, người mà mình đã từng thù nghịch vì chính người đó đang gây ra sự bối rối, lo sợ, đau khổ cho mình. Ví dụ, trong những trại tù, có một số những người tù bắt chước rập khuôn thái độ và hành vi khắc khe, độc đoán của các cai tù để đối xử với các bạn tù của mình. Hiện tượng đồng hóa này, ngoài những mục đích mưu cầu lợi ích riêng tư, về mặt tâm lý còn giúp cho họ có cảm giác bớt lo âu, sợ hãi. Hiện tượng đồng hóa thường xảy ra ở những cá nhân có cá tánh thường dao động, yếu đuối, dễ bị thuyết phục hay bị bắt nạt.

Bù trừ quá đáng (overcompensation): Đây là hiện tượng tương tự như “thùng rỗng kêu to”. Cá nhân thường làm những điều quá đáng để che lấp sự yếu kém hay thiếu hụt của mình về một phương diện nào đó. Chẳng hạn, một cá nhân không giỏi về chuyên môn

nhưng lại được nâng lên làm giám đốc một công ty. Để che giấu sự yếu kém chuyên môn của mình, ông ta quay sang chú tâm một cách tỉ mỉ và quá đáng vào những việc làm khác không hoàn toàn thiết thực cho công ty; ví dụ, áp dụng kỷ luật rất gắt gao vào những vấn đề nhỏ nhất đối với nhân viên. Hành động này làm ông ta có cảm giác mình vẫn là người quan trọng, có khả năng và rất cần thiết cho sự phát triển của công ty.

Thăng hoa (sublimation): Đây là cơ chế tự vệ thể hiện tính chất tiến bộ và trưởng thành của cá nhân nói riêng, và cũng là thể hiện những giá trị tinh thần cao cả của con người nói chung. Freud cho rằng hiện tượng thăng hoa cũng có cội nguồn từ những khát vọng của bản năng, nhưng hình thức biểu hiện của nó có tầm mức cao hơn, một hướng khác với các nhu cầu thuộc về bản năng. Hình thức biểu hiện của hiện tượng thăng hoa luôn luôn có sự can thiệp của cấu trúc siêu ngã, tức là phần lương tri của bản thân. Chẳng hạn, tình yêu là một hiện tượng thăng hoa vì ngoài những cảm xúc và đam mê thuần túy nhục dục, nó còn biểu hiện những yếu tố cao đẹp của tinh thần, như những ao ước được cảm thông, chia sẻ, che chở, hy sinh, và dâng hiến...

Thăng hoa là một yếu tố tâm lý hướng về lý tưởng, những giá trị mà con người cho là tốt đẹp nhất. Có thể nói nó là một trong những yếu tố rất cần thiết để tạo nên nền văn minh và văn hóa cho nhân loại. Rất nhiều ví dụ điển hình cho hiện tượng thăng hoa có thể thấy trong xã hội. Chẳng hạn, một nhà tu hy sinh mọi ham muốn và thời giờ của mình để phục vụ và cứu giúp cho những người hoạn nạn, hay một nhà ái quốc liêu mình để đấu tranh cho tiến đồ tươi sáng của dân tộc. Ngay cả những người bình thường khác, như các khoa học gia những lực sĩ, văn nghệ sĩ... cũng là những cá nhân biết chuyển sức sống sôi động của mình vào

những hướng đi nhằm phát triển và nâng cao những khát vọng và khuynh hướng chung của con người trên con đường đi đến tính chân- thiện- mỹ cho cuộc sống của nhân loại.

Các giai đoạn phát triển nhân cách

Các chuyên gia tâm lý đều đồng ý rằng *nhân cách* của một người (bao gồm mọi tính chất và đặc điểm về hành vi, tánh tình, cảm xúc, ý nghĩ của một cá nhân) được phát triển và hình thành xuyên qua chuỗi thời gian liên tục, từ tuổi ấu thơ cho đến tuổi vị thành niên, rồi đến thành niên. Tuy nhiên, quan niệm nhân cách của một cá nhân phát triển như thế nào thì lại là vấn đề thường xuyên gây ra nhiều tranh cãi [4]. Thật ra, từ trước khi bộ môn tâm lý học được chính thức mang ra giảng dạy trong các học đường, đã có một số nhà tư tưởng và văn thi sĩ cũng bàn đến vấn đề này, mặc dù lối trình bày không hoàn toàn có hệ thống và không mang tính học thuyết. Chẳng hạn, **Shakespeare**, thi hào Anh, cách đây mấy trăm năm cũng đã từng đề cập đến những đặc điểm phát triển nhân cách của một người trong các thi phẩm của ông.

Đến đầu thế kỷ 20, **Sigmund Freud** là người đầu tiên đưa ra lý thuyết về các giai đoạn phát triển của nhân cách. Sau đó, vào những thập niên 50 và 60 mới có hai lý thuyết khác của **Piaget** và **Erikson** ra đời. Lý thuyết phát triển và hình thành nhân cách của Piaget đặt cơ sở trên các giai đoạn tiến triển về trí tuệ (khả năng nhận thức) (cognitive ability) của cá nhân, và Erikson thì lại đặt trọng tâm vào sự tiến triển của các cá tính trên các mặt tâm lý xã hội (psychosocial development). (Nội dung của cả hai lý thuyết này sẽ được đề cập trong một đề tài khác).

Nhìn chung, các lý thuyết về phát triển các đặc tính riêng cho mỗi con người đều có một số điểm tương đồng. Thứ nhất, một số

bẩm chất của mỗi người khi mới còn là đứa trẻ là vấn đề đã được đặt định (determinism), nghĩa là đã có sẵn từ lúc sinh ra. Thứ hai, vai trò của người nuôi dưỡng luôn luôn có tác động to lớn đến sự phát triển các cá tính của đứa trẻ. Thứ ba, các giai đoạn phát triển nối tiếp nhau liên tục, và mỗi giai đoạn đều phải có một khoảng thời gian nhất định và cần thiết để tạo điều kiện hoàn thành đầy đủ cho việc bước qua một giai đoạn phát triển khác. Thứ tư, sự tiến triển của các giai đoạn theo phương cách đi từ những thành tựu đơn giản, rồi dần dần phức tạp hơn để cuối cùng đạt tới mức trưởng thành. Nhưng, không phải giai đoạn phát triển nào cũng được hoàn thành trọn vẹn, giai đoạn kế tiếp vẫn có thể ẩn chứa những khó khăn chưa thể giải quyết được của giai đoạn trước.

Freud tin rằng mọi giai đoạn phát triển đều được thúc đẩy bởi những nhu cầu đòi hỏi phát xuất từ *nguồn dục năng* (libido). Vì lý do đó mà nhiều người cho rằng lý thuyết phát triển nhân cách của Freud là lý thuyết *phát triển tâm lý dục tính* (psychosexual development). Theo Freud, đứa trẻ vừa sinh ra là đã có sẵn những nhu cầu dục tính tự nhiên, đòi hỏi phải được kích thích để thỏa mãn, nhưng mỗi giai đoạn phát triển lại có một vị trí cảm khoái đặc thù mà ông gọi là *vùng khoái cảm* (erotogenic zone) chính yếu cần phải được thỏa mãn. Freud chia các giai đoạn phát triển ra làm 5 thời kỳ:

Thời kỳ miệng (Oral stage): Từ lúc sinh đến 1 tuổi, khoái cảm của đứa trẻ được tập trung ở vùng miệng, môi, và lưỡi. Đứa trẻ *cảm nhận* (chức năng này là bước đầu tiên của sự hình thành cấu trúc thực ngã) rằng sự bú mớm tạo ra những cảm giác kích thích, vui thú và làm cho nó thỏa mãn được sự đói khát. Nếu vì một lý do nào đó mà những nhu cầu đang đòi hỏi không được đáp ứng đầy đủ, đứa trẻ sẽ bị rơi vào tình trạng căng thẳng và hụt hẫng tinh thần,

mà Freud gọi hiện tượng này là *sự ngưng đọng năng lượng tâm lý* (fixation of psychic energy). Rồi thì giai đoạn phát triển kế tiếp vẫn cứ diễn ra, nhưng đứa trẻ có thể tiến triển với một chức năng tâm lý bị khiếm khuyết trong tương lai. Theo Freud, mọi hiện tượng ngưng đọng năng lượng tâm lý trong giai đoạn này có thể tạo ra những tập quán xấu như tật mút ngón tay, cắn móng tay, nhai đầu bút chì, hay có khuynh hướng thích hút thuốc lá, v. v...

Thời kỳ hậu môn (Anal stage): Từ 1 đến 3 tuổi, vị trí có khả năng kích thích cảm khoái của đứa trẻ chuyển qua bộ phận đại tiện. Đứa trẻ bắt đầu chú ý đến những cảm giác khoái trá này qua những động tác bài tiết như nín lại và thải phân ra xuyên qua đường hậu môn. Trong thời kỳ này, nếu có sự trục trặc nào, ví dụ kỹ thuật huấn luyện và hướng dẫn những vấn đề bài tiết gây quá nhiều căng thẳng cũng tạo ra hiện tượng tâm lý ngưng đọng cho đứa trẻ. Freud cho rằng bất cứ tình trạng ngưng đọng năng lượng tâm lý nào trong giai đoạn này cũng có thể là nguyên nhân của sự bất thường về tính khí về sau của đứa trẻ, như tánh ương ngạnh, cứng đầu, tánh ưa quá sạch sẽ hay ngược lại là thích ở bẩn, khuynh hướng thích mọi sự phải gọn gàng, hoan hảo hay khuynh hướng quá bê bối, lộn xộn trong mọi công việc, v. v...

Thời kỳ dương vật (Phallic stage): Từ 3 đến 6 tuổi là thời kỳ đứa trẻ cảm thấy thích thú khi nó tự kích thích bộ phận dương vật. Theo Freud, bé trai có khuynh hướng tự nhiên là bị hấp dẫn bởi người mẹ, như là một đối tượng khác phái, và tự trong vô thức nó lại xem người cha như là một địch thủ. Hiện tượng tâm lý này gọi là *mặc cảm Oedipus*. Ngược lại, trong giai đoạn này bé gái lại có chiều hướng bị hấp dẫn bởi người cha, và hiện tượng này được gọi là *mặc cảm Electra* (Freud đã lấy tên hai nhân vật trong 2 bi kịch của truyện thần thoại Hy Lạp để đặt tên cho những ý niệm ông muốn đưa ra.

Oedipus là người đã giết tình địch của mình để cưới mẹ mà không biết người đó chính là cha mình, và Electra là người đồng mưu trong vụ giết người mẹ của mình để trả thù cho cái chết của cha mình).

Đứa trẻ trong thời kỳ này, dù vẫn chưa đến tuổi dậy thì (puberty), bắt đầu có cảm giác dục tính tiềm tàng trong tiềm thức về sự khác phái của hai đối tượng cha và mẹ, nhưng cảm giác đó được đè nén và che giấu vì lo sợ bị sự trừng phạt của người cha hay mẹ cùng phái. Nếu hiện tượng tâm lý tranh chấp tiềm ẩn này được giải quyết trọn vẹn, có nghĩa là tiến trình nhận thức và học hỏi được phát triển đều đặn, bình thường, và hợp lý, thì đứa trẻ rất cuộc sẽ đồng dạng bản thân mình với người cha hay mẹ cùng phái. Freud tin rằng *cấu trúc siêu ngã* bắt đầu hình thành từ đây.

Thời kỳ ẩn tàng (Latency stage): Từ 6 tuổi đến ngưỡng cửa của tuổi dậy thì là thời kỳ chìm lắng hay ngủ yên của các cảm xúc dục tính của bản năng. Thêm vào đó, qua các hoạt động như chơi đùa, học hỏi, tiếp xúc và quan hệ với môi trường gia đình, trường học, và xã hội bên ngoài, đứa trẻ dần dần phát triển cao hơn chức năng của thực ngã và siêu ngã để càng ngày càng mở rộng trí hiểu biết và lương tri của nó.

Thời kỳ kiện toàn sinh dục (Genital stage): Khoảng từ 13 tuổi trở đi, chính xác hơn là bắt đầu vào tuổi dậy thì, các cảm giác dục tính xuất hiện trở lại và lần này trở nên kiện toàn. Từ đây, sự trưởng thành của khả năng dục tính không những làm cho cá nhân bắt đầu có khả năng tạo ra sự truyền giống, sinh đẻ, mà về mặt tinh thần nó còn là chất xúc tác làm phát triển đến mức toàn dụng những tình cảm và cảm xúc, như sự âu yếm, tình thương yêu, và tính chăm sóc... Cá nhân bắt đầu ao ước và có những cảm xúc thích thú với những mối quan hệ yêu thương liên quan đến những đối tượng bên ngoài phạm vi gia đình.

Nếu mọi phát triển trong các giai đoạn trước đã xảy ra bình thường thì sau giai đoạn kiện toàn sinh dục này cá nhân sẽ là một người có cá tính trưởng thành đầy đủ và bình thường (theo Freud có nghĩa là cả ba cấu trúc dị ngã, thực ngã, và siêu ngã có sự sinh hoạt nhịp nhàng, điều hòa và cân bằng trong mọi tình huống).

Lý thuyết về các giai đoạn phát triển của Freud bị phê phán là quá chú trọng vai trò của những nhu cầu thuộc về dục tính, nhưng lại không để ý đến tầm quan trọng của những yếu tố xã hội, văn hóa, và tri thức, là những yếu tố luôn luôn có khả năng can thiệp vào sự phát triển nhân cách của cá nhân. Lý thuyết của Freud cũng không đề cập đến những phát triển tiếp tục về tâm lý của những năm tháng sau thời kỳ của tuổi dậy thì.

Tuy nhiên, Freud là người đầu tiên đã mạnh dạn phân tích các hiện tượng tâm lý vô thức liên hệ đến những nhu cầu của bản năng mang tính thuần túy thú vật (biological) có sẵn trong bản chất của mỗi con người.

Qua nhiều kinh nghiệm làm việc với bệnh nhân, Freud cho biết rằng những ước muốn về nhục dục thường là nỗi ám ảnh mạnh mẽ và dai dẳng của con người. Điều này rất có lý khi thực tế cho thấy con người là một loại động vật đặc biệt có khả năng làm tình (giao cấu) bất kể lúc nào, không như nhiều loại động vật khác cần phải đợi đến mùa giao hợp mới nổi lên những ước muốn nhục dục. Một thực tế khác nữa là tính ham muốn nhục dục của con người lại có thể chuyển biến xuyên qua chức năng *dời chỗ* của cơ chế tự vệ. Qua chức năng đó, một ao ước thuộc về xác thịt có thể chuyển thành một ao ước mang tính tinh thần. Chẳng hạn, một cơn đói có thể giảm thiểu bằng sự chú tâm vào một hoạt động nghệ thuật, hay một đối tượng của sự ham muốn nhục dục có thể chuyển thành đối tượng yêu thương thuần túy về tinh thần.

Trong phân tâm học, Freud đã lấy thuật ngữ **Eros**, dựa theo các chuyện thần thoại Hy Lạp, để nói về **bản năng sống** của con người. Eros có nghĩa là “tình yêu”, là lực thúc đẩy bên trong của mọi hành động sanh nở và sáng tạo ra mọi vật trong vũ trụ, và bản chất đích thực của tình yêu chính là do sự lôi cuốn, hấp dẫn khởi đầu của bản năng nhục dục. Nói cách khác, Freud tin rằng những nhu cầu thuộc về bản năng, chẳng hạn bản năng nhục dục, chính là nguồn năng lượng khởi thủy làm nảy sinh mọi hành vi (tư tưởng, tình cảm, hành động) của con người. Những nhu cầu thuần túy bản năng này lại luôn luôn có sự can thiệp và chi phối của hai thực thể khác nữa là ý thức thực ngã và siêu ngã để cuối cùng tổng hợp lại thành một khối chung nhất được gọi là **nhân cách**.

Lý thuyết phân tâm học của Freud đương thời được xem là một hệ thống học thuyết tâm lý bao hàm sự giải thích sâu rộng những liên hệ giữa các trải nghiệm bên trong nội tâm và những hành vi thể hiện ra bên ngoài, cũng như bản chất thực sự của bản năng thể xác và vai trò xã hội trong chức năng hành xử của cá nhân. Nhiều ý kiến cho rằng phân tâm học là phương cách vừa thích hợp vừa có tính sáng tạo, và nó cũng là phương cách duy nhất khi ta muốn diễn tả, suy xét, lý luận và giải thích các hiện tượng tâm lý, mà trước Freud chưa có lý thuyết nào có được khả năng đó.

CÁC QUAN ĐIỂM TÂM LÝ SINH ĐỘNG KHÁC

Vì có những ý kiến không hoàn toàn đồng ý với bác sĩ Freud về lý thuyết phát triển dục tính mà một số người cộng tác và môn đồ của ông trong Hội phân tâm học thành Viên về sau đã ly khai để phát triển riêng cho mình những quan điểm sinh động mới, như Carl Jung, Alfred Adler, Karen Horney, v. v... Bốn lý thuyết

tâm lý sinh động đáng để quan tâm nhất trong số này là *thuyết phân tích tâm lý* (Jung's analytical psychology), *thuyết vai trò của thực ngã* (Ego theory), *thuyết tâm lý cái tôi* (self- psychology), và *thuyết đối tượng liên hệ* (object relations theory).

Thuyết phân tích tâm lý của Jung

Carl Jung cũng đồng ý với Freud về sự tác động to lớn của lãnh vực vô thức trong đời sống tâm lý, nhưng ông lại tin rằng lãnh vực này có hai phần khác nhau, *phần vô thức cá nhân* (individual unconscious) và *phần vô thức tập thể* (collective unconscious). Thêm vào đó, Jung còn tin rằng lãnh vực vô thức cá nhân không chỉ bao gồm những nhu cầu thôi thúc không chấp nhận được của bản năng mù quáng và cần phải đè nén lại như Freud đã nói, mà nó còn là nơi trú ẩn của những vấn đề thuộc phạm vi của cấu trúc thực ngã và siêu ngã cần lưu giữ lại hay cần phải chôn vùi chúng vào quên lãng [5].

Phần vô thức tập thể được Jung gọi là những *khuôn mẫu nguyên thủy* (archetype) của xã hội loài người nói chung mà mỗi con người trong chúng ta đều cùng nhau tiếp nhận và chia sẻ. Phần vô thức tập thể, hay là những khuôn mẫu nguyên thủy, là lãnh vực trong đó bao gồm những truyền thuyết, cổ tích và những câu chuyện huyền bí, mê tín được con người sáng tạo ra và truyền đạt cho nhau từ đời này sang đời khác, xuyên qua trí tưởng tượng, mơ mộng, cảm xúc, và óc nghệ thuật, v. v... Tất cả những thành quả sáng tạo đó chính là những khuôn mẫu nguyên thủy mà mọi người trong cộng đồng nhân loại đều được thừa hưởng liên tục xuyên qua thời gian. Jung lập luận rằng nhân cách của một con người được xây dựng và phát triển qua một quá trình kết hợp của những ý niệm mà cá nhân tiếp nhận từ phần vô thức tập thể và

những yếu tố đặc thù hàm chứa trong phần vô thức cá nhân của con người đó.

Đối với Jung, nhân cách lại luôn luôn có hai mặt, **mặt hướng ngoại** (extroversion) là những sinh hoạt có khuynh hướng tìm kiếm những lợi thú từ bên ngoài, và **mặt hướng nội** (introversion) phản ánh những sinh hoạt hướng vào nội tâm của bản thân. Ông gọi sự tác động qua lại liên tục giữa hai mặt này chính là **tính sinh động** của các đặc tính của nhân cách. Jung cũng nhận xét rằng hầu hết chúng ta đều có khuynh hướng chuyển mặt hướng ngoại của tuổi trẻ sang mặt hướng nội khi đã đến tuổi hoàn toàn trưởng thành, khoảng lứa tuổi 40 trở lên, như là một chu kỳ sinh sống của một đời người, thường được gọi là giai đoạn chuyển tiếp ở tuổi trung niên.

Thuyết vai trò thực ngã

Những nhà tâm lý như **Heinz Hartmann** và **Anna Freud** (con của bác sĩ Freud) cho rằng cấu trúc **thực ngã** (the Ego) còn có vai trò độc lập và năng động hơn nhiều so với sự mô tả trước đây của Freud [6]. Thực ngã không chỉ có chức năng can thiệp vào các sinh hoạt của dị ngã mà còn có khả năng điều hành các lãnh vực của nhận thức và ký ức. Điểm quan trọng là thực ngã có khả năng tạo ra các cơ chế tự vệ để điều hòa và củng cố cho những khoảng thiếu hụt của cá tính như đã trình bày trong phần “Ý niệm về cơ chế tự vệ” ở trên. Như vậy vai trò của thực ngã phủ trùm lên mọi sinh hoạt trong đời sống tâm lý của con người. **Lý thuyết về vai trò của thực ngã nói rằng một cá tính bình thường biểu hiện một thực ngã mạnh và tự chủ**, ngược lại, trạng thái tâm lý bất thường và bệnh hoạn là dấu hiệu cho thấy một **thực ngã đã mất tính độc lập và tự chủ** trước những đòi hỏi không cưỡng lại được của cấu trúc dị ngã.

Thuyết tâm lý cái tôi

Một số lý thuyết gia tâm lý sinh động cho rằng vai trò của *cái tôi* (self) là quan trọng và cần quan tâm hơn hết trong đời sống tâm lý cá nhân (giáo thuyết Phật lại cho rằng quá chú trọng vào những nhu cầu của *cái tôi* (chấp ngã) thì sẽ chuốc lấy khổ lụy và phiền não). Donald Winnicott lập luận rằng *cái tôi* là một hệ thống toàn thể của nhận thức và kinh nghiệm riêng biệt mà mỗi cá nhân có được đối với thế giới bên ngoài. Những hiện tượng gì được chủ thể “tôi” ghi nhận được là thuộc về của “riêng tôi” và những ghi nhận mang tính chất riêng tư đó đã làm nên “cái tôi”. ***Cái tôi, là cái cá tính, là một khối đồng nhất và vẹn toàn*** chứ không phải nó được hình thành do sự kết hợp của những thành phần dị ngã, thực ngã và siêu ngã như Freud miêu tả.

Heinz Kohut nói thêm rằng *cái tôi* phải được quan niệm như là một *khối năng lượng độc lập, kết hợp, và tự thúc đẩy* trong quá trình phát triển, gìn giữ và hoàn thiện *tính chất toàn bộ* của nó [7]. Kohut quan niệm sự *tự yêu mình* (narcissism) là tính tự nhiên của mỗi con người. Đối với đứa trẻ cũng vậy, khi nó không được cha mẹ thỏa mãn mọi nhu cầu thì nó cảm thấy bị tổn thương và *cái tôi* của nó có khuynh hướng phát triển theo hướng *phô trương* (grandiose), tức là đứa trẻ cố làm cho *cái tôi* của nó tăng thêm phần quan trọng và giá trị để được người khác chú ý nhiều hơn. Thông thường *cái tôi phô trương* của tuổi ấu thơ sẽ dần dần được điều chỉnh theo từng giai đoạn phát triển của đứa trẻ trong khuôn khổ của mối quan hệ bình thường với cha mẹ. Ngược lại, nếu cách thức nuôi nấng và dạy dỗ của cha mẹ không thể hiện tính chất thích hợp, không thỏa mãn được với hiện tượng *cái tôi phô trương* của nó, thì đứa trẻ về sau có thể sẽ phát triển theo hướng bất bình thường, dẫn đến các triệu chứng rối loạn được gọi là *cá tính ái kỷ*

(narcissistic personality disorder), bao gồm các tính kiêu ngạo, ích kỷ, tự tôn...

Thuyết đối tượng liên hệ

Melanie Klein, Ronald Fairbain, Margaret Mahler, và Otto Kernberg là những chuyên gia đại diện cho lý thuyết đối tượng liên hệ. Lý thuyết phân tâm học của Freud nói rằng, con người và cả sự vật đều là những đối tượng quan trọng vì cả hai đều giúp làm thỏa mãn các nhu cầu đòi hỏi căn bản của cá nhân. Ngược lại, thuyết đối tượng liên hệ cho rằng con người mới là đối tượng quan trọng vì chỉ có con người mới khao khát được thiết lập mối dây liên hệ với nhau. Do đó, thuyết đối tượng liên hệ không quan tâm đến đối tượng sự vật bên ngoài, mà xem sự quan hệ giữa người với người mới là những sinh hoạt trọng yếu trong việc phát triển cá tính; và theo đó các hiện tượng bình thường hay bệnh hoạn cũng có thể xuất phát từ những tính chất đặc biệt của các mối quan hệ này [8]. Như thế, nếu trong quá trình khôn lớn những đứa trẻ có mối liên hệ thích hợp và lành mạnh với cha mẹ thì đời sống tâm lý của chúng sẽ được phát triển bình thường. Lý thuyết này tin rằng mỗi giai đoạn phát triển của đứa trẻ đều ảnh hưởng đến tính chất *gắn bó* (attachment) hay *tách rời* (separation) trong mối quan hệ với đối tượng nuôi dưỡng nó. Nếu trong sự quan hệ giữa đứa trẻ và người nuôi dưỡng mang tính chất thiếu hợp lý và thiếu lành mạnh nào đó (chẳng hạn quá bảo vệ hoặc quá hờ hững, bỏ bê) thì sẽ có nguy cơ tạo ra tình trạng mà Freud đã nêu lên là *sự ngưng đọng năng lượng tâm lý* (fixation of psychic energy), là một sự trì trệ hay hụt hẫng về tâm lý mà theo đó về sau nhân cách của đứa trẻ có thể phát triển theo hướng bất thường hay bệnh hoạn.

QUAN ĐIỂM HÀNH VI

The Behavioral Perspective

Các chuyên viên lý thuyết hành vi tin rằng mọi hành động ứng xử của con người là kết quả của những kinh nghiệm có được từ cuộc sống, chứ không phải là kết quả của những tranh chấp giữa các lực tâm lý thúc đẩy từ bên trong lãnh vực vô thức như quan niệm của lý thuyết tâm lý sinh động. ***Con người là một tập hợp của tất cả những hành vi*** (hành động, cử chỉ, ứng xử, thói quen, ý nghĩ, cảm xúc...) đã học hỏi được từ môi trường sống. Nói khác đi, nhân cách của một người là một tổng hợp của mọi hành vi của con người ấy, bao gồm những gì mà ta có thể quan sát được. Hành vi có thể được biểu hiện bằng những hành động bên ngoài (nói chuyện, làm việc...), hay được biểu hiện bằng những hiện tượng, những dấu hiệu từ bên trong (tình cảm, ý tưởng...). Nói tổng quát, cái gì ta quan sát được từ hành vi của một người chính là những đặc điểm về cá tính, là nhân cách của người ấy, chứ không có gì khác.

John B. Watson là người đã đưa ra lý thuyết *hành vi* (behaviorism) kể từ năm 1912 [9]. Ông cho rằng chính những *phản xạ* (reflexes) tự nhiên của cơ thể có sẵn ngay từ lúc sinh ra là yếu tố bẩm sinh giúp cho mỗi người có khả năng thù địch, học hỏi được mọi sự trong cuộc sống. Nói khác hơn, những *phản xạ bẩm sinh đơn giản* từ ban đầu là yếu tố nguyên thủy cho sự phát triển những hành vi phức tạp về sau của con người. Ông đề nghị nhà tâm lý học nên tập trung chú ý vào những hành vi nào có thể quan sát và đo lường được chứ không cần phải tìm hiểu những tín hiệu phát ra từ bên trong của các ý nghĩ và tình cảm của cá nhân, là những yếu tố không thể có tiêu chuẩn để đo lường.

Các lý thuyết gia hành vi cho rằng một hành động, cử chỉ mang tính chất lệch lạc, bất thường, hay bệnh là *hậu quả của một quá trình học hỏi, bất chước sai trái*, hay *thích ứng xấu* (maladaptive) với thực tại cuộc sống, chứ nó không phải là những triệu chứng bệnh có liên quan gì đến từ bên trong nội tâm. Vì vậy, lý thuyết hành vi xem các lý thuyết *điều kiện hóa thao tác* (operant conditioning) của Skinner và lý thuyết *điều kiện hóa cổ điển* (classical conditioning) của Ivan Pavlov như là những kỹ thuật căn bản cho các việc uốn nắn, sửa đổi, hủy bỏ, và cải tiến những hành vi bất thường, bệnh hoạn, cũng như làm phát triển một hành vi mới để thích nghi với môi trường.

Sự học hỏi đúng nguyên tắc sẽ tạo ra những hành vi có tính xây dựng và thích hợp. Xuyên qua sự học hỏi đúng nguyên tắc, cá nhân có thể vượt qua mọi thách đố trong cuộc sống thường nhật để có một đời sống lành mạnh và lợi ích hơn. Ngược lại, nếu một cá nhân liên tục thu nhận những điều học hỏi sai lầm, lệch lạc, và bệnh hoạn thì cá nhân sẽ không có những sự ứng xử bình thường trong cuộc sống, không phát triển được những suy nghĩ và cảm

xúc hợp tình hợp lý, và theo đó sẽ không có cuộc sống hạnh phúc và vui vẻ.

Trong khi các chuyên gia phân tâm học và tâm lý sinh động chú tâm vào những tính chất bẩm sinh cá biệt của nhân cách, những biến cố gây tổn thương trong quá trình sống, những mối quan hệ có tính căng thẳng giữa cá nhân đứa trẻ và người nuôi dưỡng, thì các nhà tâm lý hành vi lại chú tâm nghiên cứu vào những hình thức học tập theo lối **điều kiện hóa** (conditioning), tức là sử dụng các phương pháp kích thích và thưởng phạt để quan sát các phản ứng của đối tượng thí nghiệm. Lý thuyết điều kiện hóa thao tác quan niệm rằng một hành vi sẽ được gia tăng hay nâng cao nếu nó được củng cố liên tục, và ngược lại sẽ giảm thiểu hay biến mất nếu nó bị trừng phạt hoặc bị tháo gỡ. Lý thuyết điều kiện hóa cổ điển lại đặt căn bản trên nguyên tắc là một hành vi có thể được thành hình hay bị dập tắt tùy theo hai trường hợp: hoặc nó đi kèm hoặc không đi kèm với những kích thích gây ra căng thẳng tinh thần.

Qua nhiều thí nghiệm trên súc vật, các chuyên viên nhận xét rằng việc huấn luyện theo phương pháp điều kiện hóa rõ ràng có đem lại những kết quả nhất định, như tập cho con vật làm được một số việc theo ý muốn của người huấn luyện, hủy bỏ được một số tập quán và đồng thời phát triển được một số hành vi khá phức tạp mà bình thường con vật tự nó không thể làm được. Sau đó, từ thập niên 1950 trở đi, các nhà nghiên cứu bắt đầu áp dụng lý thuyết hành vi vào công việc y tế lâm sàng để chữa trị bệnh nhân [10].

Để giảm thiểu và thay đổi các triệu chứng và hành vi của bệnh nhân, lý thuyết hành vi đã sử dụng các phương pháp để củng cố các hành vi tốt như **liệu pháp thưởng hiện vật** (token economy) (ví dụ cho thực phẩm, tiền, đồ dùng...); để bỏ những tật xấu như

liệu pháp gây chán ghét (aversion therapy) (ví dụ pha trộn những mùi vị khó chịu, hồi hám vào chất nghiện để cá nhân trở nên chán nản, không muốn tiếp tục dùng nữa...); để giảm thiểu hay hóa giải các cảm xúc quá đáng, thiếu thực tế như **liệu pháp giải cảm có hệ thống** (systematic desensitization) (ví dụ từng bước một cho đứa trẻ làm quen với trường học để trẻ không còn cảm giác quá xa lạ, sợ hãi...), v. v... Tựu trung, hầu hết các kỹ thuật trị liệu của các chuyên gia lý thuyết hành vi đều dựa trên những *nguyên tắc học tập* rút ra từ hai lý thuyết về điều kiện hóa thao tác và điều kiện hóa cổ điển.

Lý thuyết điều kiện hóa cổ điển

Điều kiện hóa cổ điển là một phương pháp học tập rút ra từ các kết quả ghi nhận trong thí nghiệm của nhà vật lý học người Nga, **Ivan Pavlov** (1849- 1936). Thí nghiệm của Pavlov cho thấy khi cho hai sự cố xảy ra cùng một lần và cứ được lặp đi lặp lại như vậy thì cả hai sẽ cùng được in đậm trong tâm trí, và chẳng bao lâu sau đối tượng được thí nghiệm (súc vật hay người) sẽ có những phản ứng giống nhau đối với cả hai sự cố đó. Chẳng hạn, nếu sự cố này gây ra thích thú thì sự cố kia cũng gây ra thích thú cho đối tượng.

Thí nghiệm đầu tiên của Pavlov là cho con chó thấy miếng thịt để nó thèm thuồng và chảy nước miếng, nhưng vừa trước khi đưa miếng thịt ra, ông cho chuông rung. Cứ lặp đi lặp lại nhiều lần theo lối đánh cặp (pairing) hai sự kiện như thế, con chó trở nên đồng hóa tiếng chuông rung với miếng thịt, và kết quả là cứ mỗi khi nghe tiếng chuông rung con chó tự động chảy nước miếng chứ không cần thấy miếng thịt nữa.

Pavlov gọi miếng thịt là vật **kích thích vô điều kiện** (ktVDK), hiện tượng chảy nước miếng của con chó là một **phản ứng vô**

điều kiện (puVDK), tức là, phản ứng tự nhiên của con chó. Tiếng chuông rung của Pavlov là vật **kích thích điều kiện** (ktĐK), và phản ứng chảy nước miếng của con chó khi chỉ nghe tiếng chuông rung dù không thấy miếng thịt là **phản ứng điều kiện** (puĐK). Có thể tóm tắt thí nghiệm của Pavlov như sau:

Rung chuông	+ miếng thịt đưa ra	= con chó chảy nước miếng
(ktĐK)	+ (ktVDK)	= (puVDK)
Rốt cuộc là:		
Rung chuông		= con chó chảy nước miếng
(ktĐK)		= (puĐK)

Lý thuyết điều kiện hóa cổ điển cho thấy con chó sẽ học hỏi và có được “puĐK” trong một thời gian rất nhanh nếu tiến trình rung chuông và miếng thịt đưa ra phải luôn luôn trước sau như một, có nghĩa là theo một trình tự đều đặn, chuông rung xong là đưa miếng thịt ra, chứ không có trình tự ngược lại, và thời khắc giữa hai động tác cũng không được trì hoãn, cách xa nhau. Tuy nhiên, căn cứ trên sự đo lường lượng nước miếng chảy ra, Pavlov cũng thừa nhận rằng “puĐK” dù sao cũng không có cường độ mạnh để gây tác động sâu sắc cho đối tượng như “puVDK”. Do đó, cần chú ý là những gì thu được xuyên qua học hỏi bằng kỹ thuật của phản ứng có điều kiện thường khó đạt được mức độ sâu rộng và bền bỉ như là những gì thuộc tự nhiên của bẩm sinh.

Pavlov cho biết “puĐK” cũng sẽ biến mất dễ dàng sau một thời gian nếu không có sự tiếp tục củng cố cho nó. Chẳng hạn, nếu cứ rung chuông nhiều lần (ktĐK) mà không có lần nào đưa miếng thịt ra nữa (ktVDK) thì về sau con chó sẽ không còn chảy nước miếng nữa khi nghe tiếng chuông rung. Trường hợp này được Pavlov gọi là **sự dập tắt** (extinction).

Theo các chuyên gia hành vi, có rất nhiều hành vi của chúng ta đã được thủ đắc xuyên qua nguyên tắc học tập của phương thức điều kiện hóa cổ điển mà chúng ta thường không ý thức được. Chẳng hạn, cảm giác yêu đương của chàng trai đối với cô bạn gái khi ngửi thấy mùi hương toát ra từ cơ thể của cô ta rất có thể chỉ là kết quả của một sự thủ đắc xuyên qua tiến trình của các phản ứng có điều kiện. Thật vậy, khởi đầu có thể mùi hương của cô bạn chưa cuốn hút nhiều, nhưng cứ sau mỗi lần gặp gỡ nhau, chàng ta cảm thấy thích thú hơn với mùi hương, để rồi cuối cùng chàng ta bị lôi cuốn bởi mùi hương đó. Kết quả là mùi hương từ da thịt cô ta đã khiến chàng trai yêu thương say đắm cô bạn gái. Như thế, theo lý thuyết điều kiện hóa cổ điển, sự gia tăng tình yêu của chàng trai là một phản ứng điều kiện (puĐK), và mùi hương của cô gái là một kích thích điều kiện (ktĐK). Trường hợp ngược lại, ví dụ, các bậc cha mẹ thường áp dụng hình thức khen thưởng (ktĐK) để hy vọng con cái của họ làm những việc (puĐK) mà họ mong muốn (như biết nghe lời, biết làm việc tốt...). Nhưng, nếu sự khen thưởng không được tiếp tục tăng cường và củng cố bằng những hình thức thích hợp, có giá trị và ý nghĩa lâu dài, thì “puĐK” của đứa trẻ có thể sớm muộn dễ bị dập tắt.

Các chuyên gia lý thuyết hành vi sử dụng kỹ thuật điều kiện hóa cổ điển để chữa trị các *triệu chứng ám ảnh sợ hãi* (phobic symptoms), một loại sợ hãi có bản chất kiên trì và thường trực chứ không phải chỉ cảm thấy sợ khi trực diện tại chỗ với sự việc hay sự vật mà thôi, như chứng *sợ nơi cao* (acrophobia); *sợ chỗ kín* (claustrophobia), bao gồm những vị trí cầu thang, thang máy, các nơi nhỏ hẹp, giam hãm, tù túng; *sợ bóng tối* (nyctophobia); *sợ nơi trống trải, xa lạ* (agoraphobia), bao gồm những nơi đông đúc không có người thân quen, nơi hoang vắng, xa xôi không tìm

được sự giúp đỡ, nương tựa; và chứng *sợ máu* (hematophobia), v. v... Từng bước một, *liệu pháp giải cảm có hệ thống* sẽ chỉ dẫn cho cá nhân biết cách phản ứng thích hợp và tỉnh táo, thay vì quá căng thẳng sợ sệt trong tình huống. Trước tiên, cá nhân được chỉ dẫn các phương pháp thư giãn cơ bắp trong thân thể cho đến khi thuần thục. Sau đó, cá nhân từng bước một được hướng dẫn để làm quen dần với đối tượng hay tình huống.

Một kỹ thuật khác gọi là *liệu pháp tràn ngập* (flooding) cũng được dùng để chữa các chứng sợ hãi. Kỹ thuật này căn cứ trên phương pháp *dập tắt* (chấm dứt) của lý thuyết điều kiện hóa cổ điển như đã nói, có nghĩa là để cá nhân tiếp xúc trực tiếp nhiều lần với đối tượng hay tình huống (ktĐK), nhưng không lần nào cảm thấy có sự đe dọa gì (ktVĐK), cho đến khi cá nhân hết cảm thấy sợ sệt (tức là ktĐK không còn gây ra puĐK). Chẳng hạn, tập cho một người bị ám ảnh sợ chốn đông người bằng cách tạo các cơ hội tiếp xúc bình thường hằng ngày với nhiều người khác nhau cho đến khi người ấy trở nên quen thuộc và tự nhiên.

Các chuyên viên hành vi cũng thường sử dụng *liệu pháp gây chán ghét* để chữa trị cho những người nghiện ngập các chất liệu như thuốc, rượu, á phiện. Chẳng hạn, chuyên viên chữa trị có thể cho người nghiện bị điện giật, bị ngứa hay uống các chất liệu hôi thối, để nôn mửa được trộn vào trong chất nghiện. Sau nhiều lần liên tiếp áp dụng lối đánh cặp (ghép hai ktĐK và ktVĐK làm một) như vậy, cá nhân có thể dần dần trở nên chán ghét chất liệu đã làm mình bị nghiện ngập.

Lý thuyết điều kiện hóa thao tác (Operant Conditioning)

Nhà tâm lý học Mỹ, **B. F. Skinner** (1904- 1990), là người đưa ra ý niệm về điều kiện hóa sự thao tác. Ông cho rằng *sự thao tác*

(operant) là một phản ứng tự nguyện xảy ra do tác động của các kích thích có điều kiện từ môi trường bên ngoài [11]. Thật ra, lý thuyết thao tác của Skinner phần nào có sự tương hợp với các quy luật về học tập mà nhà tâm lý học Mỹ, **Edward Lee Thorndike** (1874- 1949) đã đề ra. Thorndike đã phát triển nhiều quy luật cho sự học tập, nhưng có ba luật căn bản nhất là:

Luật hiệu quả (Law of Effect) nói rằng hành vi nào thường mang lại hay có triển vọng mang lại các lợi ích và thích thú thì dễ được lặp lại, còn hành vi nào không đem lại lợi thú gì hoặc hoàn toàn bất lợi thì thường không được lặp lại. **Luật thực hành** (Law of Exercise) nói rằng phản ứng nào được lặp đi lặp lại đầy đủ và trọn vẹn vì sự hiện diện của một sự cố kích thích đặt biệt nào đó, sẽ trở nên gắn bó với sự cố kích thích đó, và có khuynh hướng dễ được lặp lại nhiều lần hơn bất cứ lúc nào có sự hiện diện của sự cố kích thích đó. **Luật sẵn sàng** (Law of Readiness) nói rằng cá nhân (người hay con vật) phải đang ở trạng thái “sẵn sàng” để thực hiện hành động trước khi hành động đó đem lại sự thỏa mãn hay thích thú. Nếu bị bắt buộc phải hành động khi cá nhân chưa sẵn sàng, hay hành động bị ngăn cản đang khi ở trong tư thế sẵn sàng, thì cả hai trường hợp đều có thể gây ra bức bối, thất vọng giống nhau. Trong một tình huống khác, nếu cá nhân được cho phép khỏi phải hành động khi chưa có sự sẵn sàng thì trường hợp này cũng được xem như có tạo ra sự thỏa mãn.

Skinner cho rằng cá nhân con người hay con vật đều có thể học hỏi và ước muốn được tiếp tục làm một hành vi nào đó nếu hành vi đó luôn luôn có những **yếu tố củng cố** (reinforcements) đến từ môi trường. Củng cố là những biến cố có tính kích thích thuận hay nghịch với sự mong ước của cá nhân. Theo Skinner, biến cố kích thích nào (bao gồm sự vật, sự việc) làm gia tăng hành vi thì gọi là

cái củng cố (reinforcers). Ví dụ, một người đi săn muốn dạy cho con chó biết chạy đi lượm thú bắn rơi bằng cách cứ mỗi lần nó làm đúng theo lệnh thì người chủ cho nó một miếng thịt. Nếu hành động làm theo lệnh của con chó càng ngày càng gia tăng thì *miếng thịt* được xem như là **cái củng cố**. Ngược lại, biến cố kích thích nào làm giảm hành vi thì gọi là **cái trừng phạt** (punishers). Ví dụ, để con mèo giảm bớt cào cửa vào ban đêm, người chủ gài một dòng điện vào khe cửa để nó bị điện giật mỗi khi cào vào cửa. Nếu càng ngày con mèo càng giảm bớt cào cửa thì *dòng điện* được xem là **cái trừng phạt**.

Tuy nhiên, cái củng cố cũng như cái trừng phạt đều có thể là **tích cực** (positive) hay là **tiêu cực** (negative). Cần chú ý rằng, trong lý thuyết thao tác của Skinner, tích cực không có nghĩa là “tốt” hay “lợi thú” và tiêu cực cũng không có nghĩa là “xấu” hay “thiệt hại”. Ở đây, tích cực chỉ có nghĩa là vật kích thích được sử dụng, và tiêu cực chỉ có nghĩa là vật kích thích được tháo gỡ. Như vậy, sự vật hay sự việc dùng để củng cố có thể là tích cực hay tiêu cực. Skinner phân ra hai loại là **cái củng cố tích cực** (positive reinforcer) và **cái củng cố tiêu cực** (negative reinforcer). Tương tự như thế, sự vật hay sự việc dùng để trừng phạt cũng có thể là tích cực hay tiêu cực, được gọi là **cái trừng phạt tích cực** (positive punisher) và **cái trừng phạt tiêu cực** (negative punisher). Có thể tóm lược lý thuyết của Skinner như sau:

	Hành vi gia tăng	Hành vi giảm thiểu
Áp dụng kích thích	Củng cố tích cực	Trừng phạt tích cực
Gỡ bỏ kích thích	Củng cố tiêu cực	Trừng phạt tiêu cực

Trở lại hai ví dụ trên, cứ theo sơ đồ thao tác của Skinner, ta nói rằng mỗi lần cho con chó một miếng thịt (áp dụng kích thích) khi

nó biết nghe lời chủ, có nghĩa là ta làm *cái củng cố tích cực* để hành vi gia tăng; ngược lại, cho con mèo bị điện giật nhiều hơn (cũng là áp dụng kích thích) để giảm bớt cào cửa, nghĩa là ta làm *cái trừng phạt tích cực* để hành vi giảm thiểu.

Ngược lại, nếu muốn *giảm thiểu* hành vi đi lượm thú săn của con chó thì sau mỗi lần lượm được thú săn đừng cho nó miếng thịt (gỡ bỏ kích thích), tức là một hành động *trừng phạt tiêu cực*. Thế nhưng, muốn *gia tăng* hành vi cào cửa của con mèo thì phải tháo dòng điện ra khỏi khe cửa (gỡ bỏ kích thích) để mỗi lần cào cửa con mèo không còn bị điện giật, tức là một hành động *củng cố tiêu cực*. Một ví dụ thực tế, thông thường các bậc cha mẹ có hai cách để cho con cái biết vâng lời, hoặc đều đặn cho trẻ một phần thưởng khi nào nó có hành động vâng lời (*củng cố tích cực*) để khích lệ con cái càng ngày càng vâng lời hơn (*hành vi gia tăng*), hoặc tiếp tục áp dụng hình phạt đánh đòn bất cứ khi nào nó không chịu vâng lời (*trừng phạt tích cực*) để nó dần dần bỏ thói xấu đó (*hành vi giảm thiểu*).

Các lý thuyết gia hành vi quan niệm rằng rất nhiều hành vi và cử chỉ bất thường mà nhiều người mắc phải là do kết quả của *những yếu tố tạo ra sự củng cố*. Chẳng hạn, có những người trở thành nghiện ngập một chất liệu nào đó chỉ vì trong những lần dùng đầu tiên họ cảm thấy chất liệu đã cho họ nhiều cảm giác thoải mái, êm dịu, và thích thú. Cái cảm giác êm dịu và thích thú của các chất nghiện ấy chính là *những yếu tố tạo sự củng cố tích cực* làm cho hành vi nghiện ngập càng ngày càng gia tăng. Cũng tương tự như vậy, có những thói hư tật xấu của trẻ em cứ tiếp tục phát triển vì phản ứng của cha mẹ thường không có kế hoạch hợp lý và không trước sau như một. Một số cha mẹ thường thiếu kiên nhẫn, hoặc muốn có sự yên ổn tạm thời trong gia đình nên thường

phản ứng thiếu cân nhắc bằng cách dỗ dành và nuông chiều trước những thói hư của con cái. Hậu quả là sự dỗ dành và nuông chiều chính là *yếu tố tạo ra sự cứng cổ*, góp phần làm phát triển nhanh hơn các thói hư, tật xấu của đứa trẻ về sau này.

Các chuyên gia hành vi thường gợi ý cho trường học và các bậc cha mẹ sử dụng các hình thức khen thưởng (như là cái cứng cổ) trong vấn đề giáo dục, cũng như trong nỗ lực sửa đổi tâm tánh trẻ em. Hành vi nào thích hợp thì được thưởng, và ngược lại, hành vi nào sai trái thì trừng phạt. Một trong những biện pháp trừng phạt là lấy đi (tháo gỡ) phần thưởng đó. Chẳng hạn, đứa trẻ chịu làm bài tập hằng ngày thì cuối tuần thưởng cho nó một cái gì đó; nếu bỏ không làm bài tập một lần thì “cúp” không cho phần thưởng hoặc phải chịu một hình phạt nào đó. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nếu áp dụng thưởng phạt có kế hoạch và thật tinh tế, hiệu quả của nó trong vấn đề giáo dục con trẻ sẽ rất đáng khích lệ [12].

Trong các bệnh viện, áp dụng các kỹ thuật điều kiện hóa thao tác cho các bệnh nhân cũng có những hiệu quả nhất định. Các chuyên viên sử dụng *liệu pháp thưởng bằng hiện vật* để củng cố cho những bệnh nhân đã có những hành vi thích hợp. Chẳng hạn, các bệnh nhân tâm thần phân liệt thường làm những cử chỉ kỳ cục và hỗn loạn như la hét, quấy rầy, đập phá, trốn uống thuốc... Để khích lệ bệnh nhân không làm các cử chỉ đó nữa, chương trình đặt ra là cứ bệnh nhân nào được ghi nhận không làm hành vi gì sai trái trong một ngày thì được thưởng một hiện vật (tiền, thực phẩm, đồ dùng...). Các kiểm tra cho thấy rất nhiều bệnh nhân đã tham gia chương trình và những hành vi quấy rầy, đập phá được dần dần giảm thiểu, góp phần làm các bệnh nhân khác không bị tăng thêm stress trong ngày. Thực tế lâm sàng cho thấy, trong

nhiều trường hợp, chính sự cố gắng giảm bớt những hành vi, cử chỉ bất thường và rối loạn như vậy đã cải thiện được phần nào bệnh tình cho chính bệnh nhân đó và những bệnh nhân khác đang cùng chung sống.

Sau cùng, lý thuyết hành vi cũng đặt tầm quan trọng vào sự học hỏi xuyên qua các vai trò kiểu mẫu, được gọi là *làm theo người mẫu* (modeling). Nhà tâm lý học **Bandura** tin rằng trong cuộc sống mọi người đều thu đắc rất nhiều hành vi học hỏi được từ sự quan sát và bắt chước qua người khác [13]. Cũng thế, trẻ em học hỏi được ngôn ngữ, cung cách ứng xử, niềm tin, quan niệm, sinh hoạt, việc làm, và ngay cả sở thích, các thú vui chơi, giải trí... phần lớn đều do bắt chước người lớn trong gia đình. Các chuyên gia hành vi cũng cho rằng ngay cả những hành vi bất thường, bệnh hoạn cũng có liên hệ đến sự học hỏi, bắt chước xuyên qua những vai trò có tính cách kiểu mẫu.

Một số thí nghiệm cho thấy những trẻ em thường chứng kiến những hành động bạo lực, tàn ác của người lớn khi lớn lên dễ có khuynh hướng hành động hiếu chiến và tàn bạo tương tự. Những trẻ em được nuôi dưỡng bởi những người lớn có cung cách vụng về, chậm chạp, và lối ứng xử không đúng đắn, thích hợp, về sau chúng cũng có nhiều nguy cơ phát triển cá tánh chậm chạp, thiếu thích ứng, thiếu phù hợp với môi trường sống như những người đã nuôi dưỡng chúng. Ngoài ra một số nghiên cứu cũng cho thấy, trong một số trường hợp, những người sống chung đụng, gần gũi với người bệnh tâm thần cũng có nguy cơ phát triển nhiều ít những triệu chứng bệnh tương tự như người bệnh. Tâm bệnh học thường dùng từ “*folie à deux*” để ám chỉ trường hợp hai cá nhân cùng có những *triệu chứng bệnh* tương tự nhau vì có những liên hệ gần gũi và thân mật trong cuộc sống.

QUAN ĐIỂM NHẬN THỨC

The Cognitive Perspective

Theo quan điểm của lý thuyết nhận thức, muốn hiểu được mọi hành vi của con người, điều quan trọng là phải hiểu được *khả năng, nội dung và tiến trình tư tưởng* của con người ấy. Nói cách khác, những câu hỏi cần đặt ra là: Nguyên nhân hay lý do nào ý tưởng đó nảy sinh? Ý tưởng đó phản ánh thái độ, ý nghĩa, và có mục đích gì? Khả năng suy nghĩ của cá nhân có điều gì bất thường và thiếu sót không? Những ý tưởng đó có bị những điều kiện bên ngoài tác động vào không? Những câu hỏi tương tự như thế sẽ giúp ta hiểu được khả năng nhận thức của đối tượng, bao gồm khả năng suy nghĩ, khả năng ký ức, những nhu cầu, ước vọng, trông chờ, óc suy luận, trí tưởng tượng và khả năng xét đoán...

Quan điểm nhận thức cho rằng tư tưởng là yếu tố chỉ đạo cho hành vi; nói khác đi, mọi hành vi đều là sản phẩm của tư tưởng, hay ít ra cũng thể hiện một tính chất nào đó của tư tưởng. Chẳng hạn, khi quyết tâm làm một việc từ thiện chắc chắn trong trí óc

ta ít ra cũng đã có những ý niệm nào đó về lòng trắc ẩn, hoặc khi làm một hành động tấn công, gây hấn thì hấn trong tâm tư phải có những ý đồ tham lam, ganh ghét, hay oán hờn nào đó.

Các chuyên viên lý thuyết nhận thức cho rằng ý niệm *quy kết* (attribution) thường được đề cập trong môn xã hội học, là rất phổ thông trong ý nghĩ của nhiều người. Các nhà tâm lý xã hội nói rằng người ta thường dùng lối *quy kết* để giải thích mọi việc xảy ra hằng ngày trong cuộc sống, tức là cho rằng mọi việc xảy ra phải luôn luôn có những lý do đặc biệt nào đó của nó, chứ không thể là ngẫu nhiên được. Khuynh hướng giải thích mọi vấn đề theo lối *quy kết* như thế rốt cuộc sẽ làm ảnh hưởng đến suy nghĩ và cảm nhận của cá nhân đối với bản thân mình cũng như đối với người chung quanh.

Kết hợp nhận xét của các nhà tâm lý xã hội và kỹ thuật trị liệu theo lối điều kiện hóa của các chuyên gia lý thuyết hành vi, **Aaron Beck** (1967) đã sáng tạo ra *liệu pháp nhận thức* (cognitive therapy) (CT). Beck tin rằng *những hiện tượng hay triệu chứng tâm thần bất thường đều xuất phát từ sự sai lệch, bệnh hoạn của nhận thức*. Liệu pháp nhận thức là một tiến trình chữa trị phối hợp, trong đó chuyên viên và bệnh nhân cùng nhau tìm hiểu những chi tiết cụ thể trong mọi khía cạnh nhận thức của người bệnh, những trải nghiệm thực tế về khả năng sửa đổi nhận thức của người bệnh, và sau cùng là phần hướng dẫn và thực hành để sửa đổi các cách thức suy luận và giải quyết vấn đề [14]. Beck phân biệt ba tầm nhận thức có thể gây bệnh:

Những ý tưởng máy móc (automatic thoughts): Đây là những ý tưởng đột khởi nảy sinh khi trực diện với một sự việc hay một tình hình mà không có sự chiêm nghiệm, đánh giá đúng đắn. Những ý tưởng đột khởi như vậy thường rất lệch lạc, và do đó sẽ gây ra

những cảm xúc và hành động lệch lạc. Ví dụ, trong khi đứng giữa đám đông, cá nhân đột nhiên nghĩ rằng người ta đang cười mình về một chuyện gì đó, lập tức cá nhân cảm thấy mất tự nhiên, lúng túng, run sợ, và từ đó ăn nói trở nên thiếu bình tĩnh.

Nếp suy nghĩ (schemas): Đây là những *khuôn mẫu nhận thức có tính định kiến*, bao gồm lòng tin và quan điểm về bản thân và về xã hội bên ngoài được phát triển xuyên qua những kinh nghiệm riêng tư đã in đậm trong suốt quá trình sống. Nếp suy nghĩ nếu không được điều chỉnh và phát huy đều đặn bằng sự mở rộng các phương pháp học hỏi và nhận xét có tính khách quan và thực tế, nó sẽ trở thành yếu tố áp đảo, khống chế mọi nhận thức làm cho các suy nghĩ của cá nhân trở nên thiên lệch, một chiều, và những cảm xúc bất thường, không thích hợp sẽ phát sinh từ đó.

Những nhận thức méo mó (cognitive distortions): đây là một hệ thống bao gồm những *cách thức lý luận đẩy thành kiến* làm cho nhận thức thường bị sai lạc. Beck liệt kê một số khuôn mẫu, kiểu cách nhận thức méo mó như sau:

Kết luận độc đoán (arbitrary inference): Bao gồm những kết luận có tính cách võ đoán, không có tham khảo, không có bằng chứng đối chiếu, đôi khi còn ngược hẳn với bằng chứng.

Suy xét chọn lựa (selective abstraction): Chỉ dựa vào một chi tiết của sự việc để lý luận mà bỏ qua những chi tiết khác cũng rất quan trọng cho sự việc.

Quá tổng quát hóa (overgeneralization): Chỉ căn cứ trên một số tin tức cá biệt, đặc thù, nhưng đã vội đưa ra những nhận xét bao quát và chung cuộc cho vấn đề.

Quá phóng đại và quá giản lược (magnification and minimization): Nhận xét vấn đề có tính cách thái cực, quá đáng, không đúng với thực chất. Chăng hạn, hoặc cho vấn đề đã quá đầy đủ, quá hay, quá

ý nghĩa, quá quan trọng..., hoặc ngược lại, bác bỏ hẳn tất cả những giá trị có thật của nó.

Cá nhân hóa (personalization): Cảm thấy mọi biến cố xảy ra hàng ngày chung quanh mình như đều có liên hệ đến bản thân mình mà không có chứng cứ để giải thích cụ thể.

Suy nghĩ thái cực (dichotomous thinking): Có khuynh hướng suy nghĩ cực đoan, hoặc phía này hoặc phía khác chứ không giữ mức độ khiêm cung, dung hòa, chẳng hạn, hoặc là phải được hay đúng tất cả, hoặc là phải mất hay sai tất cả.

Nhiều cuộc nghiên cứu trong số các bệnh nhân thuộc loại rối loạn khí sắc (mood disorders) như *trầm cảm* và *hưng cảm* đều cho thấy quan điểm của Beck về sự liên quan giữa khả năng nhận thức và các triệu chứng tâm bệnh là thực tế. Các bệnh nhân này thường có những nhận thức máy móc, lệch lạc, và méo mó, suy luận vội vàng và sai lầm, thường chỉ nhớ những kinh nghiệm tiêu cực hơn là tích cực mà mình đã trải qua. Những người này thường có những suy nghĩ tiêu cực như: mình là kẻ xấu số, tương lai cuộc sống của mình sẽ đen tối, cuộc sống nhân loại chẳng có gì giá trị và thích thú. Beck gọi lối suy nghĩ tiêu cực này là **tam chứng nhận thức** (cognitive triad).

Một chuyên gia lý thuyết nhận thức khác là Albert Ellis lại nhấn mạnh vào tầm quan trọng của yếu tố **niềm tin** của cá nhân. Ông cho rằng một lòng tin không có lý tính (irrational belief) sẽ làm cho cá nhân có những phán đoán không hợp lý, và từ đó sẽ dẫn đến những hành vi rối loạn, bất thường, và bệnh hoạn. Ellis sáng tạo một phương pháp trị liệu gọi là **liệu pháp cảm xúc duy lý** (Rational Emotive Therapy), thường gọi tắt là (RET) [15]. Theo Ellis, tiến trình dẫn đến những triệu chứng bất thường trong hành vi thường xảy ra như sau:

Khi người ta tình cờ hay bị buộc phải trực diện với một sự cố ngoài ý muốn,

Người ta có thể có những phán đoán hợp lý hoặc không hợp lý về sự cố đó,

Những phán đoán (rút ra từ niềm tin) hợp lý sẽ dẫn đến những cảm xúc và cách ứng xử hợp lý. Nếu những phán đoán (niềm tin) không hợp lý thì sẽ tạo ra những hậu quả lệch lạc, hệt hẳng trong cảm xúc và hành động.

Phương pháp trị liệu của Ellis là giúp sửa đổi những niềm tin không hợp lý. Ellis cho rằng người ta hay có khuynh hướng luôn luôn muốn cái gì cũng “phải” được, như “tôi phải thành công”, “tôi phải giàu có”, “tôi phải hơn bạn tôi”, v. v... Chính vì những ý tưởng đó, người ta dễ bị bối rối, căng thẳng tinh thần, hay buồn bực, đau khổ khi không thể thực hiện được hay khi nhận ra được sự khiếm khuyết, thua sút, bất lực của mình. Ngoài ra, tư tưởng cho rằng cái gì mình muốn cũng phải được làm cho cá nhân có thể có những hành vi, cử chỉ giả dối, tự cao, khoác lác, hay các bệnh hoang tưởng về chính con người của mình.

Liệu pháp RET thường sử dụng một số kỹ thuật để giúp bệnh nhân như trực tiếp đối chất với những phán đoán, tin tưởng không có cơ sở lý luận, hướng dẫn và giải thích những vấn đề tâm lý, tập luyện cách suy nghĩ và ứng xử phù hợp hơn với thực tế của tình hình.

Tựu trung, liệu pháp RET của Ellis cũng tương tự như liệu pháp CT của Beck, nhưng RET chú ý vào sự thay đổi hành vi, hơn là chú tâm về sự thay đổi tiến trình tư tưởng như CT. Ngoài ra, kỹ thuật của RET là đối đầu trực tiếp để thách thức sự sửa đổi của người bệnh, trong khi đó CT áp dụng phương pháp phân tích và giải thích để kích lệ sự thay đổi nhận thức của bệnh nhân.

Thực tế cho thấy lý thuyết nhận thức mỗi ngày một phát triển và được áp dụng rộng rãi trong nhiều lãnh vực nghề nghiệp, từ những hình thức tư vấn đến điều trị. Ngày nay, rất nhiều trường lớp và học viện chuyên môn đã mở ra các chương trình giảng dạy sâu rộng về các kỹ thuật của liệu pháp nhận thức. Cũng như liệu pháp hành vi, liệu pháp RET và CT của lý thuyết nhận thức cũng có những thuận lợi vì những kỹ thuật của chúng có thể trải nghiệm được tại phòng thí nghiệm. Ngoài ra, thời gian chữa trị và sự tốn kém được giảm thiểu hơn nhiều so với liệu pháp phân tâm hay tâm lý sinh động. Tuy nhiên, cũng như các liệu pháp khác, mức độ hiệu quả của liệu pháp nhận thức nói chung cũng còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác tùy theo mỗi trường hợp trị liệu.

QUAN ĐIỂM HIỆN SINH/ NHÂN VĂN

The Existential/Humanistic Perspective

Quan điểm hiện sinh/nhân văn xuất hiện như là một nhóm thứ ba trong tâm lý học lâm sàng. Khác biệt với những nhóm chủ trương trị liệu theo phương thức tâm lý sinh động và nhận thức hành vi, nhóm hiện sinh/nhân văn căn cứ vào những yếu tố có tính ổn định và độc lập của nhân cách của một người để *chú tâm vào những khả năng phát triển và thay đổi một số cá tính trong nhân cách của cá nhân*.

NHÓM QUAN ĐIỂM NHÂN VĂN

Quan điểm nhân văn cho rằng bản chất con người là *thân thiện, hợp tác và xây dựng*. Quan điểm nhân văn khẳng định rằng mỗi con người là một cá nhân độc đáo, có những kinh nghiệm riêng tư, có sự tự do để lựa chọn, và mỗi cá nhân đều có khuynh hướng cố gắng phát triển mọi tiềm năng của mình để lớn mạnh

và thành đạt được những trông đợi và ước mơ của mình. Nói khác đi, quan điểm nhân văn chú trọng vào những tính chất tốt đẹp tự nhiên của cá nhân trong khả năng thích ứng, phát triển và thay đổi thực tại.

Một trong các chuyên gia đại diện cho quan điểm nhân văn là tiến sĩ **Carl Rogers**; ông cho rằng *cái tôi* (self) là toàn bộ những nhận thức và kinh nghiệm của cá nhân theo một khuôn mẫu có tổ chức và xuyên suốt. Mặc dầu “cái tôi” có thể thay đổi theo thời gian, nhưng khuynh hướng tự nhiên của nó là vẫn tồn tại, vẫn giữ lại như cũ những tính chất và lẽ lối riêng của nó [16]. “Cái tôi” là một khối đồng nhất và đặc thù của cá tính, bao gồm mọi kinh nghiệm và nhận thức luôn có sẵn, hoặc dễ dàng xuất hiện trong ý thức, do đó không thể phân cái tôi ra thành những phần khác biệt như dị ngã, thực ngã và siêu ngã như quan điểm của Freud. Theo Rogers, nếu quan niệm “cái tôi” hoàn toàn bị lệ thuộc vào những sinh hoạt vừa rộng lớn vừa không thể đo lường được của lãnh vực vô thức thì sẽ khiến nghiên cứu về nó thiếu tính khách quan.

Rogers còn đưa ra ý niệm về *cái tôi lý tưởng* (ideal self) (cũng tương tự như cái tôi lý tưởng (ego ideal) trong phân tâm học của Freud), tức là lý tưởng, mục tiêu mình muốn đạt tới, về con người của mình mà bất cứ cá nhân nào cũng muốn có. Ông cũng đưa ra một ý niệm khác, được gọi là *cái tôi thích ứng hiện thực* (self-actualization), tức là cái khuynh hướng và động lực tự nhiên trong mỗi cá nhân luôn luôn có khả năng nắm bắt, thích ứng, duy trì và nâng cao con người của mình trước những nhu cầu hiện thực. Chẳng hạn, khi ăn đủ no thì con người thường muốn mặc đẹp, hoặc lúc đời sống vật chất đầy đủ thì con người muốn được tự do hơn về đời sống tinh thần... Như thế, đối với Rogers, tính sinh động trong cá tính của con người là tính chất luôn luôn

muốn thay đổi và hướng về tương lai. Quan niệm này nhắc ta nhớ lại các quan niệm về tính sinh động trong cá tính của các chuyên gia trường phái tâm lý sinh động là Sigmund Freud và Carl Jung. Theo Freud, tính sinh động của cá tính là sự tranh chấp không ngừng giữa các động lực tâm lý tiềm ẩn trong một hệ thống năng lượng vô thức, cố định và bền vững. Theo Jung, tính sinh động của cá tính lại là sự tác động qua lại liên tục giữa hai mặt hướng nội và hướng ngoại trong cuộc sống của một cá nhân.

Rogers cho rằng *con đường dẫn đến rối loạn tâm lý bắt đầu từ tuổi ấu thơ.* Ngay từ khi sinh ra, đứa trẻ đã ao ước có được mối quan hệ gắn bó với người chăm sóc. Bất cứ đứa trẻ nào cũng muốn được đối xử tốt đẹp bằng sự chú ý, quan tâm đặc biệt và vô điều kiện. Đối với người lớn cũng vậy, ai cũng muốn mình được người khác đối xử tốt đẹp để có cảm giác mình là một người có giá trị, dù có thể vẫn biết bản thân mình không có gì đáng để được trọng vọng và khen ngợi. Trong điều kiện như vậy cá nhân mới cảm thấy thoải mái và từ đó nhìn thấy rõ về con người của mình hơn. *Người nhìn thấy rõ chính mình là người có sự lành mạnh về đời sống tâm lý, dễ thích ứng với những điều kiện của hiện thực và có khả năng nâng cao tiềm lực trong cuộc sống.* Rogers đã lập ra một lối trị liệu riêng, gọi là *liệu pháp hướng vào bệnh nhân* (client-centered therapy) (còn gọi là *Liệu pháp nhân vị trọng tâm*), theo đó người trị liệu phải luôn luôn trong tư thái đặc biệt *quan tâm và hỗ trợ chân thành, cảm thông và không phê phán* để người bệnh có thời gian tự trải nghiệm và nói ra mọi uẩn ức của mình. Rogers cho rằng cá nhân càng thành thật với chính bản thân thì cuộc sống tâm lý càng dễ được giải tỏa và hành vi theo đó càng dễ thích hợp.

Nhà tâm lý **Abraham H. Maslow** là người đồng quan điểm với Rogers. Ông phê phán các lý thuyết tâm lý sinh động và tâm lý

hành vi, cho rằng cả hai quan điểm này đều thể hiện những ý kiến tiêu cực, thụ động, và hạn hẹp về con người. Ông nhận định rằng bản chất con người trước sau đều là tốt và không ác độc hay tội lỗi. Bản chất con người là sống động. Con người bao giờ cũng muốn được hoàn hảo và vươn lên, và những triệu chứng tâm bệnh nếu có chỉ là những nghiêng lệch tạm thời, và do đó, chúng ta cần ý thức thật rõ để tháo gỡ và sửa đổi, làm cho đời sống tâm lý luôn luôn được lành mạnh.

Maslow phân biệt hai loại nhu cầu, những nhu cầu thể chất như sự ăn uống, ngủ nghỉ... và những nhu cầu tâm lý như sự tự trọng, tình thương yêu, sự âu yếm... *Người ta không thể sống nếu không ăn uống, nhưng cũng sẽ bị héo mòn thân xác khi những nhu cầu tâm lý không được thỏa mãn.* Cả hai loại nhu cầu đều quan trọng, do đó trong trị liệu, Maslow đề nghị phải chú ý phát hiện và đi sâu vào chi tiết của cả hai nhu cầu, thể chất lẫn tâm lý. Liệu pháp của Maslow là phân tích, bàn thảo với cá nhân về những điều đáng quan tâm, giúp cá nhân thư giãn và hóa giải những căng thẳng do sự hụt hẫng các nhu cầu, tạo mọi điều kiện để cá nhân tự do phát biểu và có cơ hội trở về với con người thật của mình, và đồng thời khích lệ tiềm năng phát triển của cá nhân [17].

Trên thực tế, liệu pháp của Rogers và Maslow đã trở nên phổ thông trong những xã hội có nền móng dân chủ vững vàng. Nhiều bệnh nhân ưa chuộng lối làm việc của các chuyên viên trong nhóm liệu pháp hướng vào bệnh nhân, vì người bệnh luôn luôn được tôn trọng, được tự do diễn đạt ý tưởng và cảm xúc của mình mà không lo sợ bị phán xét, bị buộc tội, và nhất là không có cảm giác mình là một con bệnh. Tuy nhiên, liệu pháp này khó có thể áp dụng thành công đối với những xã hội mà con người không thật sự được quyền tự do phát biểu, bao gồm những vấn đề cấm kỵ

thuộc về văn hóa, phong tục cho đến những vấn đề liên quan đến chính trị và xã hội. Thói quen cần phải kín đáo, che chắn trong mọi hành vi và ngôn từ của người dân trong các khuôn mẫu xã hội đó, trong nhiều trường hợp, không cho phép họ trút bỏ tâm tư mình cho bất cứ ai.

NHÓM QUAN ĐIỂM HIỆN SINH

Quan điểm hiện sinh cũng đặt trọng tâm vào tính chất độc đáo và riêng tư của cá nhân, nhưng đặt tầm quan trọng vào việc chú ý đến *những điều kiện trong đời sống hiện tại của cá nhân, và những hiện tượng liên hệ đến bản chất và ý nghĩa của sự sống.*

Quan điểm hiện sinh bắt nguồn từ một phong trào văn học và triết học cận đại tại Âu châu vào giữa thế kỷ 20, trong đó có các triết gia như **Kierkegaard**, **Nietzsche**, và **Heidegger**, **Jean-Paul Sartre**, và những văn sĩ như **Simone de Beauvoir**, và **Albert Camus**. Phong trào này đặc biệt quan tâm đến *thân phận của con người trong vũ trụ, những ý niệm về tự do trong sự sống, những hạn chế và cản trở trong việc tự do lựa chọn những mục tiêu và dự án cho đời mình, và ý nghĩa của sự sống, của sự hiện hữu.* Phong trào này đã ảnh hưởng mạnh mẽ tới các nhà tâm lý học đương thời.

Các tâm lý gia thuộc phái hiện sinh tin rằng những hiện tượng hay triệu chứng bệnh thuộc về *tâm căn* (neurosis) (trầm cảm, lo âu, hoảng sợ, ám ảnh...), nghĩa là những bệnh bắt nguồn từ những yếu tố tâm lý thì phần lớn là do cá nhân không còn khả năng làm chủ được chính mình, thiếu trách nhiệm trong cuộc sống của bản thân, đánh mất cảm giác tự do chọn lựa, và muốn trốn thoát thực tế của thân phận. Do đó, liệu pháp tâm lý trước hết phải nhắm đến việc giúp cho người bệnh ý thức rõ bản chất tương đối, mong

manh, và ngăn ngừa của sự sống trong thế giới hiện tại. Giúp người bệnh có cái nhìn thực tế hơn về các mối quan hệ của mọi người trong xã hội, mối tương quan giữa con người và vũ trụ, những hạn chế và sự vô nghĩa của kiếp người, sự chết, trách nhiệm trong hành động và khả năng chọn lựa của mỗi cá nhân, v. v...

Quan điểm hiện sinh nhận định rằng thành quả chữa trị tùy thuộc phần lớn vào tính chất của mối quan hệ giữa người bệnh và người trị liệu. Theo đó, *quan hệ trị liệu phải luôn luôn thể hiện sự trung thực, cởi mở, bình đẳng, hiểu biết, và thông cảm giữa người bệnh và người trị liệu.* Tự trung, tùy theo từng trường hợp, liệu pháp hiện sinh thường khuyến khích, sửa đổi, hay xây dựng cho người bệnh những ý niệm mới về nhân sinh, về vũ trụ, về sự sống và cái chết của kiếp người, về trách nhiệm làm người, ý thức về bản thân, về tự do và những hạn chế trong những điều kiện lựa chọn hiện tại.

Quan điểm hiện sinh đã khởi xướng ra nhiều phương pháp trị liệu khác nhau. Có thể liệt kê một số liệu pháp tiêu biểu như sau:

Liệu pháp thực tế (reality therapy) của **William Glasser** thường áp dụng để chữa trị cho các trẻ em hư hỏng. Trọng tâm của liệu pháp này là hướng sự chú ý của cá nhân vào các hành vi hiện tại, khuyến khích cá nhân có những nhận thức rõ ràng và thực tế trong các hành động tìm kiếm và thỏa mãn những nhu cầu cá nhân mà không có hại cho chính mình cũng như cho người khác. Liệu pháp khích lệ cá nhân phải ý thức và thừa nhận mọi trách nhiệm của mình trước những hành động do mình làm ra. Tóm lại, liệu pháp thực tế giúp cá nhân có khả năng nhận dạng được những hành vi sẽ đưa đến thất bại cho mình và cá nhân phải tích cực thay thế chúng bằng những hành vi tốt đẹp và hợp lý hơn [18].

Liệu pháp hình thái đồng nhất (gestalt therapy) của **Fritz**

Perls lại cho rằng cá nhân con người là một thực thể toàn bộ đồng nhất, không có sự tách rời, không thể phân chia ra thành những yếu tố riêng biệt như sinh lý, tâm lý, cảm xúc, vv... Một cá nhân có ý thức đầy đủ phải là người nhận biết được mọi tình huống hiện tại và tự điều hành lấy mọi việc của mình trong phạm vi của sự tương tác giữa chính mình và môi trường bên ngoài. Tuy nhiên, ngoài “cái tôi” thật, cá nhân cũng còn có *cái tôi ẩn tượng* (self-image). *Cái tôi ẩn tượng* thường không phản chiếu trung thực bản chất và khả năng thật sự của cá nhân. Nó áp đặt những tiêu chuẩn bên ngoài, trái với sự phát triển của “cái tôi” thích ứng với hiện thực. Do đó, mục tiêu của liệu pháp hình thái đồng nhất là giúp cá nhân *thức tỉnh* (awareness) để nhận biết chính “cái tôi” thực sự của mình, nhận biết môi trường thực tế, và bản chất của sự quan hệ giữa con người và môi trường sống.

Liệu pháp hình thái đồng nhất sử dụng nhiều kỹ thuật để giúp cá nhân nhận biết và phối hợp được những điều kiện và nhu cầu *bây giờ và tại đây* (here- and- now) và giúp cá nhân trở về với cái tôi trọn vẹn và đích thật của mình. Các chuyên gia liệu pháp hình thái đồng nhất thường sử dụng các kỹ thuật *phân tích giấc mơ* và các kỹ thuật độc thoại (tự mình nói ra hết tâm tư của mình) để bệnh nhân rốt cuộc có ý thức rõ về con người của mình [19].

Liệu pháp vai trò nữ giới (feminist therapy) được hình thành để giúp các bệnh nhân phái nữ biết giải quyết những vấn đề thuộc về kỳ thị, áp chế, và ức hiếp vì giới tính của mình. Phân biệt quyền lợi giữa nam và nữ là vấn đề đã rất phổ biến và dai dẳng trong các xã hội Đông phương cũng như Tây phương từ ngàn xưa và cho đến nay vẫn còn tồn tại trong một số quốc gia trên thế giới. Xã hội thường cho phép nam giới có quá nhiều uy quyền, trong khi đó lại xem vai trò nữ giới là thứ yếu và phụ thuộc; do đó đã từng gây ra

hiều bất công, tệ nạn, và tội ác đối với phái nữ. Nói tóm lại, liệu pháp vai trò nữ giới có mục đích khích lệ nữ giới phải biết nâng cao vai trò và quyền hạn của mình trong các vấn đề tranh chấp trong xã hội. Thông thường chuyên viên trị liệu (thường phải là phái nữ) đóng vai trò của một người kiểu mẫu trong mọi cách thức hành động, suy nghĩ, và nhận thức và khích lệ cá nhân hãy hành động, suy nghĩ, và nhận thức theo mình. Những gì được thực hành trong liệu pháp tốt cuộc sẽ giúp cá nhân suy ra được cách giải quyết những vấn đề của riêng mình [20].

Nói tóm lại, các tâm lý gia theo quan điểm hiện sinh/ nhân văn chú tâm nghiên cứu vào những vấn đề bao quát và rộng lớn của con người hơn là những vấn đề tâm lý đặc thù và riêng tư thuộc về cá nhân.

Ý thức được những sự kiện to lớn và nổi bật mang tính chất thách đố đến sự sống còn của con người, quan điểm hiện sinh/ nhân văn đặc biệt đã bàn đến những khía cạnh tâm lý khác của sự sống mà các quan điểm khác đã không đề cập đến. Đó là những quyền và khả năng tự nhiên mà mỗi con người đều có ngay trong sự hiện hữu của mình, bao gồm *quyền tự do quyết định vận mệnh của mình, quyền được lựa chọn, và quyền theo đuổi những mục tiêu mong muốn*. Thêm vào đó, không như các quan điểm khác, quan điểm hiện sinh/ nhân văn *không xem khách hàng của mình là những con bệnh* hoàn toàn lệ thuộc vào sự điều trị mà không có tiềm năng để tự mình vượt qua mọi trở ngại. Quan điểm hiện sinh/ nhân văn tin tưởng rằng *bản chất của con người là tốt, luôn hướng đến chân- thiện- mỹ và có thể tự thay đổi cho cuộc sống của chính mình*.

Tuy nhiên, bên cạnh những ưu điểm đó, quan điểm hiện sinh/ nhân văn cũng bị chỉ trích là không có cái nhìn sâu sắc vào

những tính chất khác biệt và tình huống đặc thù của mỗi cá nhân, nói cách khác, không chú tâm vào những khía cạnh phức tạp của đời sống tâm lý cá nhân để phác họa những kế hoạch chữa trị hợp lý. Ngoài ra, các cuộc kiểm tra cho thấy những kết quả chữa trị bằng liệu pháp này vẫn còn rất nhiều hạn chế, vì vậy liệu pháp hiện sinh/ nhân văn vẫn chưa có nhiều sự hỗ trợ của các giới chuyên môn.

QUAN ĐIỂM XÃ HỘI/ VĂN HÓA

The Sociocultural Perspective

Các lý thuyết gia thuộc trường phái xã hội và văn hóa quan niệm rằng cá tính của mỗi người được hình thành và phát triển bên trong khuôn mẫu hạn định của xã hội. Không ai có thể được sinh ra và tự phát triển một đời sống vượt ra ngoài những khuôn mẫu uốn nắn của gia đình và nền văn hóa của xã hội mà mình đang sống. Không có gia đình và xã hội, cá nhân không thể có tiếng nói, ngôn ngữ và không tự làm nên cuộc sống cho chính mình. Những thói quen, tập tục, luật lệ, quy ước, những yêu cầu và những tiêu chuẩn giá trị chung của xã hội đều là những lực tác động có tính bó buộc lên trên mọi cá nhân. Mọi người sống trong xã hội đều phải thủ đắc và hành xử một vai trò nào đó chứ không thể chối bỏ xã hội để sống đơn lẻ. Cho nên mỗi con người đều có thuộc tính xã hội, hay nói khác đi, con người là sinh vật duy nhất có khả năng tạo nên xã hội và đồng thời có sự sống phụ thuộc vào xã hội.

Quan điểm xã hội và văn hóa về cá tính có cội nguồn từ những

ý niệm đã có sẵn trong các khoa xã hội học và nhân chủng học phát triển từ đầu thế kỷ thứ 19.

Các nhà xã hội học nhận định rằng xã hội cũng là môi trường tạo ra những hành vi bất thường hay bệnh hoạn cho một số cá nhân [21]. Chẳng hạn, một xã hội bị rối loạn và tụt hậu về vấn đề luân lý và đạo đức sẽ là môi trường thích hợp cho sự sản sinh, nuôi dưỡng, và phát triển những hành vi bất thường (nghiện ngập, bạo lực, áp bức, đối xử thiếu nhân đạo, bệnh trầm cảm, rối loạn lo âu...) cho một số người trong xã hội đó. Các nhà nghiên cứu nhân chủng cũng tìm thấy rằng qua nhiều thời kỳ tiến hóa của nhân loại, giữa các cộng đồng xã hội và giữa các nền văn hóa khác nhau cũng đều có sự xuất hiện những khuôn mẫu ứng xử bất bình thường và chúng vẫn tiếp tục tồn tại bằng cách này hay cách khác [22]. Chẳng hạn, tính mê tín thường dễ lây lan và rất phổ biến trong nhiều cộng đồng dân tộc khác nhau trên thế giới từ thời đại này xuyên qua thời đại khác.

Kể từ thập niên 1950, các nhà tâm lý học bắt đầu chú tâm nghiên cứu sự liên hệ của những vấn đề thuộc về xã hội và các khuôn mẫu văn hóa đối với đời sống tâm lý của mỗi cá nhân con người. Chẳng hạn, năm 1958 **August Hollingshead** và **Frederick Redlich** đã phổ biến một công trình nghiên cứu với cuốn sách nhan đề “*Giai tầng xã hội và bệnh tâm thần*” (Social Class and Mental Heath), trong đó họ chứng minh là những triệu chứng loạn thần, tính nổi loạn và hiếu chiến trong lớp người thuộc giai tầng kinh tế xã hội thấp kém thường phổ thông hơn trong lớp người ở giai tầng xã hội cao hơn. Cũng trong thời gian đó lý thuyết và *liệu pháp gia đình* (family therapy) được phát triển.

Các chuyên gia tâm lý nghiêng về xã hội và văn hóa cho rằng muốn hiểu rõ những khía cạnh bất thường hay bệnh hoạn trong

các hành vi của cá nhân thì phải xem xét bối cảnh xã hội, những lực tác động của xã hội và văn hóa, mà trong đó cá nhân ấy đang sống. Bối cảnh xã hội bao gồm cấu trúc gia đình, hệ thống tổ chức xã hội, quy ước, lễ thói và phản ứng của xã hội, các sức ép và định kiến thuộc về văn hóa...

Lý thuyết hệ thống gia đình (family system theory) xem gia đình như là một hệ thống có tổ chức, bao gồm các kiểu cách quan hệ và liên lạc giữa các phần tử cá nhân trong gia đình. Mỗi quan hệ tương tác giữa các thành phần trong gia đình có mục đích là làm cho môi trường gia đình duy trì được sự an toàn, cân bằng, và những lợi ích sống còn của mọi thành viên. Gia đình là môi trường nuôi dưỡng, uốn nắn, tập tành, và giáo dục con người trong mọi vấn đề. Gia đình làm nên ngôn ngữ và cá tính của các thành viên. Các lý thuyết gia hệ thống gia đình cũng tin rằng có những tập quán, luật lệ, lòng tin, những khuôn mẫu cư xử trong gia đình có thể tạo cho các thành viên những cách ứng xử và hành động lệch lạc và bất thường, không phù hợp với diễn biến của xã hội bên ngoài. Do đó, nếu những thành viên nào muốn hành động phù hợp với những sinh hoạt đương thời của xã hội, thì cá nhân đó ắt phải hành động chống lại các lễ thói, lòng tin, và khuôn phép của gia đình, và như vậy là làm đảo lộn và rối loạn trật tự và sự an sinh của gia đình.

Gia đình có thể là một **hệ thống mở** (đón nhận mọi ảnh hưởng từ bên ngoài) hay là **hệ thống đóng** (chống lại mọi ảnh hưởng và thay đổi từ bên ngoài). Cả hai loại gia đình như vậy đều tạo ra môi trường sống *phiến diện* và *cực đoan* cho các thành viên.

Ngoài ra, **Minuchin**, trong tác phẩm "Families and family therapy", cho rằng gia đình nào cũng được xây dựng và sinh hoạt trong khuôn khổ của những cấu trúc gọi là **vùng ranh giới**

(boundaries) và **vùng tiểu hệ thống** (subsystems) [23]. Vùng tiểu hệ thống thường chỉ có hai người và thường nằm bên trong vùng ranh giới, và vùng ranh giới là khu vực có sự dính líu đến nhiều người trong gia đình hơn. Vùng ranh giới hay tiểu hệ thống là hai ý niệm mà Minuchin dùng để mô tả những tính chất và số lượng của mọi tiếp xúc, quan hệ được chia sẻ giữa các thành viên trong vùng đó. Chẳng hạn, sự liên hệ giữa hai vợ chồng được xem là khuôn mẫu, một hệ thống quan hệ của một vùng tiểu hệ thống. Vùng tiểu hệ thống bao gồm những sự việc riêng tư, những chia sẻ, cam kết, ước định là những điều mà chỉ có hai người biết với nhau và những người khác trong gia đình không thể hoặc không nên biết tới. Gia đình nào thông thường cũng có khuynh hướng hình thành những hệ thống quan hệ theo khuôn mẫu của một hoặc nhiều vùng ranh giới và tiểu hệ thống, tùy theo những điều kiện và tình hình riêng của gia đình đó.

Minuchin cũng đưa ra hai ý niệm, **sự vướng víu** (enmeshment) và **sự lạnh nhạt** (disengagement) để mô tả những gia đình có những triệu chứng sinh hoạt bất bình thường. Ý niệm **vướng víu** dùng để mô tả những vùng ranh giới mờ mờ làm cho các cá nhân không giữ được tính độc lập và thường dựa dẫm hoặc bị lệ thuộc lẫn nhau. Trong khi đó ý niệm **lạnh nhạt** có nghĩa là các vùng ranh giới và tiểu hệ thống luôn luôn nằm trong tình trạng cô lập và cứng nhắc, không có sự chuyện trò, thông tin, và chia sẻ cho nhau, đưa đến hậu quả là mọi quan hệ và sự cảm thông giữa các thành viên đều bị bế tắc.

Như thế, các chuyên viên tâm lý gia đình lập luận rằng những cá tính bất thường phần lớn được phát triển và duy trì trong các môi trường gia đình có những sinh hoạt không lành mạnh. Những đứa trẻ trong các gia đình có những sinh hoạt vướng víu khi lớn

lên thường không phát triển được cá tính độc lập và tự lực, và những đứa trẻ trong những gia đình có những sinh hoạt thiếu sự giao ước thường gặp nhiều khó khăn trong quan hệ giao tế, tánh tình thường khô khan, co rút, lãnh đạm, thiếu cảm thông và thiếu hòa đồng. Tựu trung, những cá nhân trong các gia đình không có những sinh hoạt quy củ, nề nếp, và thuận thảo thường dễ bị tổn thương trong quá trình phát triển đời sống tâm lý. Những sức ép tâm lý mà cá nhân phải chịu đựng lâu dài và liên tục từ môi trường gia đình có thể dẫn đến những suy nghĩ, cảm xúc, và hành động sai trái, bất bình thường hay bệnh hoạn, cụ thể là các lối cư xử và hành động bạo loạn, nghiện ngập, hoặc tự tử, v.v...

Tổ chức và hệ thống luật lệ của xã hội cũng là vấn đề có tác động trực tiếp đến đời sống tinh thần của con người. Một xã hội mà các định chế luật lệ không có sự thống nhất và trước sau như một, và những mạng lưới phục vụ và hỗ trợ không có nội dung thiết thực và công bằng cho mọi người dân thường dễ tạo ra những tình trạng chán nản, buồn khổ, cảm giác thiếu an ninh, âu lo, và vô vọng cho nhiều người dân trong xã hội đó. Ngoài ra, môi trường xã hội cũng còn sản sinh những vấn đề đặc biệt, như vấn đề nghèo khó, ô nhiễm môi trường, kỳ thị chủng tộc, phân biệt giai cấp, phân biệt nam nữ, phân biệt thành phần, những thay đổi thuộc về kinh tế, kỹ nghệ, tình trạng đô thị hóa, nạn nhân mãn, tình trạng thất nghiệp, tình trạng lan tràn tội phạm, bạo lực và đàn áp giữa các phe nhóm hay từ phía chính quyền, và chiến tranh, v. v... Tất cả những vấn đề nêu trên đều có thể tạo ra những hậu quả to lớn cho những tổn thương tinh thần đối với những người dân đang sống trong cảnh ngộ.

Các định chế về văn hóa cũng là những yếu tố uốn nắn và định hướng cho đời sống tâm lý của nhiều cá nhân trong xã hội

đó. Những nét đặc thù của một nền văn hóa liên quan đến lịch sử, ngôn ngữ, phong tục truyền thống, những tiêu chuẩn của giá trị, thói quen trong nếp suy nghĩ, giao tiếp, cách ăn ở, và tập quán, v.v... đều ảnh hưởng sâu đậm đến sự hình thành cá tính và hành vi của con người trong nền văn hóa đó. Một nền văn hóa không có các định chế bảo đảm cho sự tự do về các mặt thông tin, tư tưởng, phát biểu, diễn tả, chọn lựa niềm tin, và tính độc lập trong mọi quyết định thì đời sống tinh thần của nhiều người trong xã hội có thể bị thui chột. Ví dụ, nền văn hóa quá khắc khe, luôn xem người đàn bà là phải lệ thuộc, phục tùng, mà cụ thể là những hành động gả bán, ép duyên, bắt làm nô tì trong các xã hội cổ xưa đã là nguyên nhân của những nỗi u uất, buồn tủi, hay những vụ quyền sinh của một số người.

Những tiêu chuẩn giá trị và thành kiến của xã hội cũng tác động rất nhiều đến cuộc sống cá nhân. Có những tiêu chuẩn giá trị của xã hội có thể làm cho một số cá nhân suy nghĩ và hành động lệch lạc, thiếu thực tế. Ví dụ, thống kê cho thấy rất nhiều phụ nữ trẻ tuổi tại các quốc gia tây phương thường bị *chứng chán ăn* (anorexia nervosa) vì bị ảnh hưởng tới những lời ca tụng trên các báo chí, phim ảnh, quảng cáo, và truyền thông về những nét đẹp lý tưởng của những người con gái có thân hình mảnh mai nhờ biết tập luyện và nhịn ăn. Trong một khía cạnh khác, một xã hội có thành kiến với những người tàn tật, bất lực, bất khiếm dụng hoặc không còn khả năng lao động cũng dễ làm gia tăng sự buồn khổ và tuyệt vọng cho lớp người này. Nói tóm lại, đời sống tâm lý của cá nhân thường chịu ảnh hưởng sâu rộng với những quan điểm và lập trường chung của xã hội mà cá nhân đang là một phần tử trong đó.

QUAN ĐIỂM SINH HỌC

The Biological Perspective

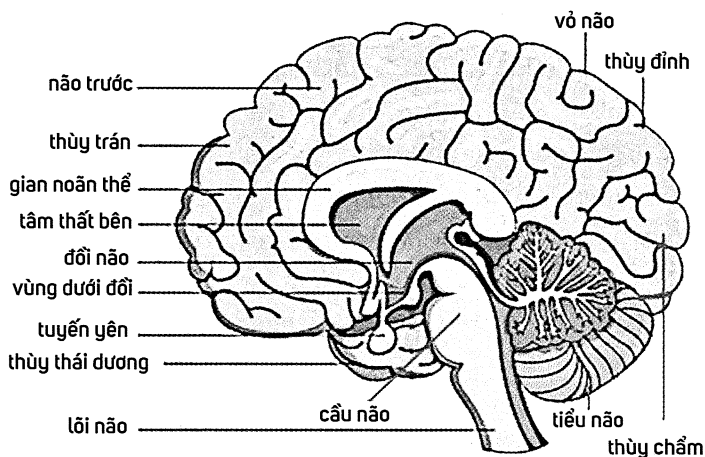
Phái sinh học tin rằng não bộ là trung tâm điều khiển mọi hành vi của con người, do đó, các hiện tượng hay triệu chứng bất thường trong hành vi của con người cũng phải có những nguyên nhân khởi đầu từ sự bất thường, hư hỏng, hay rối loạn nào đó của não bộ [24]. Quan điểm này đã khích lệ cho sự phát triển nhanh chóng các môn khoa học nghiên cứu về cấu trúc và sinh hoạt của hệ thống thần kinh não bộ kể từ sau thập niên 1950, như khoa thần kinh học (neurology), thần kinh tâm lý học (neuropsychology), và sinh hóa học (biochemistry).

Các chuyên gia thuộc trường phái sinh học nói rằng, qua nhiều năm nghiên cứu, họ nhận thấy các chứng bệnh tâm thần như rối loạn lo âu, sợ hãi, trầm cảm, hưng cảm, và tâm thần phân liệt đều có liên quan đến những thay đổi hay rối loạn trong bộ não.

Thêm vào đó, các loại thuốc dùng để chữa các bệnh tâm thần đã chứng tỏ có những hiệu quả nhất định cho nhiều bệnh nhân. Nhiều thí nghiệm cho thấy sự sử dụng các dược chất đã tạo ra

những thay đổi của số lượng các hóa chất trong não bộ và kết quả là các triệu chứng tâm thần được giảm thiểu. Những năm về sau này khoa học cũng đã phát minh được những kỹ thuật soi rọi, chụp hình để biết được hình thể cũng như mọi diễn biến xảy ra của các bộ phận trong thân thể, như các kỹ thuật *CAT scanning* (computerized axial topography), *PET scanning* (positron emission topography), và *MRI* (magnetic resonance imaging) và *fMRI* (functioning magnetic resonance imaging). Những kỹ thuật này đã giúp các chuyên gia có thêm nhiều hiểu biết về cấu trúc và các chức năng sinh hoạt của não bộ có liên quan đến các hiện tượng và triệu chứng tâm thần.

Các nhà nghiên cứu ước tính bộ não có khoảng 100 tỷ *tế bào thần kinh* (neurons) và hàng ngàn tỷ các loại tế bào hỗ trợ khác. Các tế bào quy tụ thành những nhóm gọi là những vùng não (brain regions), gồm có *vùng não sau* (hindbrain), *vùng não giữa* (midbrain) và *vùng não trước* (forebrain).



HÌNH 1

Mỗi vùng não lại bao gồm nhiều phần có cấu trúc và chức năng khác nhau. Chẳng hạn, vùng não sau có 3 phần: **Hành tủy** (medulla oblongata) là phần có chức năng điều khiển hơi thở, nhịp đập tim, áp suất máu và sự tiêu hóa; **cầu não** (pons) là phần điều hòa các trạng thái tỉnh thức; và **tiểu não** (cerebellum) là phần chịu trách nhiệm phối hợp, điều khiển, và cân bằng các chuyển động và tư thế của cơ thể.

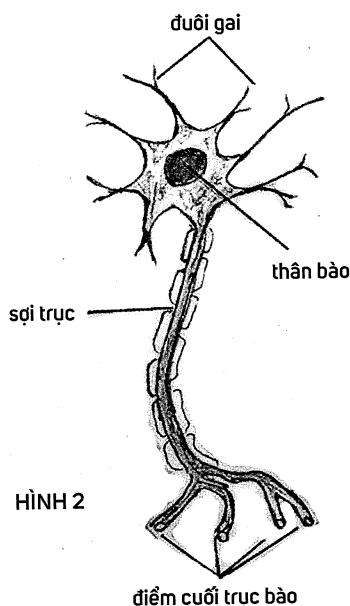
Bên ngoài não là một lớp chất xám bao bọc, gọi là **vỏ não** (cortex). Vỏ não là phần phát triển sau cùng (sau khi sinh ra vỏ não tiếp tục phát triển đến khoảng 16 tuổi mới chấm dứt) và chức năng sinh hoạt của nó bao gồm các lĩnh vực nhận thức, cảm xúc, cảm giác, và cử động. Vỏ não gồm có bốn thùy: **thùy trán** (frontal lobe) chiếm 29% diện tích vỏ não đối với loài người (so với loài khỉ chimpanzees là 17%, chó 7% và mèo 3,5%), **thùy thái dương** (temporal lobe), **thùy đỉnh** (parietal lobe), và **thùy chẩm** (occipital lobe) (Hình 1).

CẤU TRÚC VÀ CHỨC NĂNG CỦA NÃO BỘ

Mỗi tế bào thần kinh gồm có **thân bào**, còn gọi là **nhân** (nucleus), **gai bào**, còn gọi là đuôi gai (dendrite) là những sợi nhỏ li ti mọc quanh thân bào, và **trục bào**, còn gọi là **sợi trục** (axon) là một sợi dài nhô ra từ thân bào. Mỗi tế bào chỉ có một trục bào, nhưng mỗi trục bào cũng có thể tẻ ra làm nhiều nhánh và mỗi nhánh có cái túi nhỏ gọi là điểm cuối trục bào (end buttons). Trục bào có nhiệm vụ mang thông tin từ tế bào này qua tế bào khác. Mọi thông tin được truyền đi trong não bộ đều theo một phương thức chuyển động phức tạp gọi là **tiến trình điện hóa** (electrochemical process), theo đó, một sự kích động của một thần kinh não, được

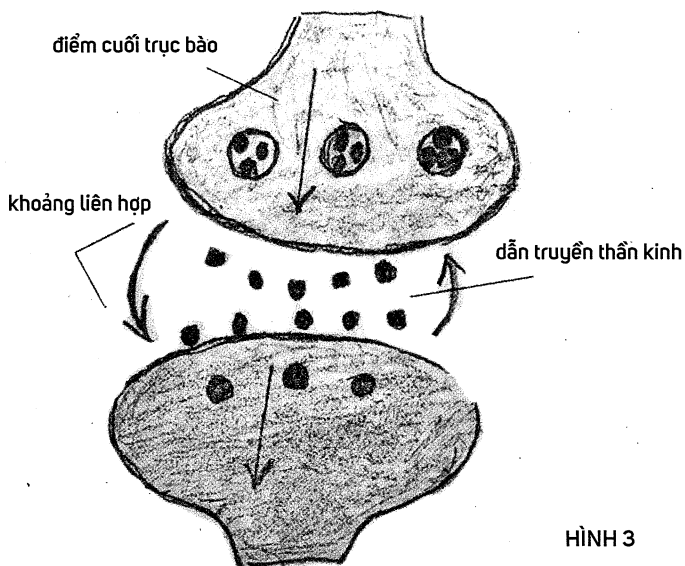
gọi là **xung động điện sống** (spike), có thể coi như là một điện tín được gởi đi, bắt đầu từ thân bào truyền qua trục bào và sau đó được các gai bào của tế bào khác tiếp nhận, và cứ như thế thông điệp sẽ được truyền đi khắp não bộ.

Tuý nhiên, làm sao các thông điệp có thể truyền đi được khi thực tế là các tế bào thần kinh không chạm vào nhau? Các nhà nghiên cứu nói rằng ở giữa hai tế bào thần kinh có một khoảng trống nhỏ gọi là **khoảng liên hợp** (synapse) và thông điệp truyền qua được khoảng trống này là nhờ vào sự luân chuyển của những chất hóa học, được gọi là **chất dẫn truyền thần kinh** (neurotransmitter), và chất dẫn truyền thần kinh sẽ mang thông điệp thoát ra khỏi khoảng liên hợp để đến **nơi tiếp nhận** (receptor) của các gai bào của một tế bào thần kinh khác (Hình 2).



Chất dẫn truyền thần kinh là những *phân tử* (molecules) hóa học có vai trò chuyển tin như vừa mô tả.

Có khoảng vài chục chất dẫn truyền thần kinh khác nhau hoạt động trong não bộ và được chia làm ba nhóm: *monoamines*, *amino acids*, và *neuropeptides*. Mỗi tế bào thần kinh chỉ sử dụng một vài chất dẫn truyền thần kinh nhất định. Tiền thân của các chất dẫn truyền thần kinh là các *chất đạm* (proteins) rút ra từ quá trình tiêu hóa thực phẩm của cơ thể. Rất nhiều chất đạm sau đó lại phân hóa để biến thành các *hợp chất hữu cơ amino acids*. Các hợp chất hữu cơ này được đưa vào não bộ theo đường máu và sau đó, khi nằm trong các tế bào thần kinh, chúng biến thành các chất dẫn truyền thần kinh (Hình 3).



HÌNH 3

Các nhà nghiên cứu cũng tin rằng các triệu chứng bệnh tâm thần đều có liên quan với những hoạt động phức tạp của các chất dẫn truyền thần kinh trong tiến trình di chuyển của chúng từ tế bào thần kinh này qua tế bào thần kinh khác. Nói khác hơn là những tính chất bất thường trong các hoạt động của một hay vài chất dẫn truyền thần kinh nào đó có thể là nguyên nhân đưa đến các triệu chứng tâm thần.

Tựu trung, khoa thần kinh sinh học tin rằng phần lớn các triệu chứng tâm thần đều phát xuất từ những hoạt động bất thường của não bộ.

Sự bất thường hoặc thuộc về cấu trúc của não, như trường hợp *các khe não thất bị nở lớn* (enlarged ventricles), hoặc sự bất thường vì tổ chức của các *tế bào thần kinh bị hỗn loạn*; hoặc sự bất thường thuộc về các chức năng của não, như *mức độ lưu chuyển không bình thường của các chất dẫn truyền thần kinh*, hay *sinh hoạt của một vùng não nào đó bị bất thường*. Khoa thần kinh sinh học phát hiện một số trường hợp điển hình như:

Chứng tăng hiếu động giảm chú ý (attention- deficit/ hyperactivity disorder) (ADHD) có thể phát sinh do những nguyên nhân thuộc về di truyền hay bẩm sinh. Những trẻ em bị chứng ADHD thường có vùng *tiền vỏ não* (prefrontal cortex) nhỏ hơn 5% so với các trẻ em bình thường và lượng máu trong vùng này cũng thường bị thiếu hụt. Thêm vào đó, các khu vực trong não như *caudate nucleus*, *corpus callosum*, *globus pallidus* cũng có phần nhỏ hơn. Các loại thuốc kích thích làm gia tăng chất dẫn truyền thần kinh *dopamine* đã tỏ ra có những hiệu quả tương đối cho chứng bệnh này.

Bệnh tâm thần phân liệt (schizophrenia) có liên quan đến những đặc tính bất thường của cấu trúc não bộ có từ bẩm sinh,

như các khe não thất bị nở lớn và có hiện tượng rối loạn ở *vùng hồi hải mã* (hippocampus) (khu vực phồng lên ở hai thùy thái dương, hình thù giống con hải mã, trách nhiệm liên quan đến trí nhớ và cảm xúc). Ngoài ra, có nhiều bằng chứng cho thấy bệnh tâm thần phân liệt có liên quan đến mức độ dư thừa các chất dẫn truyền thần kinh *dopamine* và *norepinephrine* trong não bộ.

Bệnh rối loạn khí sắc (mood disorders) được tìm thấy có liên hệ đến sự bất thường của các cấu trúc não, như *vùng dưới đồi* (hypothalamus) (khu vực có nhiệm vụ kiểm soát hệ thống thần kinh tự chủ và tuyến nội tiết, duy trì mọi cân bằng các chất lỏng trong cơ thể, nhiệt độ, khả năng biến hóa thức ăn thành năng lượng...), *vùng hệ thống bán tính* (limbic system) (một nhóm các phần cấu trúc não cùng phối hợp hoạt động để điều hòa cảm xúc), và *vùng hạch đáy* (basal ganglia) (cũng là một nhóm các phần cấu trúc não có nhiệm vụ điều khiển mọi chuyển động tự nguyện của cơ thể). Đối với *bệnh rối loạn khí sắc* đơn cực, còn gọi là *bệnh trầm cảm*, thì các nghiên cứu còn phát hiện có sự chậm chạp, ù lì trong sinh hoạt của não bộ, đặc biệt là ở vùng tiền vỏ não, đồng thời mức độ luân lưu các chất dẫn truyền thần kinh như *norepinephrine* và *serotonin* cũng phát hiện là bị thiếu hụt ở các khoảng liên hợp giữa các tế bào thần kinh.

Bệnh rối loạn hoảng hốt (panic disorders) có ảnh hưởng đến sự bất thường của các vùng não ở thùy thái dương, khu chân hải mã, và *lõi não* (brain stem). Khi người bệnh đang trong cơn hốt hoảng, sợ hãi thì lượng máu luân chuyển trong não bộ thường bị ức chế. Bệnh rối loạn hoảng hốt cũng được tìm thấy là có liên hệ đến sự thiếu hụt của các chất dẫn truyền thần kinh *serotonin* và *gamma- amino- butyric acid* (GABA).

DƯỢC LÝ LIỆU PHÁP (PSYCHOPHARMACOTHERAPY)

Nhiều thí nghiệm cho thấy rất nhiều loại chất liệu và dược liệu có thể tác động đến các chức năng sinh hoạt bình thường của não bộ, cũng như làm thay đổi tiến trình biến hóa của các chất dẫn truyền thần kinh theo nhiều phương cách. Chẳng hạn:

Chúng có thể có tác động ngăn chặn hành động của các chất xúc tác (enzymes), là chất có nhiệm vụ tạo ra phản ứng sinh hóa để thay đổi, gia tăng hay biến hóa các chất dẫn truyền thần kinh, nghĩa là dược liệu có thể làm ngưng lại công việc chuyển hóa của các chất *đạm* trong tiến trình biến thành chất dẫn truyền thần kinh.

Chúng có thể gây ra những tác động để *chặn đứng sự di chuyển* của các chất dẫn truyền thần kinh khi các chất này đang ở trong vị trí của khoảng liên hợp và nơi tiếp nhận.

Chúng có thể tạo ra những tác động làm gia tăng hay cùng cõ các tiến trình sinh hoạt của các chất dẫn truyền thần kinh.

Chúng cũng có thể tạo ra những tác động để *ngăn chặn sự tái xuất hiện* của các chất dẫn truyền thần kinh trong các khoảng liên hợp của các tế bào thần kinh trước.

Kết quả là nhiều nhóm dược liệu đã được sản xuất để chữa trị nhiều loại triệu chứng tâm thần khác nhau. Cho tới nay các nhà bào chế đã phân ra làm sáu nhóm dược liệu sử dụng cho hầu hết mọi triệu chứng tâm thần; đó là nhóm thuốc *chống các triệu chứng trầm cảm* (antidepressants), nhóm thuốc *chống các triệu chứng lo âu* (antianxiety), nhóm thuốc *chống các triệu chứng loạn thần* (antipsychotic), nhóm thuốc *chống các triệu chứng ám ảnh cưỡng bức* (antiobsessional), nhóm thuốc giúp *ổn định khí sắc* (mood-stabilizers), và nhóm thuốc *kích thích tâm trí* (psychostimulants).

LIỆU PHÁP SỐC ĐIỆN (ELECTROCONVULSIVE THERAPY) (ECT)

Một hình thức chữa trị khác của trường phái sinh học là áp dụng liệu pháp sốc điện, đặc biệt đối với *bệnh nhân trầm cảm nặng có kèm theo các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng và ảo giác*. Đơn giản là một dụng cụ có hai đầu điện cực được áp vào trán của bệnh nhân và một dòng điện từ 65 đến 140 Voltz cho chạy nhanh xuyên qua bộ não, tạo ra cơn co giật não bộ (convulsion) trong khoảng vài phút. Liệu pháp được thực hiện cứ hai hoặc ba ngày một lần trong khoảng từ 7 đến 9 lần thì một số bệnh nhân bắt đầu cảm thấy triệu chứng trầm cảm nhẹ đi. Tuy nhiên, liệu pháp sốc điện có nguy cơ gây ra sự nứt bể xương não, mất ký ức, và thiệt hại hệ thống thần kinh, do đó về sau này để giảm thiểu các rủi ro có thể xảy ra, các chuyên viên đã tìm cách thay đổi phương thức và các kỹ thuật áp dụng.

Vẫn chưa có những kết luận rõ ràng tại sao liệu pháp sốc điện có thể giảm thiểu được hiện tượng trầm cảm, nhưng các nghiên cứu cho thấy có khoảng 60- 70% các bệnh nhân sử dụng phương pháp chữa trị này được lành bệnh [25]. Kết quả trị liệu có thể được phỏng đoán là do sự rung chuyển của toàn bộ các tế bào thần kinh khi dòng điện chạy vào khiến cho các chất dẫn truyền thần kinh dần dần được điều hòa trở lại. Cho đến nay, do những quy định của chính phủ, liệu pháp sốc điện chỉ được sử dụng hạn chế trong những trường hợp cấp cứu, và được lý trị liệu vẫn là phương pháp điều trị chính.

PHẪU THUẬT TÂM THẦN (PSYCHOSURGERY)

Phẫu thuật não bộ cũng là một cách chữa trị bệnh tâm thần, mặc dù rất hiếm hoi. Có hai phương thức giải phẫu bộ não. Một

phương thức là cắt các chỗ nối giữa phần chất xám của thùy trán và phần dưới của não bộ, gọi là *lobotomy*. Một phương thức khác là tháo gỡ một thùy (lobe) ra khỏi một vùng não, gọi là *lobectomy*. Phẫu thuật não được thực hiện đầu tiên bởi bác sĩ **Antonio de Egas Moniz**, một chuyên viên giải phẫu người Bồ Đào Nha vào thập niên 1930.

Phương pháp giải phẫu não bộ không tỏ ra mấy hiệu quả và còn có nhiều nguy cơ cho tính mạng người bệnh. Nhiều bệnh nhân sau thời kỳ hậu phẫu trở nên điên loạn hơn, với những triệu chứng nặng như hay bị ngắt xiu, đồ đần, chậm chạp, yếu đuối, và trong nhiều trường hợp bị mất mạng. Càng về sau thì các phương cách giải phẫu được cải tiến nhiều hơn. Tuy nhiên, cho đến nay vấn đề phẫu thuật tâm thần cũng chỉ còn nằm trong giai đoạn thí nghiệm [26].

TỔNG KẾT

Các quan điểm về những tính chất và yếu tố làm phát triển và hình thành nên nhân cách của một người và những nguyên nhân gây ra các triệu chứng và sự rối loạn tâm lý tâm thần vừa nêu trên mặc dù vẫn còn tính cách phiến diện và khác biệt nhau, nhưng dù sao, tất cả các quan điểm này đều rất cần thiết vì nếu tổng hợp các kiến thức này lại thì chúng sẽ cho ta một sự hiểu biết vừa bao quát và vừa sâu rộng hơn về bản chất đời sống tâm lý của con người.

Mỗi quan điểm đều đào sâu vào một lãnh vực nghiên cứu khác biệt, và những khác biệt đó thật ra không có gì chống đối và loại bỏ nhau, mà ngược lại còn có thể bổ túc cho nhau, ý kiến này làm nổi bật ý kiến kia, phụ họa nhau để làm sáng tỏ những khía cạnh phức tạp của vấn đề.

Chính những quan điểm khác biệt này đã là những nền tảng xây dựng nên các nguyên tắc chữa trị các bệnh tâm thần đang thịnh hành hiện nay. Những quan điểm khác biệt giúp ta nhìn thấy đối tượng rõ hơn trên mọi yếu tố của vấn đề. Ví dụ, muốn chữa một bệnh nhân bị rối loạn tình dục, liệu pháp tâm lý sinh

động có thể giúp phát hiện những trải nghiệm, chấn thương đã kinh qua từ tuổi ấu thơ, liệu pháp hành vi giúp tìm thấy những phương cách thỏa mãn nhục dục sai trái mà đối tượng rất có thể đã học hỏi được từ những quan hệ bên ngoài, và liệu pháp nhận thức sẽ giúp tìm hiểu những quan niệm, nhận thức, và cảm xúc nào không hợp lý về vấn đề tình dục trong tư tưởng của người bệnh. Như vậy, trong phạm vi tâm thần trị liệu, phương cách tốt nhất để hiểu và điều trị vẫn phải là biết phối hợp mọi thông tin về các mặt tâm- sinh lý, xã hội, và văn hóa của người bệnh.

Trước hết, *quan điểm tâm lý sinh động* mà khởi đầu với lý thuyết *phân tâm học* của Freud rõ ràng đã giúp cho các giới chuyên viên thay đổi cách nhận thức xưa cũ về các hiện tượng tâm lý tâm thần. Trước Freud, chưa từng có một lối giải thích nào vừa khúc chiết và vừa có sức thuyết phục về bản chất của cá tính và những hiện tượng tâm lý, bình thường cũng như bất thường như vậy. Lập luận của tâm lý sinh động về những hiện tượng tâm lý tranh chấp và xung khắc với nhau, các lực thôi thúc từ bản năng, hay sự khống chế của lãnh vực vô thức trong mọi sinh hoạt của con người dù chỉ là những ý niệm trừu tượng, khó kiểm tra và đo lường được, nhưng rất khó bị phản bác. Có thể nói hầu hết các hình thức tâm lý trị liệu về sau này đều ít nhiều chịu ảnh hưởng của một số ý niệm về lý thuyết và thực hành của phân tâm học và tâm lý sinh động.

Dù chỉ là những giải thích không thể kiểm tra được, học thuyết tâm lý sinh động đã phản ánh trung thực nhiều khía cạnh tâm lý hàm chứa trong hành vi của mọi con người trong đời sống thực tế. Chẳng hạn, thực tế trong cuộc sống cho thấy những ý niệm về cơ chế tự vệ vẫn luôn luôn là những phản ứng xảy ra tự nhiên trong đời sống của cá nhân; hay những chấn thương tinh thần đã kinh

qua trong quá trình sống có thể gây ra những hậu quả, tác động to lớn đến cuộc sống tâm lý hiện tại của một cá nhân.

Vì vậy, nhiều ý kiến cho rằng học thuyết tâm lý sinh động là phương pháp thích hợp, không những cho các chuyên gia sử dụng để giải thích được các hiện tượng tâm lý một cách có phương pháp, mà nó còn giúp cho người bệnh biết cách suy ngẫm để nghiệm ra được nhiều vấn đề thuộc về tâm lý của riêng mình. Ngoài ra, học thuyết tâm lý sinh động còn phản ánh trung thực bản chất ích kỷ, tham muốn, đòi hỏi, và ước vọng của con người.

Tuy nhiên học thuyết tâm lý sinh động vẫn có những hạn chế của nó. Như đã nói, những hiện tượng tâm lý được giải thích bằng học thuyết tâm lý sinh động chỉ có thể hiểu được bằng khả năng trừu tượng hay bằng sự cảm nhận chứ không thể nào dùng phương pháp đo lường và kiểm nghiệm có tính khoa học. Phần lớn các sự kiểm tra và đánh giá đều dựa trên kết quả của từng trường hợp cá nhân riêng biệt. Ngoài ra, trong trị liệu, các kỹ thuật phân tâm học và tâm lý sinh động thường đòi hỏi thời gian lâu dài và phí tổn cao, do đó, hiện nay các kỹ thuật này đã được sửa đổi để biến thành lối chữa trị mới gọi là **liệu pháp tâm lý sinh động ngắn hạn** (brief psychodynamic psychotherapy). Tại Hoa Kỳ, khoảng 11% chuyên viên tâm lý hiện đang áp dụng liệu pháp phân tâm và tâm lý sinh động, và có khoảng 22% chuyên viên đang áp dụng liệu pháp tâm lý sinh động ngắn hạn trong công tác trị liệu cho bệnh nhân [27].

Quan điểm hành vi cũng có những thuận lợi và hạn chế của nó. Kể từ sau những năm 1950, rất nhiều học viện được mở ra để dạy về lý thuyết hành vi, và những kỹ thuật trị liệu dựa trên lý thuyết hành vi cũng được phát triển rộng rãi. Hiện nay có khoảng 5% chuyên viên tâm lý sử dụng liệu pháp hành vi trong trị liệu [28].

Điều đáng chú ý nhất là mọi kết quả chữa trị nếu có của quan điểm hành vi đều có thể được trải nghiệm tại phòng thí nghiệm. Những nguyên tắc của điều kiện hóa thao tác và điều kiện hóa cổ điển sử dụng trong phòng thí nghiệm cũng cho thấy có thể tạo ra hoặc làm biến mất những triệu chứng cho đối tượng được thí nghiệm. Các ý niệm về *kích thích, phản ứng, và củng cố* đều có tính chất cụ thể, có thể quan sát và đo lường được. *Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy liệu pháp hành vi có hiệu quả chữa trị rất cụ thể đối với các bệnh thuộc về ám ảnh sợ hãi, bệnh chậm phát triển trí tuệ, các bệnh thuộc về nghiện ngập, và một số vấn đề khác thuộc về tập quán, cá tính, v. v...*

Tuy nhiên, cách giải thích của quan điểm hành vi về các hiện tượng và triệu chứng bệnh lại quá đơn giản, không bao quát được tính chất phức tạp của sự sống của con người. Không phải tất cả các bệnh tâm thần đều phát sinh do tính không hợp lý, lệch lạc hay sai trái trong sự luyện tập, học hỏi, bắt chước và thích ứng với môi trường, mà trong nhiều trường hợp chúng vẫn có thể có những nguyên nhân khởi đi từ bẩm sinh của thể chất và tâm lý. Đó là lý do tại sao liệu pháp hành vi không tỏ ra có hiệu quả đối với nhiều triệu chứng tâm lý như các bệnh rối loạn khí sắc, tâm thần phân liệt, v. v... Quan điểm hành vi cũng có sự thiếu sót là không quan tâm đến lãnh vực trí tuệ của con người, như các chức năng của suy nghĩ, nhận thức, tưởng tượng, ước muốn, v. v... Vì vậy mà một số chuyên gia về sau đã phát triển một hình thức chữa trị bằng sự kết hợp của cả hai phương diện hành vi và nhận thức, gọi là **liệu pháp nhận thức - hành vi** (cognitive - behavioral therapy). Nói rõ hơn, tiến trình điều trị cần phải đặt trọng tâm vào việc tìm hiểu cả hai khía cạnh, hành động và tư tưởng của đối tượng.

Quan điểm nhận thức, cũng như quan điểm hành vi, càng

ngày càng được phổ biến trong các giới chuyên môn trị liệu. Hiện tại có khoảng 10% các chuyên gia tâm lý sử dụng quan điểm này trong công việc chữa trị bệnh nhân [29]. Sự thuận lợi của liệu pháp nhận thức là, thứ nhất, *chỉ chú ý vào những suy nghĩ, nhận thức, và cảm nhận* của người bệnh và, thứ hai, *có thể có những kết quả cụ thể trong một thời gian ngắn hạn*. Chẳng hạn, người bệnh trầm cảm có thể cảm thấy phần nào được hồi phục sau khi được phân tích cho biết lối suy nghĩ tiêu cực và nhận thức sai lạc đã có tác động rất lớn đến sự buồn khổ của mình. Trong tiến trình điều trị, nếu cá nhân thật sự cố gắng làm theo các hướng dẫn để thay đổi hẳn nếp suy nghĩ và nhận thức xưa cũ thì kết quả trị liệu sẽ có thể có nhiều điểm tích cực. Nhất là sự kết hợp của hai quan điểm hành vi và nhận thức trong tiến trình trị liệu (liệu pháp hành vi - nhận thức) cũng đã chứng tỏ có các kết quả chữa trị tốt đẹp đối với các triệu chứng trầm cảm, hưng cảm, rối loạn tình dục, lo âu, sợ hãi, bệnh chán ăn và các chứng tật thuộc về tập quán, thói quen, hay một số khía cạnh thuộc về nhân cách, cá tính.

Nhưng quan điểm nhận thức cũng có rất nhiều hạn chế của nó. Câu hỏi trước tiên là liệu những hiện tượng và triệu chứng bệnh bao giờ cũng là hậu quả của những nhận thức và lòng tin sai lạc hay không? Hay ngược lại, những nhận thức và lòng tin sai lạc chính là hậu quả của các triệu chứng bệnh đó? Thực tế cho thấy cả hai yếu tố đều có sự liên hệ nhân quả gắn bó và cả hai cũng có thể vừa là nguyên nhân và vừa là hậu quả của nhau. Hơn nữa, thay đổi nhận thức và suy nghĩ lệch lạc liệu có thể làm thay đổi hẳn và vĩnh viễn các hiện tượng và triệu chứng tâm bệnh không? Hay đó chỉ là biện pháp có tính đối phó nhất thời? Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy nếu trong quá trình trị liệu, liệu pháp nhận thức không

được kết hợp với các liệu pháp khác thì kết quả chữa trị không mấy khả quan, và nếu có cũng không được lâu bền.

Liệu pháp nhận thức cũng bị phê bình là chỉ chú trọng vào một phạm vi của chức năng sinh hoạt của đời sống con người. Đời sống con người không phải chỉ gói gọn trong khía cạnh sinh hoạt của sự nhận thức mà nó còn bao gồm những khu vực tâm lý rộng lớn và phức tạp khác thuộc các nhu cầu của bản năng, tình cảm, ý chí, tưởng tượng, ao ước, và ham muốn, v. v... Kinh nghiệm cho thấy sự hiểu biết không thôi cũng chưa đủ để cho cá nhân sửa đổi một hành vi sai trái của mình nếu không có những động lực khác kết hợp lại để đủ sức thúc đẩy cá nhân ấy thay đổi. Ngoài ra, con người thường có khuynh hướng đi tìm ý nghĩa của sự sống. Vấn đề này sẽ trở nên phức tạp khi có người cho rằng sự sống chỉ có ý nghĩa khi sống trọn vẹn với lòng tin và ý thích của mình chứ không phải sống theo sự nhận thức đúng sai thuần túy về mặt lý luận.

Quan điểm hiện sinh/ nhân văn được tán trợ là có cái nhìn rộng rãi, bao quát về thân phận của kiếp người và các khía cạnh tâm lý mà các quan điểm khác đã không bàn đến. Bản chất tự nhiên của con người là thường hay ưu tư, trăn trở đến những ý nghĩa của sự sống, cái chết, các tiêu chuẩn giá trị, sự tự do và quyền được lựa chọn, chấp nhận hay từ chối trong cuộc sống của mình. *Lý thuyết hiện sinh/ nhân văn phản ánh được tâm lý của con người là ai cũng muốn được tự do lựa chọn và quyết định số phận của mình.* Điều nổi bật nhất là quan điểm hiện sinh không xem đối tượng như là con bệnh và tin tưởng rằng mỗi cá nhân đều có tiềm năng và những tính chất tốt lành tự bản chất để tự mình cải sửa những hành vi nào không phù hợp với lợi ích của chính mình. Ví dụ, trong trị liệu, người thanh niên phạm tội hình sự sẽ rất cuộc nhận ra là anh ta phải có trách nhiệm với bản thân và số phận của

mình, và từ đó anh ta sẽ chấm dứt, không tiếp tục gây ra tội phạm để khỏi thiệt hại đến bản thân.

Mặc dù đa số các chuyên gia tâm lý chấp nhận quan điểm rằng mỗi cá nhân đều có tiềm năng phát triển sự sống và có quyền tự định đoạt lấy tương lai của mình, nhưng lý thuyết hiện sinh/nhân văn bị nhiều người phê bình là thiếu thực tế vì không chú ý đến những khía cạnh tâm lý cố hữu thuộc về bản chất của cá nhân. Lấy một ví dụ, qua một thời gian trị liệu bằng liệu pháp hiện sinh/nhân văn, X, người đã phạm tội cướp giết hiểu được rằng việc cướp bóc là xấu, là sẽ bị trừng trị, và bản thân sẽ bị nhiều thiệt hại nên rất muốn bỏ được tật xấu đó. Thế nhưng, vẫn chứng nào tật đó, anh ta cứ bị một lực từ bên trong thúc giục phải làm những chuyện phạm tội khi có cơ hội mà không làm sao cưỡng lại được. Như vậy, những lý do nào khác đã khiến X không thể nào bỏ được tật xấu? Nguyên nhân từ đâu mà anh ta mắc phải tật ăn cắp? Liệu pháp hiện sinh/nhân văn đã giúp được những kết quả cụ thể nào trong trường hợp này? Đó là những câu hỏi thường đặt ra cho các chuyên viên theo quan điểm hiện sinh/nhân văn.

Một vấn đề khác nữa là vì tính cách bao quát trong quan niệm và nhất là liệu pháp hiện sinh/nhân văn không đòi hỏi một khuôn mẫu chặt chẽ về phương thức và kỹ thuật trị liệu nên có thể bị một số đối tượng trong khi đang được trị liệu hồ nghi về hiệu quả của liệu pháp này. Ngoài ra, vì tính cách không hoàn toàn gây tác động trực tiếp và sâu rộng đến những vấn đề của người bệnh của phương pháp này, một số chuyên viên thiếu huấn luyện chuyên môn trong lãnh vực tâm lý trị liệu đôi khi có thể lẫn lộn rằng phương pháp điều trị bệnh nhân thiếu kinh nghiệm của mình là phù hợp với liệu pháp của trường phái hiện sinh/nhân văn.

Quan điểm văn hóa xã hội đặt biệt nhìn thấy được tầm quan trọng của môi trường xã hội và văn hóa ảnh hưởng và tác động như thế nào đối với mọi hành vi của con người, và các chuyên gia tâm lý về gia đình và xã hội cũng giúp giải quyết được rất nhiều hiện tượng và tình trạng tâm lý không bình thường do bối cảnh gia đình hay xã hội gây ra. Là những cá nhân của xã hội, con người không thể thoát ra khỏi những tác động và ảnh hưởng của môi trường xã hội mà mình đang sống trong đó. Gia đình, cộng đồng, các tổ chức và định chế xã hội, ngôn ngữ, các truyền thống, tập tục, thói quen, đức tin và những quy ước chung thuộc về văn hóa... đều là những yếu tố tạo ra sự lây lan, bắt chước, học hỏi, uốn nắn, sửa đổi, và phát triển cho con người. Do đó, có thể nói đời sống của một cá nhân luôn luôn hàm chứa một nửa đời sống của xã hội.

Tuy nhiên, quan điểm văn hóa xã hội đã giải thích nhiều vấn đề thuộc về tâm lý con người một cách thiếu sót, cũng như giải thích rất phiến diện những hiện tượng và triệu chứng bất thường thuộc về tâm bệnh. Quan điểm văn hóa xã hội cho rằng có những *khuôn mẫu văn hóa xã hội* làm phát sinh các hiện tượng và triệu chứng tâm lý bất thường hay bệnh tâm thần. Điều này đúng nhưng không phải bao giờ cũng đúng như vậy trong thực tế. Chẳng hạn, các cuộc kiểm tra hàng năm đều cho thấy có khoảng 1% các bệnh nhân *bệnh tâm thần phân liệt* trong mọi cộng đồng dân tộc trên khắp thế giới [30]. Như vậy, bệnh tâm thần phân liệt không có liên quan đến tính đặc thù của văn hóa và xã hội, nói cách khác các nền văn hóa và xã hội khác nhau của loài người đặc biệt đã không có ảnh hưởng gì đến bệnh tâm thần phân liệt. Lại nữa, ta không thể nhìn khuôn mẫu và kiểu cách sinh hoạt của xã hội và văn hóa để tiên đoán những kết quả chung và tương tự về những tác động của nó trên mọi người được. Chẳng hạn, hai đứa

trẻ cùng sống trong một môi trường gia đình có cha mẹ là những người nghiện ngập và phạm tội, nhưng khi lớn lên có thể là cả hai, hoặc chỉ một đứa làm theo những hành vi xấu của cha mẹ, hoặc vẫn có thể không có đứa nào bị những ảnh hưởng xấu của môi trường gia đình.

Cho tới nay, các chuyên gia tâm lý đều đồng ý rằng những biến số thuộc về văn hóa xã hội có thể có liên quan đến sự phát triển của một số triệu chứng bất thường hay bệnh nhất định nào đó, nhưng nguyên nhân chính yếu trong vấn đề tâm bệnh vẫn luôn luôn là do những biến số đặc thù của thể chất và tâm lý của cá nhân.

Quan điểm sinh học đã được đánh giá là **có nhiều tính thuyết phục nhất**. Trước tiên, nó có khả năng đưa ra những hiểu biết có thể kiểm nghiệm bằng những phương pháp có thể nhìn thấy và đo lường được. Thứ đến, các phương pháp chữa trị bằng dược liệu đã đem lại nhiều kết quả cụ thể qua kinh nghiệm lâm sàng. Điều này chứng tỏ rằng *yếu tố sinh học của cơ thể có sự liên hệ gần bó với nhiều loại bệnh tâm thần*. Và sau cùng, quan điểm sinh học gọi ra ý kiến là mọi tiến trình biến chuyển của tâm lý đều có những nguyên nhân bắt nguồn từ những yếu tố của cơ thể. Ví dụ, các triệu chứng trầm cảm thường phát sinh sau khi cá nhân bị bệnh *u màng não* (meningioma). Tuy vậy, quan điểm sinh học cũng không phải là không có những hạn chế của chính nó.

Mặc dù **dược lý liệu pháp** giúp giảm thiểu hay chặn đứng được nhiều triệu chứng bệnh, tuy nhiên trong nhiều trường hợp, tự nó không có khả năng chữa lành hẳn một căn bệnh mà không có tình trạng tái đi tái lại. Ngoài ra, thuốc men không có tác dụng gì với những loại bệnh tâm thần tâm lý không có bằng chứng xuất phát từ những yếu tố thể chất, như những loại bệnh thuộc về *tâm căn* và những chứng *rối loạn tâm phân* (Dissociative disorders),

các rối loạn dạng chuyển hoá (*conversion disorders*), hội chứng bệnh tường (*hypochondriasis*), các chứng rối loạn về nhân cách và cá tính, v.v... Thêm vào đó, nhiều người đã không giải quyết thỏa đáng được những khó khăn của mình chỉ vì đã đặt tất cả niềm tin vào hiệu quả của thuốc men mà lại không chú ý tới những vấn đề thuộc về tâm lý của chính mình và những tác động to lớn mình đang gặp phải từ đời sống bên ngoài xã hội. Sự sống của con người không phải thuần túy là thể xác mà nó còn phải có sự kết hợp với nhiều yếu tố khác không phụ thuộc vào thể xác. Do đó, nếu thuốc men chỉ có tác dụng can thiệp vào phần sinh lý của cơ thể không thôi thì khả năng điều trị các bệnh tâm thần vẫn có thể nói là chỉ mới một nửa.

Thêm một câu hỏi cần đặt ra là theo quan điểm sinh học thì các tiến trình sinh lý cơ thể làm phát sinh các tiến trình tinh thần (hành động, ý tưởng, và cảm xúc), nhưng tiến trình này có khi nào được đảo ngược lại hay không? Nỗi buồn làm ta phát khóc hay chỉ vì khóc mà ta bị buồn rầu? Có khi nào ta khóc không phải vì buồn mà vì quá sung sướng không? Sự lo sợ làm ta run rẩy hay vì tay chân run rẩy khiến ta trở nên lo sợ?

Mặt khác, các nghiên cứu tìm thấy người có bệnh trầm cảm thì các chất dẫn truyền thần kinh *norepinephrine* và *serotonin* trong não bộ thường bị thiếu hụt, thế nhưng sự thiếu hụt đó cũng rất có thể chỉ xảy ra sau khi cá nhân đã bị các triệu chứng trầm cảm chứ không phải là chúng đã có từ trước. Nếu ta không thể khẳng định tiến trình sinh hoạt cơ thể là cái luôn luôn phải đi trước các tiến trình tinh thần thì sự can thiệp của thuốc men vẫn chưa thể nói là đã can thiệp trực tiếp vào nguyên nhân cốt lõi của bệnh. Đó là lý do mà cho đến ngày hôm nay công việc trị liệu tốt nhất cho hầu hết các bệnh tâm thần là phải luôn luôn có sự phối hợp đồng thời

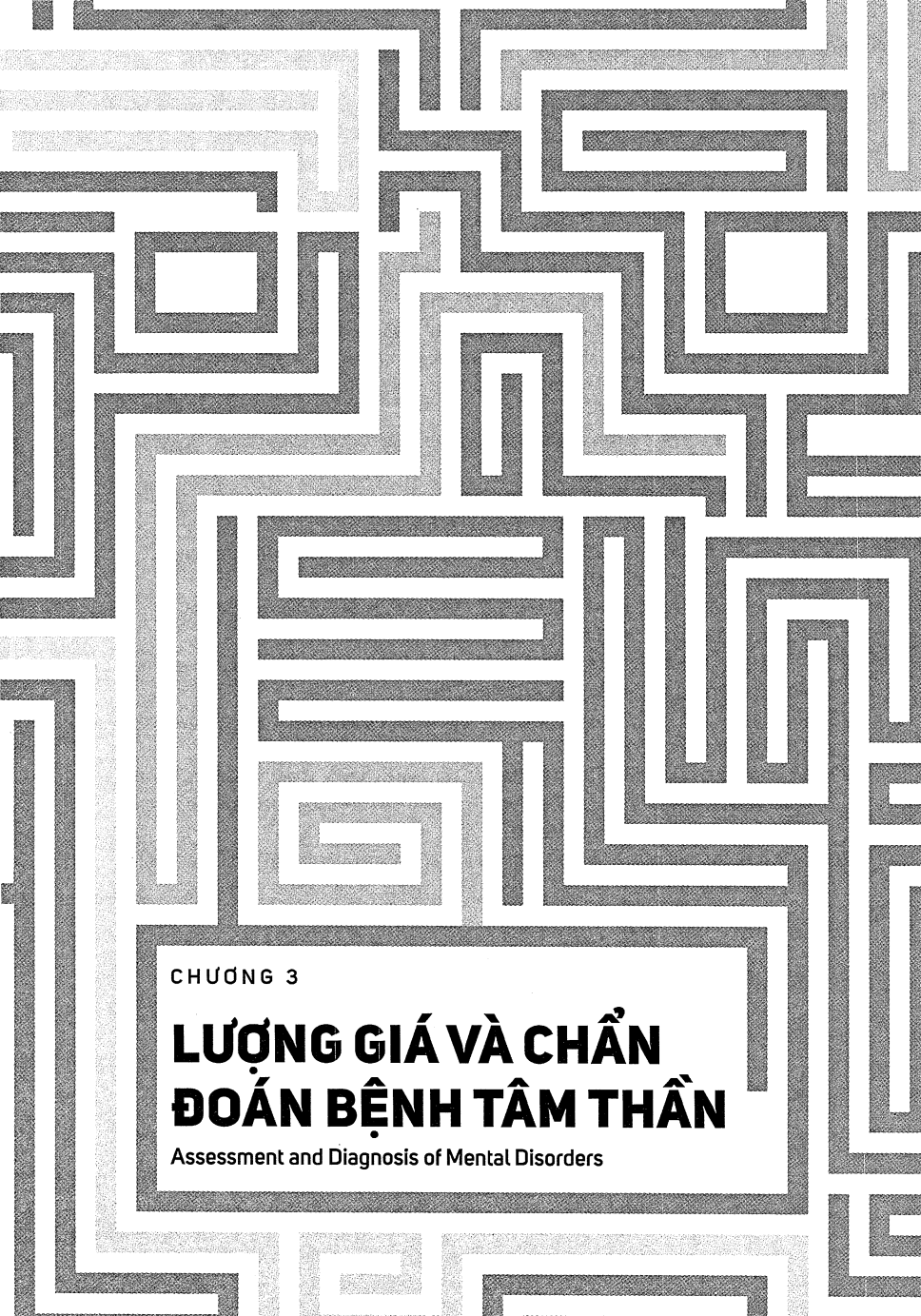
của một loạt các liệu pháp khác nhau liên quan đến tâm lý, sinh lý, và xã hội.

Như vậy có thể kết luận rằng cho tới ngày hôm nay mỗi lý thuyết khác nhau vừa nêu trên dù vẫn có những khiếm khuyết, thế nhưng tất cả đều có những giá trị nhất định riêng biệt và đều có những khía cạnh đóng góp quan trọng không kém gì nhau trong lãnh vực tâm bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Freud, S. (1953), *A General Introduction to Psychoanalysis*. (J. Riviere, Trans.) New York: Liveright, 1963.
2. Freud, S (1909), Analysis of a Phobia in The Five- Year- Old Boy. In *Sigmund Freud: Collected papers*. (vol. 3). New York: Basic Books, 1959.
3. Freud, S (1936), *The Ego and The Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press.
4. Pervin, L. A (1978), *Current Controversies and Issues of Personality*. New York: Wiley. (Second edition, 1984).
5. Jung, C. G (1939), *The Intergration of The Personality*. New York: Farrar & Rinehart.
6. Mischel, W (1990), Personality dispositions revisited and revised: A view after three decades. In L. A Pervin (ed.), *Handbook of Personality: Theories and Research* (pp. 111-134), New York: Guilford Press.
7. Lovinger, J. , & Knoll, E. (1983), Personality: Stages, traits, and the self. *Annual Review of Psychology*, 34, 195- 222.
8. Marcia, J (1994), Ego identity and object relations. In J, M. Masling & R. F. Bornstein (Eds,), *Empirical Perspectives on Object Relations Theory*, (pp. 59- 104). Washington, D. C: American Psychological Association.
9. Watson, J. B (1919), *Psychology from The Standpoint of A Behavioralist*. Philadelphia: Lippincott.
10. Emmelkamp, P.M (1994) Behavior therapy with adults. In A. E Bergin & S. L Garfiel (Eds,), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed,), New York: Wiley.
11. Skinner, B. F (1948), Superstition in the pigeon, *Journal of Exp. Psychology*, 38, 168-172.
12. Kazdin, A E, (1994), Psychotherapy for children and adolescents. In A. E Bergin & S. L Garfiel (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4ed,), New York: Wiley.
13. Bandura, A (1969), *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winson.

14. Beck, A. T (1976), *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
15. Ellis, A (1977), *The Basic Clinical Theory of Rational- Emotive Therapy*. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational- Emotive Therapy*, New York: Springer.
16. Rogers, C. R, (1951), *Client- Centered Therapy*, Boston: Houghton Mifflin.
17. Maslow, A. H, (1954), *Motivation and Personality*. New York: Harper.
18. Glasser, W (1990), *Reality Therapy. A New Approach to Psychiatry*. New York: Harper & Row.
19. Perls, F. S (1973), *The Gestalt Approach*, Palo Alto, CA: Science Behavior.
20. Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and The Sociology of Gender*. Berkeley, CA: University of California Press.
21. Scheff, T. J, (1966), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine.
22. Stix, G, (1996, January), Listening to Culture: Psychiatry Takes A Leaf from Anthropology. *Scientific Amer.* , 274 (1), 16- 21.
23. Minuchin, S. (1974), *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
24. Haroutanian, V. (1991), Gross Anatomy of The Brain. In K. Davis, H. Klar, & J. T. Coyle (Eds.), *Foundation of Psychiatry*. Philadelphia: Sauders.
25. Ray, J. M. , & Walter, G. (1997). Half A Century of ECT Use in Young People. *Amer. J. Psychiat.* , 154(5), 595- 602.
26. Goodman, B. M. , Carnes, M. , & Lent, S. J. (1994). Model Simulation and ACTH Pulsatility, *Life Sciences*, 54(22), 1959- 1969.
27. Prochaska, J. O, & Norcross, J. C. (1994), *System of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (3rd ed.), Pacific Grove, CA: Books/Cole.
28. Prochaska, J. O. , & DiClemente, c. c. , & Norcross, J. C (1992). In Search of How People Change. *Amer. Psychologist*, 47(9), 1102- 1114.
29. Meichenbaum, D. (1997), *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: Origins, Tenets, and Clinical Examples*. In J. K. Zieg (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy*. The second conference, New York: Bruner/Mazel.
30. APA (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), Washington, DC: Author.



CHƯƠNG 3

LƯỢNG GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN BỆNH TÂM THẦN

Assessment and Diagnosis of Mental Disorders

LƯỢNG GIÁ BỆNH

Người bệnh tâm thần nào cũng cần phải trải qua một tiến trình lượng giá (assessment process) để xác định tính chất và mức độ của các triệu chứng trước khi có sự chẩn đoán và chữa trị. Sự lượng giá có thể được định nghĩa như là một cuộc phỏng vấn sâu rộng để chính thức thu thập mọi nguồn tin tức liên quan đến người bệnh và triệu chứng của họ, trước khi chẩn đoán bệnh và đề ra kế hoạch chữa trị thích hợp. Giai đoạn lượng giá đầu tiên là một công việc đặc biệt quan trọng, đòi hỏi nhiều khả năng chuyên môn, vì nếu không thì sự chẩn đoán và chữa trị sẽ thiếu hợp lý và thiếu hiệu quả. Sự lượng giá vẫn có thể tiếp tục được điều chỉnh nếu có những tin tức và dấu hiệu mới liên quan đến tình hình và điều kiện hiện tại của bệnh nhân trong suốt thời gian chữa trị.

Mọi tin tức về người bệnh và các triệu chứng không chỉ dựa trên sự khai báo của đương sự mà cũng cần phải liên hệ tới các nguồn tin tức từ gia đình, người thân, bè bạn, cũng như phải dựa vào những kết quả khám nghiệm y tế, những trắc nghiệm tâm lý,

và nhất là kinh nghiệm và kiến thức chuyên môn của chuyên viên phỏng vấn. Thông thường sự lượng giá mất khoảng 90 phút, tuy nhiên trong những trường hợp đặc biệt, chẳng hạn đối với những bệnh nhân bị chứng lảng trí hoặc thiếu tập trung, thời gian lượng giá có thể kéo dài hơn.

Kinh nghiệm và khả năng của người trị liệu sẽ được chứng tỏ rõ ràng trong cuộc phỏng vấn lượng giá đầu tiên, xuyên qua các công việc tìm kiếm, chọn lựa, và phối hợp các sự kiện thuộc về căn bệnh và người bệnh. Làm sao để hỏi người bệnh những câu hỏi mà họ thường cảm thấy khó chịu, bị xúc phạm hay lo sợ và không muốn trả lời là cả một nghệ thuật. Làm sao để người bệnh luôn luôn cảm thấy thoải mái và tin tưởng trong lần gặp gỡ ban đầu này để mong muốn tiếp tục hợp tác trong dự án trị liệu sắp tới là điều tối cần thiết; đây chính là công việc khởi đầu cho sự xây dựng *mối quan hệ trị liệu* (therapeutic relationship) tốt đẹp giữa bệnh nhân và người chữa trị.

Có nhiều kỹ thuật lượng giá bệnh học khác nhau được áp dụng tùy theo sở trường chuyên môn của người trị liệu. Chẳng hạn, các chuyên gia phân tâm học hay tâm lý sinh động thường sử dụng các phương pháp đánh giá tính chất của các triệu chứng xuyên qua những sự kiện liên hệ đến quá trình kinh nghiệm của những chấn thương và những nhu cầu tâm lý tranh chấp nhau trong nội tâm, những tính chất đặc thù của cá tính. Trong khi đó, các chuyên gia học thuyết hành vi và nhận thức thì thường chú tâm vào các phương pháp phân tích chức năng của hành vi và nhận thức trong hiện tại của người bệnh. Tuy nhiên, dù dựa trên kỹ thuật nào, điều cần bản nhất là tiến trình lượng giá bệnh học cần phải tuân theo một bản mẫu đã soạn sẵn.

Bản lượng giá các bệnh tâm thần kiểu mẫu hiện nay thường

bao gồm 7 bước: 1) thu thập các tin tức liên quan đến tiểu sử cá nhân và căn bệnh, 2) kiểm tra mọi chức năng tâm lý, 3) thu thập các dữ kiện phụ thuộc, 4) tóm lược các sự kiện nổi bật, 5) chẩn đoán bệnh, 6) tiên lượng bệnh, 7) thảo ra kế hoạch chữa trị. Tuy nhiên, để sự trình bày được rõ ràng hơn, hai bước chẩn đoán và tiên lượng bệnh sẽ được trình bày trong phần B riêng biệt, và trong phạm vi phần A này chúng ta chỉ thảo luận 4 bước sau đây:

TIỂU SỬ VÀ BỆNH ÁN

Lần tiếp xúc đầu tiên với bệnh nhân thông thường là một cuộc phỏng vấn để xem xét và lượng giá bệnh tình. Theo đó, chuyên viên sẽ thu thập mọi tin tức liên quan đến người bệnh, bao gồm *tiểu sử cá nhân* (tuổi tác, giới tính, học vấn, công việc, tôn giáo, chủng tộc, sức khỏe và những vấn đề bệnh mang tính di truyền trong gia đình...), những chi tiết về *quá trình sức khỏe* (quá trình phát triển thể chất và tâm lý, bệnh, khuyết tật, chấn thương, tai nạn, cảm xúc...), *hoàn cảnh hiện tại* (tình trạng tài chánh, điều kiện ăn ở, các mối quan hệ...), và quan trọng nhất là *tình trạng của căn bệnh trong hiện tại*.

Những vấn đề thuộc về căn bệnh bao gồm quá trình của các dấu hiệu, triệu chứng, và những sự kiện, biến cố dẫn đến tình trạng bệnh trong hiện tại. Đối với những bệnh thuộc loại mãn tính thì phải tìm hiểu rõ ràng căn bệnh đã kéo dài từ bao lâu, thời gian bắt đầu, những giai đoạn bệnh nặng, những giai đoạn thuyên giảm hoặc phục hồi, và cá nhân đã làm gì và phấn đấu như thế nào với căn bệnh... Nếu bệnh tái đi tái lại nhiều lần thì cần biết rõ thời gian các triệu chứng bệnh phát ra mới đây nhất. Nếu căn bệnh thuộc dạng tiến triển từ từ và tiềm ẩn, khó biết được bệnh

khởi đầu vào lúc nào, thì cũng phải ước tính khoảng thời gian dù chỉ tương đối.

Lý do nào cá nhân quyết định tìm kiếm sự chữa trị vào lúc này cũng là điều quan trọng mà người trị liệu cần phải biết. Chẳng hạn, cá nhân tự ý tìm đến sự chữa trị, hoặc cá nhân được thân nhân dẫn đến, hoặc cá nhân được chuyển đến từ một cơ quan khác. Những sự kiện này sẽ giúp chuyên viên có những cách thức đối xử, đặt câu hỏi, và đánh giá đúng đắn thái độ chấp nhận và tuân thủ của người bệnh trong tiến trình trị liệu, để từ đó bắt đầu mối quan hệ trị liệu một cách thích hợp.

Trong cuộc phỏng vấn lượng giá, cần tránh hỏi các câu hỏi hàm chứa những từ ngữ chuyên môn khó hiểu và những câu hỏi gây cảm giác xúc phạm cho người bệnh và thân nhân của họ. Có nhiều lý do khác nhau để người bệnh không muốn trả lời thành thật, hoặc không biết trả lời đúng những câu hỏi. Đây là vấn đề đòi hỏi nhiều kinh nghiệm và nghệ thuật phỏng vấn. Ví dụ, một cá nhân đang buồn khổ vì chuyện gia đình nhưng lại e dè, muốn giấu kín và chỉ nói về những khó khăn trong công việc làm ăn, hoặc một cá nhân bị bệnh tâm thần phân liệt (schizophrenia) không biết làm sao mô tả các triệu chứng hoang tưởng (delusions) và ảo giác (hallucinations) mà mình đang trải qua.

Tuy nhiên, ngoại trừ một số trường hợp đã được xác định, trong việc lượng giá bệnh, những vấn đề then chốt sau đây đều cần phải được tìm hiểu đầy đủ dù chúng có thể gây ra cảm giác khó chịu cho người bệnh.

Trước tiên là **những câu hỏi liên quan đến tình trạng nghiện ngập**. Cá nhân đã bao giờ lạm dụng chất liệu, thuốc cấm nào không, thời gian bao lâu, đã thử cai lần nào chưa, và mức độ nghiện ngập hiện tại. Kế đến là **những câu hỏi về những hành vi có dính líu đến**

vũ lực và bạo hành của người bệnh xảy ra trong gia đình cũng như ngoài xã hội, nếu có, cũng cần biết rõ nguyên do, quá trình, và mức độ của chúng. Quan trọng không kém là **những câu hỏi liên quan đến sự tự tử**. Cá nhân đã có khi nào mưu toan tự tử, lập kế hoạch để tự tử, hay có ý tưởng tự tử chưa. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 95% những người toan tự tử đều mắc phải ít nhiều những vấn đề bất thường nào đó về tâm lý, trong số đó có 80% những người bị bệnh trầm cảm, 10% bị tâm thần phân liệt, và 5% bị chứng mê sảng (delirium) [1]. Ngoài ra, một số triệu chứng tâm thần thường tạo ra khuynh hướng nghiện ngập và bạo loạn. Kinh nghiệm cho thấy những bệnh nhân trầm cảm thường có khuynh hướng sử dụng các chất liệu làm nghiện ngập như thuốc cấm, rượu bia. Một số bệnh nhân tâm thần phân liệt thường có những hành động và phản ứng bất chợt, kỳ lạ, nguy hiểm và hung bạo mà không ai có thể tưởng tượng ra được. Ví dụ, năm 1992, một thanh niên tên là Jeffrey Dahmer ở tiểu bang Wisconsin, Hoa Kỳ, bị tâm thần phân liệt dạng paranoid (đầu óc thường bị hỗn loạn bởi các triệu chứng hoang tưởng và ảo giác) đã bị phát hiện và đưa ra tòa vì anh đã giết trước sau 15 nạn nhân, xẻ thịt bỏ vào tủ đông lạnh để ăn dần [2].

Cũng có những ý kiến cho rằng không nên gọi ra vấn đề tự tử với những cá nhân mà trong đầu óc họ đang có ý tưởng này vì làm như thế chẳng khác gì là hâm nóng ý định của họ. Thật ra, nhiều cuộc kiểm tra cho biết khoảng 80% những người có ý định tự tử đều đã từng thổ lộ ý nghĩ của họ cho ít nhất là một người khác nghe, và cũng nhờ vậy mà họ được khuyên giải để bỏ ý định. Vấn đề là làm sao để cá nhân cảm thấy dễ chịu và thành thật hợp tác. Câu hỏi thông thường dễ được đối tượng chấp nhận, không cảm thấy bị tra hỏi là “Anh/chị đã bao giờ buồn khổ đến mức độ muốn chết hay muốn hành hạ, hủy hoại thân xác mình chưa?”

Tuy nhiên, cũng tùy theo những điều kiện và tình huống tại hiện trường mà chuyên viên kinh nghiệm sẽ có những kỹ thuật thăm dò phù hợp và hiệu quả.

Cũng như vậy đối với những vấn đề liên quan đến sự nguyền ngáp và những hành vi bạo hành. Ngoài trừ những trường hợp đã có bằng chứng rõ ràng qua báo cáo của thân nhân hay cảnh sát, có nhiều cách đặt câu hỏi gián tiếp để tìm hiểu vấn đề trực tiếp từ người bệnh mà vẫn tránh được cảm giác bị xúc phạm. Chẳng hạn, chuyên viên có thể thảo luận với cá nhân về những nguy cơ và khả năng thường xảy ra cho phần lớn số bệnh nhân tâm thần trong vấn đề nguyền ngáp và bạo hành, và theo đó có thể đặt câu hỏi “Anh/chị đã bao giờ, buồn khổ hay giận hờn đến mức phải dùng các loại thuốc cấm hay phải đập phá, đã thương người khác chưa?” Nếu vấn đề được đặt ra với thái độ khách quan và không phê phán thì dễ tạo cơ hội cho người bệnh thành thật với lòng mình trong cuộc phỏng vấn. Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy một số bệnh nhân chưa muốn thổ lộ những vấn đề riêng tư hay thói quen xấu của họ ngay trong lần thăm bệnh đầu tiên.

Nhiều trung tâm sức khỏe tâm thần hiện nay áp dụng biện pháp thử nước tiểu hay thử máu để thăm dò lượng thuốc cấm hay rượu trong cơ thể bệnh nhân ngay trong buổi làm việc ban đầu. Dù sớm hay muộn, những vấn đề vừa nói trên cũng cần phải được thăm dò liên tục để biết rõ trong tiến trình trị liệu.

KIỂM TRA CÁC CHỨC NĂNG TÂM LÝ

Trong khi phần tiểu sử và bệnh án chỉ có tính cách chủ quan vì nó thuộc về những gì đã qua do cá nhân và thân nhân tường thuật mà người chữa trị không thể chứng kiến được, thì *cuộc kiểm*

tra các chức năng tâm lý để lượng giá sức khỏe người bệnh lại mang tính chất khách quan hơn. Sự kiểm tra các chức năng tâm lý được thực hiện vừa bằng thăm hỏi và vừa bằng quan sát tại chỗ.

Kiểm tra các chức năng tâm lý bao gồm mọi khía cạnh thuộc về *diện mạo, hành vi, lời nói, cảm xúc, ý tưởng và nhận thức* của người bệnh. Vì tính cách tổng quát và toàn diện này, có lẽ nên gọi phần này là cuộc *kiểm tra các chức năng tâm lý* mới chính xác hơn cách thường gọi trong hiện tại là *kiểm tra tình trạng tâm thần* (Hai từ tâm lý và tâm thần thường được xem là có nghĩa tương tự và hay dùng lẫn lộn, nhưng thật ra từ *tâm lý* ám chỉ tính toàn bộ và bao quát của đời sống tinh thần của cá nhân, trong khi từ *tâm thần* chỉ nhấn mạnh vào khía cạnh bình thường hoặc bất thường của đời sống tâm lý mà thôi).

Để tránh tình trạng thiếu sót, thông thường nên dựa vào một *bản mẫu* (format) chính thức liệt kê đầy đủ những chi tiết cần hỏi theo một trình tự đã được sắp đặt. Để giữ tính khách quan và không phê phán, mọi sự ghi chú phải căn cứ trên các sự kiện cụ thể, nói khác đi là bằng nội dung lời nói của bệnh nhân và bằng sự quan sát của chính chuyên viên mà thôi. Ví dụ, tốt nhất là nên ghi rõ lời bệnh nhân nói “tôi nghĩ rằng có người đã bỏ cái máy điện tử dò xét trong đầu tôi” hay ghi rõ những sự kiện cụ thể nhận thấy tại chỗ “bệnh nhân dáng dấp tiêu tụy, chậm chạp, và khóc suốt suốt cuộc phỏng vấn”.

Ngoài ra, cần tránh những thuật ngữ chuyên môn, cũng như cần phải giải thích rõ ràng ý nghĩa của những vấn đề và sự kiện tâm lý, bởi vì không phải người bệnh nào cũng hiểu đúng những khía cạnh tâm lý đang nổi lên trong tâm tư họ. Ví dụ, một số người bệnh thường lẫn lộn ý nghĩa của hai hiện tượng tâm lý *xấu hổ* và *tội lỗi*. Sự *xấu hổ* là cảm giác chủ quan nhưng có liên quan tới người ngoài,

và vì cảm giác xấu hổ mà cá nhân có thể có những hành vi bối rối. Trong khi đó tội lỗi cũng là một cảm giác chủ quan nhưng lại không có liên hệ gì đến người khác; nói cách khác, nó là một hiện tượng được cảm nhận, ẩn giấu từ bên trong của nội tâm mà không có hành vi gì biểu hiện ra bên ngoài. Những khác biệt về các sự kiện tâm lý như thế nếu được người bệnh hiểu rõ thì vấn đề mô tả và tường thuật về những gì bản thân đang trải nghiệm sẽ được chính xác hơn.

Chỉ sau khi tất cả những sự kiện được ghi chú chi tiết và cụ thể thì những nhận xét và kết luận chuyên môn của chuyên viên mới bắt đầu. Những yếu tố chính trong kiểm tra các chức năng tâm lý là:

Diện mạo

Sự quan sát cần bao gồm mọi chi tiết về dáng vẻ, điệu bộ, trang phục... Chẳng hạn, những dấu hiệu như cắn móng tay, mắt máy liên tục, thái độ hậm hực, cùn mòn, dù dãn, cử chỉ chậm chạp, vụng về, đồ trang sức và áo quần kỳ cục, lờ lợt, xốc xếch, v.v... đều luôn luôn có ý nghĩa nào đó đối với tình trạng tâm lý của người bệnh. Ngay cả những gì quan sát được trong lúc người bệnh đang ngồi tại phòng đợi, chưa trực tiếp hiện diện trong cuộc phỏng vấn cũng vẫn là những hiểu biết cần thiết cho người chữa trị.

Hành vi

Mọi chuyển động tự nhiên và đột xuất của cơ thể và tứ chi đều có liên quan đến các chức năng của hệ thần kinh. Do đó, những cử động liên tục có tính máy móc như rung tay, rung chân, đi tới đi lui, hay ngồi trơ người bất động, mắt nhìn trừng trừng vào một góc, hoặc luôn có những hành động không thể kiểm chế được như đập tay vào trán nhiều lần liên tục trong lúc nói chuyện... đều phản ánh một tình trạng tâm lý tâm thần nào đó của người bệnh.

Lời nói

Tốc độ, âm thanh, số lượng, tính chất, và ý nghĩa của lời nói thường có liên hệ với tình trạng tinh thần và tâm lý của người bệnh. Người đang có những lo âu và căng thẳng tinh thần thường nói năng ngập ngừng như có gì bị đè nén ức chế trong lòng. Những người đau khổ, buồn rầu thường ít muốn nói và lời nói thường ngập ngừng, chậm chạp. Những người bị chứng quên, mất khả năng tập trung trí óc thường quên trước quên sau, nói năng dông dài, không đi vào được trọng tâm của vấn đề; và người trí óc bị hư hỏng thường phát biểu những câu vô nghĩa, hoặc ý nghĩa trước sau của câu nói không phù hợp nhau.

Khí sắc và cảm xúc

Tâm trạng, khí sắc (mood) là sự thể hiện trạng thái tinh thần mà bản thân người bệnh đang trải qua, và cảm xúc (emotion) là sự biểu lộ tình cảm trong phút chốc của người bệnh. Khí sắc là những gì do người bệnh cảm nhận và tự nói ra, còn cảm xúc là hiện tượng do người khác quan sát được nơi người bệnh. Nói cách khác, *khí sắc lệ thuộc vào sự cảm nhận chủ quan của cá nhân về chính họ và về thế giới bên ngoài, trong khi đó cảm xúc trong nhiều trường hợp là trạng thái bộc lộ ra tự nhiên, không theo ý muốn của cá nhân*. Ví dụ, chuyên viên nhận xét thấy trong khi bệnh nhân nói rằng cô ta rất đau buồn về cái chết của người chồng, nhưng lại với thái độ hồ hững và vẻ mặt tươi cười. Điều này cho thấy có sự trái ngược giữa tình trạng tinh thần (khí sắc) (sự đau buồn) mà bệnh nhân tự cho rằng mình đang có và cái cảm xúc (thái độ hồ hững) đang biểu hiện ra bên ngoài của cô ta.

Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, khí sắc và cảm xúc cũng chỉ là một vì chúng thường trùng hợp nhau. Ví dụ trong khi đang

kể chuyện tranh chấp với ông chủ trong cơ quan của mình thì thái độ và lời nói của người bệnh biểu hiện rõ sự hung hăng, thô bạo và day nghiến. Như vậy, nếu hành vi, thái độ, cảm xúc của người bệnh rõ ràng có sự phù hợp với khí sắc của mình thì trường hợp này gọi là **khí sắc phù hợp** (mood-congruency), và ngược lại thì gọi là **khí sắc không phù hợp** (mood-incongruency). Sự phân biệt như thế sẽ giúp chẩn đoán đúng căn bệnh tâm thần của người bệnh. Chẳng hạn, một bệnh nhân đang có những triệu chứng trầm cảm nói rằng cô ta là người tội lỗi nên tin rằng sẽ bị quỷ sứ bắt xuống địa ngục làm thân trâu ngựa. Ý tưởng tiêu cực có tính hoang tưởng như vậy cho thấy có sự phù hợp với khí sắc buồn rầu của cô ta, trường hợp này gọi là **hoang tưởng phù hợp với khí sắc**. Ngược lại, nếu người ấy, trong khi đang bị trầm cảm, mà tin rằng mình là một thiên tài được trọng vọng và ưu đãi vì có khả năng thần thông biến hóa mọi sự việc, thì ý tưởng có tính hoang tưởng này rõ ràng trái ngược với tâm trạng đang buồn khổ của người bệnh, trường hợp này gọi là **hoang tưởng không phù hợp với khí sắc** (xem thêm chương 6 “Bệnh tâm thần phân liệt”).

Tiến trình và nội dung tư tưởng

Tiến trình tư tưởng của người bệnh là sự kiện được chuyên viên nhận xét và đánh giá qua lời nói, tư tưởng và hành vi của họ. Tuy sự nhận xét có thể mang tính chất chủ quan, nhưng nội dung của sự nhận xét phải được căn cứ trên những hiểu biết chuyên môn khách quan.

Tính chất và ý nghĩa của lời nói bao gồm cách dùng từ ngữ, dòng tư tưởng, sự quảng diễn tư tưởng, và nội dung của tư tưởng.

Cách dùng từ của người bệnh có thể biểu lộ những vấn đề như nói một câu toàn những từ vô nghĩa (neologisms) hay mô tả

điều muốn nói bằng những từ ngữ mù mờ, không chính xác (word approximations).

Dòng tư tưởng của người bệnh có thể biểu hiện sự *quá dư thừa* hay *quá hạn chế* trong lời nói. Ý tưởng người bệnh có thể cho thấy sự *nghèo nàn*, *bị ngăn trở*, *ảo tưởng*, *phi lý*, *huyền hoặc*.

Sự quảng diễn tư tưởng có thể cho thấy nhiều vấn đề bất thường như nói lắp, nói lặp đi lặp lại, nói lạc đề tài, nói quanh co, nói không đi vào trọng tâm đề tài, nói liên miên một thôi không dứt, và nói đầu đuôi không liên quan gì nhau.

Tri giác

Trắc nghiệm về tri giác sẽ giúp phát hiện các tình trạng bất thường, nếu có, của 5 giác quan: thính giác, thị giác, khứu giác, vị giác, và xúc giác.

Cần phân biệt rõ ba hiện tượng: *ảo giác* (hallucination), *ảo tưởng* (illusion) và *hoang tưởng* (delusion).

Ảo giác tức là thấy hoặc nghe cái gì đó mà thực tế là không có, và *ảo tưởng* tức là thấy sai hay nghe lầm cái gì đó.

Tình trạng *ảo giác* biểu hiện sự bất thường hay bệnh hoạn của tâm trí. Ví dụ, nghe tiếng một người đang nói chuyện hay đang ra lệnh trong đầu mình, hoặc thấy một người đang đứng nói chuyện trước mặt mình mà thật ra không có. Trong khi đó, *ảo tưởng* là hiện tượng xảy ra thường tình cho mọi người, và nó không phải là dấu hiệu của bệnh. Nó chỉ là tình trạng sai lầm, thiếu chính xác trong một phút chốc hay giai đoạn của giác quan mà thôi. Ví dụ, nghe tiếng la hét cười đùa của trẻ con trong xóm mà tưởng là tiếng người kêu cứu chữa cháy, hoặc nhìn thấy viên sỏi đang long lánh dưới đáy hồ mà tưởng là viên ngọc quý.

Hiện tượng *hoang tưởng* cũng là một dấu hiệu bệnh của tâm

trí. Hoang tưởng là tâm trí đang có một niềm tin, một ý tưởng lạ lùng, sai trái, huyền hoặc, không thực tế... Ví dụ, triệu chứng hoang tưởng khiến cá nhân nghĩ rằng mình là một bà tiên, một thượng đế, hay là người có phép thần thông, hay nghĩ rằng có kẻ đang bám sát để tìm cách giết hại mình.

Tóm lại, *ảo giác* và *hoang tưởng* là hai hiện tượng biểu hiện tình trạng hư hỏng của tâm trí, trong khi đó *ảo tưởng* chỉ là do sự thiếu chính xác của các giác quan của ta trong giây lát thôi.

Một số những hiện tượng tri giác bất thường khác như trạng thái *nhân cách giải thể* (depersonalization), là cảm giác bị tách rời khỏi bản thân, xa lạ với cái tôi của mình, không còn biết mình là ai; và trạng thái *xa rời thực tại* (derealization), là có cảm giác rằng cái thế giới đang có bên ngoài là hoàn toàn lạ lùng và không có thật. Hai hiện tượng này thường đi kèm nhau, nhưng nhân cách giải thể là trạng thái biểu hiện sự rối loạn tâm thần, trong khi đó trạng thái xa rời thực tại có thể có hai trường hợp; một là hiện tượng này xảy ra do hậu quả của một căn bệnh tâm thần (trầm cảm, tâm thần phân liệt, chứng mất trí, chứng mê sảng, chứng quên tâm phân...), hai là vì một lý do nào đó nó chỉ do một khoảnh khắc sai lầm của tâm trí thôi. Ngoài ra, còn có một tình trạng tri giác bất thường khác gọi là hiện tượng đã từng thấy (*déjà vu*). Đây là một ấn tượng, một cảm tưởng rằng mình đã từng thấy hay đã từng trải qua những gì mà hiện tại mình đang thấy thật sự diễn ra trước mắt.

Hiện tượng ảo giác bao gồm nhiều loại, ngoài hai loại *ảo giác thính giác* và *ảo giác thị giác* đã nói trên, còn có *ảo giác khứu giác* (ngửi thấy một mùi hương mà thật ra không có), *ảo giác xúc giác* (cảm thấy có cái gì đang sờ mó, trườn bò trên da thịt) *ảo giác vị giác* (nếm được một hương vị không có thật), v. v...

Khả năng chú ý và tập trung

Khả năng chú ý và tập trung của người bệnh tâm thần thường bị giảm sút hoặc hư hỏng. Nhiều bản mẫu trắc nghiệm khả năng chú ý và tập trung đã có sẵn để sử dụng trong cuộc phỏng vấn. Có rất nhiều phương pháp dùng để tạm thời trắc nghiệm tại chỗ khả năng chú ý và tập trung của người bệnh.

Trong những trường hợp đơn giản và bình thường có thể trắc nghiệm khả năng chú ý và tập trung của bệnh nhân bằng cách yêu cầu người bệnh làm một vài con toán như lấy con số 100 trừ cho 3, và cứ tiếp tục làm bài toán trừ như vậy cho đến lúc nào người bệnh không thể làm được nữa. Người có sự yếu kém hay hư hỏng khả năng chú ý và tập trung thường chỉ làm bài toán trừ được vài lần là bắt đầu lúng túng. Một cách trắc nghiệm khác là bảo họ đếm từ 1 cho đến số 54 thì dừng lại. Người thiếu khả năng chú ý thường chỉ đếm tới con số nào đó trong một khoảng khắc là quên không biết phải dừng lại vào con số nào.

Thái độ, hành vi và lời nói của người bệnh trong cuộc phỏng vấn cũng phần nào nói lên khả năng chú ý và tập trung của họ. Chẳng hạn, người bệnh thường quên câu hỏi, thường bị xao lãng tâm trí vì những sự việc nhỏ nhặt, không cần thiết, hay là cứ hỏi đi hỏi lại một vấn đề đã nói xong.

Khả năng định hướng

Một số bệnh nhân có thể không còn biết ngày giờ, nơi chốn, tên tuổi ngay cả của chính mình. Do đó, vấn đề khả năng định hướng cũng luôn luôn cần được trắc nghiệm bằng những câu hỏi như “Ông bà/ Anh chị tên gì, họ gì?”, “Hôm nay ngày tháng năm mấy?”, “Hiện tại ông/bà đang ở đâu? địa chỉ nào?”, “Ông/ bà có mấy người con? Tên tuổi mỗi người là gì?”. Sự hỏng hay rối loạn

của các chức năng thuộc về khả năng định hướng, chú ý và tập trung, và ký ức nếu không phải là những vấn đề thuộc não bộ thì cũng có thể là do ảnh hưởng của thuốc men, các chất độc hay các chất nghiện ngập. Thường những bệnh nhân trầm cảm, lo âu, hay tâm thần phân liệt có những dấu hiệu giảm sút trí nhớ và trí phán đoán, nhưng lại không tỏ ra bị mất hoàn toàn khả năng định hướng. Tuy nhiên, các bệnh nhân thuộc các loại *rối loạn tâm phân* (dissociative disorders), *bệnh mê sảng* (delirium), hay *bệnh mất trí* (dementia) thường bị mất tất cả các khả năng này.

Khả năng ký ức

Ký ức được phân chia thành nhiều loại, nhưng đơn giản và tổng quát nhất là *ký ức xa*, *ký ức gần*, và *ký ức hiện tại*. Ký ức xa là khả năng nhớ những chuyện từ nhiều năm trước, ký ức gần thuộc về những sự kiện cách đây vài ngày đến vài tháng, và ký ức hiện tại thuộc về những sự kiện mới vài phút trước. Trong tâm lý liệu pháp, rất nhiều bản trắc nghiệm mẫu đã được phác họa để dùng cho việc kiểm tra khả năng ký ức của bệnh nhân. Tuy nhiên, một trong những cách thử nghiệm tạm thời để đánh giá khả năng ký ức trực tiếp của người bệnh là: Người phỏng vấn nêu ra 3 sự kiện (ví dụ: căn nhà, cây bút, chiếc xe), bảo bệnh nhân lặp lại rõ ràng và cho biết là sẽ được hỏi lại. Khoảng 5 phút sau khi tiếp tục chuyện trò bình thường, người phỏng vấn đột nhiên hỏi bệnh nhân là có nhớ được 3 sự kiện vừa rồi đã dặn bệnh nhân là phải nhớ hay không. Nếu bệnh nhân không nhớ được hoặc chỉ nhớ được một sự kiện thì rõ ràng ký ức của người đó đang có những vấn đề đáng chú ý.

Khả năng phán đoán

Kiểm tra khả năng phán đoán nên bắt đầu từ những sự việc đơn giản đến phức tạp. Có nhiều cách để kiểm tra khả năng phán đoán. Ví dụ, có thể hỏi người bệnh rằng nếu anh/chị đang ở một mình trong nhà mà thấy lửa nổi lên thì sẽ làm gì trước tiên, hoặc anh/chị đang đi trên đường thấy có một lá thư với đầy đủ tem và địa chỉ người nhận bị rơi trên lề đường thì nên làm gì với lá thư đó. Nếu sự trả lời của người bệnh có ý nghĩa thì cứ như thế tiếp tục hỏi những câu hỏi khó hơn, đòi hỏi nhiều khả năng phán đoán và giải quyết vấn đề phức tạp hơn. Những bệnh nhân nào tỏ ra bối rối và trả lời bằng những câu vô nghĩa thì cho thấy chức năng phán đoán và giải quyết mọi vấn đề trong đời sống hằng ngày của họ đang có những dấu hiệu hư hỏng.

Trí thông minh và khả năng thông tin

Có nhiều quan điểm khác nhau về định nghĩa của trí thông minh, nhưng đáng chú ý nhất là định nghĩa của hai nhà tâm lý Catell và Wechsler.

Catell chia trí thông minh ra làm hai loại và đặt tên chúng là *trí thông minh luân chuyển* (fluid intelligence) (còn gọi là *trí tuệ lỏng*, có tài liệu còn gọi là *trí thông minh mềm*) và *trí thông minh hình thành* (crystallized intelligence) (còn gọi là *trí tuệ kết tinh*, có tài liệu còn gọi là *trí thông minh cứng*). Trí thông minh luân chuyển liên hệ đến khả năng bẩm sinh. Người có trí thông minh luân chuyển khi đứng trước một vấn đề gì khó khăn, rắc rối thì thường có khả năng nhìn thấy mọi khía cạnh của vấn đề, biết phân tích tổng hợp và biết cách lý luận và giải quyết vấn đề. Người có trí thông minh hình thành là người có khả năng học hành, tiếp thu; do đó, trí thông minh hình thành thì lệ thuộc vào văn hóa và mức độ học vấn.

Trí thông minh luân chuyển là do khả năng vận dụng của bộ não và nó độc lập với văn hóa và sức học, do đó nó sẽ bị ảnh hưởng nếu não bộ có sự thiệt hại nào đó, như do chấn thương hay do tình trạng teo não (brain atrophy) vì tuổi tác. Nhưng trí thông minh hình thành tạo ra trình độ kiến thức về chữ nghĩa và lượng thông tin đã thu thập vào trong đầu, do đó nó thường ít bị hao mòn vì tuổi tác.

Tuy nhiên, hai loại trí thông minh này vẫn có những khía cạnh để tác động qua lại với nhau. Thực tế cho thấy người có trí thông minh luân chuyển nếu được học hành thì thường tiếp thu nhanh và tốt, người có trí thông minh hình thành nếu được học tập tới nơi tới chốn cũng có khả năng nhìn xa trông rộng, có khả năng phân tích và tổng hợp giỏi.

Wechsler lại định nghĩa trí thông minh theo một cách khác. Ông xem trí thông minh có tính cách bao quát và toàn bộ hơn. Ông nói trí thông minh là *một tổng gộp của mọi khía cạnh*. Ông cho rằng người nào đạt điểm cao trong một cuộc trắc nghiệm về khả năng suy nghĩ, lý luận và giải quyết vấn đề thì người đó cũng có thể có khả năng cao về sự vận dụng trí thông minh trong nhiều vấn đề khác.

Wechsler đã phát triển các bản mẫu trắc nghiệm để tính **chỉ số thông minh** (intelligence quotient) (IQ). Trong số đó có Mẫu trắc nghiệm **WAIS** (Wechsler Adult Intelligence Scale) được dùng cho người lớn, mẫu **WISC** (Wechsler Intelligence Scale for Children) được dùng cho trẻ em, và mẫu **WPPSI** (Wechsler Preschool Primary Scale of Intelligence) dùng cho trẻ mới đi học. Tất cả các mẫu trắc nghiệm này đều hàm chứa những khía cạnh thuộc về các khả năng lý luận, thông hiểu, ký ức, ngôn ngữ, khả năng giải quyết vấn đề, phán đoán, so sánh, phân tích, tổng hợp, nhận biết mối tương quan, v. v...

Trắc nghiệm trí thông minh có thể cho ta sự tiên đoán tổng quát về khả năng học hỏi và làm việc của người bệnh, nhất là những người bẩm sinh trí óc bị **bệnh trí tuệ chậm phát triển** (mental retardation - **MR**). Chỉ số thông minh IQ trung bình được ấn định là 100. Từ 70 trở xuống được xem là bị chậm lụt trí tuệ. Theo thống kê những cá nhân có chỉ số thông minh từ 50 trở xuống thường không có khả năng trí tuệ để học hết lớp hai và không thể tự làm những công việc hay các trò chơi đòi hỏi sự khéo léo [3].

Các nghiên cứu cho thấy những cá nhân có chỉ số IQ từ 90 trở xuống hay là những cá nhân bị các loại bệnh tâm thần phân liệt dạng âm tính (xem thêm chương 6 “Bệnh tâm thần phân liệt”) thường không có khả năng suy nghĩ theo lối trừu tượng (abstract thinking), tổng quát hóa (generalization) hay khái niệm hóa (conceptualization) một vấn đề nào đó.

Một trong những cách để thử đánh giá những khả năng này là, chẳng hạn, hỏi người bệnh: “Sự giống nhau của một cuốn tiểu thuyết, một bài thơ và một tác phẩm điêu khắc là gì?” Với khả năng trừu tượng và tổng quát hóa, bình thường một người sẽ không mất nhiều thời gian để nói rằng tất cả chúng đều là những công trình nghệ thuật. Nhưng người kém khả năng trừu tượng và tổng quát hóa có thể trả lời theo nhiều cách khác nhau. Chẳng hạn, họ nói cuốn tiểu thuyết thì dài mà một bài thơ thì ngắn hơn, và tác phẩm điêu khắc thì lại là khác nữa vì nó không phải làm bằng chữ nghĩa, v. v....

Khả năng nhận biết

Trong ý nghĩa tổng quát, đây là khả năng có tính trực giác (intuition), là khả năng nhận ra được sự vật hay sự việc đúng như bản chất của nó. Người bệnh có nhận biết về bệnh tình của mình

hay không là lệ thuộc nhiều vào khả năng này. Khả năng nhận biết yếu kém làm cho người bệnh có thể không biết là mình có bệnh, hay chỉ biết lơ mờ, hay biết mình bị bệnh nhưng lại vu cho nguyên nhân của bệnh là do người khác gây nên. Khả năng nhận biết bình thường làm họ nhận thức được những nguyên nhân gây bệnh là do chính những điều kiện riêng tư về thể chất và tâm lý của họ. Kinh nghiệm cho thấy mức độ nhận biết và chấp nhận tình trạng bệnh của một bệnh nhân có ảnh hưởng nhiều đến mức độ hợp tác của họ trong tiến trình chữa trị, cũng như khả năng tiếp nhận tích cực của họ trong tâm lý trị liệu. Ngược lại, người không cho rằng mình thật sự có bệnh thường từ chối mọi sự giúp đỡ.

THÂU THẬP CÁC DỮ KIẾN PHỤ THUỘC

Các dữ kiện phụ thuộc là những tin tức thu nhận thêm được bên cạnh cuộc phỏng vấn, bao gồm những thông tin liên quan đến người bệnh ghi nhận được từ thân nhân và bạn bè, hồ sơ bệnh án đã có sẵn của người bệnh, và kết quả của những bản mẫu trắc nghiệm tâm lý.

Trong nhiều trường hợp, bệnh nhân bị những căn bệnh thuộc về loạn thần, giải thể nhân cách, mê sảng hay bị các chứng quên thường không thể tự mình tường thuật nguyên nhân và triệu chứng căn bệnh của mình được, do đó, cần dựa vào sự khai báo của thân nhân và bạn bè của họ. Ngoài ra, những kết quả thử nghiệm y tế và hồ sơ bệnh án của người bệnh cũng là những tin tức có liên hệ thiết yếu đến tình hình bệnh của bệnh nhân.

Thêm vào đó, trong những trường hợp cần phải tìm hiểu đầy đủ những khía cạnh nổi bật khác, như cá tính, trí thông minh, mức độ trầm cảm, tính chất loạn thần, v.v... của bệnh nhân, người

trị liệu có thể thực hiện các cuộc trắc nghiệm tâm lý bổ túc trong những thời gian khác nhau sau cuộc phỏng vấn đầu tiên.

Tại Hoa Kỳ hiện nay đã có đến hàng trăm *bản mẫu trắc nghiệm tâm lý* được soạn thảo bằng tiếng Anh, được chia thành nhiều loại:

- **Trắc nghiệm thành quả** (achievement tests) là các mẫu dùng để đo lường kết quả của một giai đoạn học vấn hay huấn luyện.
- **Trắc nghiệm năng khiếu** (aptitude tests) dùng để đo lường tiềm năng của một cá nhân về một lãnh vực nào đó như âm nhạc, nghệ thuật, y học, toán học, v. v...
- **Trắc nghiệm trí thông minh** (intelligence tests) dùng để kiểm tra chỉ số thông minh IQ, trong đó bao gồm sự trắc nghiệm các khả năng lý luận, phán đoán, giải quyết, phân tách, so sánh, tổng hợp... của cá nhân. Các bản mẫu trắc nghiệm tâm lý **WAIS, WISC, WPPSE** của Wechsler, và bản trắc nghiệm **Stanford- Binet Intelligence Scale** đều được dùng trong mục đích này.

Câu hỏi từng đặt ra là *mức độ giá trị* (validity) và *mức độ tin cậy* (reliability) của các bản trắc nghiệm trí thông minh được nêu trên có mang tính phổ thông và tổng quát để áp dụng cho mọi người được hay không? Thực tế cho thấy vì chúng được soạn thảo dựa vào ngôn ngữ và văn hóa Tây phương, do đó khi áp dụng cho những cá nhân không quen thuộc với nền văn hóa này, hoặc cho những người không đủ khả năng quán triệt ngôn ngữ Anh thì thường kết quả không mấy chính xác. Đối với những cá nhân này, kết quả chỉ số IQ thường cho thấy có sự sút giảm rõ rệt, và như thế có thể nói rằng sự đo lường chắc chắn không thể nào có tính chất công bằng. Vì vậy, tốt nhất là mỗi dân tộc nên có những bản trắc nghiệm với những phương thức phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ của dân tộc đó.

- **Trắc nghiệm nhân cách, cá tính** (personality tests) gồm có hai loại, **cấu trúc** (structured) và **phóng chiếu** (projective).

Cấu trúc là một hình thức trắc nghiệm theo lối để cho cá nhân tự đánh giá về mình, tức là trả lời những câu hỏi được liệt kê trong một bản trắc nghiệm mẫu. Những câu hỏi đều có liên quan đến ý tưởng, hành vi, cảm nhận, lòng tin của người bệnh, và kết quả của bản trắc nghiệm sẽ là cơ sở để sau đó chuyên viên có thể rút ra những kết luận về các tính chất đặc thù của cá tính cũng như các trạng thái tâm lý của người bệnh. Trong trị liệu đã có rất nhiều bản trắc nghiệm ngắn gọn, chẳng hạn như mẫu trắc nghiệm BDI (Beck Depression Inventories), thường được sử dụng để đánh giá khả năng giao tiếp, nhận thức, mức độ của các triệu chứng lo âu, trầm cảm, cơn nóng giận, vv...

Đặc biệt, bản **MMPI** (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) là một mẫu trắc nghiệm thể hiện sự sâu rộng và bao quát về mọi phương diện tâm lý và nhân cách, cá tính. Nó được đánh giá là có độ tin cậy cao vì được thiết kế dựa trên 3 thang điểm: (L) là thang đo lường tính dối trá, không thể hiện sự thành thật khi trả lời, (F) là thang điểm dùng để phát hiện sự cầu thả, và (K) là thang phát hiện sự cố tình trả lời các câu hỏi theo lối nghịch lý (ví dụ khi thì trả lời tốt khi thì xấu đối với những câu hỏi có nội dung tương tự).

Bản trắc nghiệm MMPI gồm có 550 câu hỏi (đúng/sai) đi lần lượt từng vấn đề dựa theo những kết luận rút ra từ các kinh nghiệm làm việc với bệnh nhân, từ các sách giáo khoa, từ các cuộc kiểm tra và thí nghiệm trong các phòng mạch và bệnh viện. Năm 1990 đại học Minesota giới thiệu bản trắc nghiệm **MMPI- 2** với một số sửa đổi và tăng tổng số câu hỏi lên thành 567. Cũng trong lúc đó nhà trường cho ra đời bộ trắc nghiệm **MMPI- A** để sử dụng cho lứa tuổi vị thành niên từ 14- 18 tuổi.

Nói chung, các bộ **MMPI** dựa trên nguyên tắc *chuẩn mực* (criterion keying), tức là lấy cái trung bình và bình thường để đo lường cái sai lệch và bất thường. MMPI giúp đo lường 10 khía cạnh tâm lý. Nói tổng quát, kết quả điểm ghi nhận cho mỗi khía cạnh tâm lý là từ 0 đến 120. Số điểm từ 70 trở lên thì được xem là chệch hướng, bất thường. Tất cả số điểm sau đó được vẽ biểu đồ, và đường biến thiên trên biểu đồ vẽ ra những nét đặc thù về cá tính và tâm lý của bệnh nhân.

Phóng chiếu là hình thức trắc nghiệm về phẩm chất không phải lượng, tức là không có vấn đề trả lời đúng/sai, mà chỉ dựa vào quan niệm hay giải thích của chính người bệnh trước một vấn đề hay một sự kiện để giải đoán những vấn đề liên quan đến tâm lý, tâm thần của họ. Các chuyên viên tâm lý cho rằng hình thức trắc nghiệm phóng chiếu sẽ giúp họ nhận biết được những khía cạnh sinh hoạt vô thức, tức là những gì trong nội tâm mà không hoặc chưa thể hiện ra trong hành vi bên ngoài của người bệnh. Những bản trắc nghiệm phóng chiếu phổ thông thường được áp dụng là mẫu trắc nghiệm Rorschach, mẫu TAT (Thematic Apperception test), và các mẫu trắc nghiệm vẽ (drawing test).

Mẫu trắc nghiệm **Rorschach** là những bức hình tình cờ được tạo ra bằng những vết mực loang trên những tờ giấy trắng gấp đôi lại và sau đó mở ra cho hình thể vết mực được cân đối hai bên nếp gấp. Cá nhân được cho xem để nói lên cảm tưởng và nhận định của mình về những bức hình đó. Ai cũng thấy những hình ảnh này, nhưng kinh nghiệm cho thấy mỗi người đều có khuynh hướng nhận định và giải thích chúng theo những tính cách riêng, phản ánh những khía cạnh tâm lý riêng của cá nhân họ. Chẳng hạn, những bệnh nhân có các triệu chứng loạn thần sẽ nhìn thấy những hình ảnh này khác với những bệnh nhân có các triệu chứng lo âu

[4]. Rorschach gồm có 10 tấm hình để trắc nghiệm, kèm theo những hướng dẫn cách sử dụng và phương pháp đánh giá các kết quả trắc nghiệm, được gọi là **Rorschach Psychodynamic Inblot Test**.

Mẫu trắc nghiệm cảm nhận theo chủ đề **TAT** (Thematic Apperception test) cũng là một lối trắc nghiệm phóng chiếu. Mẫu trắc nghiệm này bao gồm 31 bản vẽ những hình người đen trắng trong những khung cảnh mờ ảo. Cá nhân được yêu cầu xem hình và tự tạo ra một câu chuyện diễn biến theo từng hình vẽ lần lượt được xem. Cá nhân phải nói theo ý của mình cái gì đang xảy ra trong hình, cái gì có thể đã là nguyên nhân dẫn tới những việc đang xảy ra, những nhân vật trong hình đang có những ý nghĩ và tình cảm gì, và với những tình hình và sự kiện như cá nhân đã nhận thức thì những gì có thể sẽ xảy ra cho những con người ấy trong các hình vẽ này. Kinh nghiệm cho thấy nhiều cá nhân tự đồng dạng mình với một nhân vật trong hình vẽ, và câu chuyện của họ tạo ra thường chứa đựng trong đó những nhu cầu, đòi hỏi, xung khắc, ước muốn, mơ mộng, tưởng tượng, cảm xúc và nhận thức của họ. Chuyên viên trắc nghiệm cần xem xét và đánh giá không những nội dung của câu chuyện mà còn quan sát cả thái độ và cách thức của cá nhân trong lúc xem hình. Những cuộc kiểm tra cho thấy bệnh nhân trầm cảm thường phản ứng hồi hợt hoặc trì hoãn, chậm chạp, trong khi các bệnh nhân bị chứng rối loạn ám ảnh sợ hãi thường quá cẩn thận và quá chi tiết trong lúc trắc nghiệm [5].

Mẫu trắc nghiệm vẽ hình người **TDAPT** (The Draw-a-Person Test) cũng là loại trắc nghiệm phóng chiếu. Cá nhân được yêu cầu vẽ một hình người trên giấy, xong được yêu cầu vẽ một hình người thứ hai khác phái với hình người trước. Cốt lõi của lối trắc nghiệm này là để đánh giá những quan tâm, nhận thức, và tình cảm của cá nhân. Ví dụ, cá nhân đang quan tâm đến một người đặc biệt

nào trong hiện tại khi vẽ hình người. Hay những sự thiếu cân đối trong hình cũng nói lên những nhận thức và cảm xúc. Ví dụ, cái đầu quá to hay quá nhỏ có thể gợi ý rằng cá nhân có những vấn đề liên quan đến các chức năng trí tuệ, đôi mắt quá to có thể nói lên cá tính hay hồ nghi, ngờ vực của cá nhân, v.v...

Nói tóm lại *các mẫu trắc nghiệm nhân cách và cá tính chỉ có tính cách phụ thuộc*, thường dùng để giải thích thêm cho một khía cạnh tâm lý đặc biệt nào đó của người bệnh. Các chuyên gia tâm lý thường bàn cãi với nhau về vấn đề *mức độ giá trị và mức độ tin cậy* của chúng. Nhất là *các mẫu trắc nghiệm phóng chiếu* thường không có những phương thức và tiêu chuẩn nhất định để đánh giá. Trước tiên là không có gì bảo đảm được tính trung thực của người được trắc nghiệm, và sau nữa là các chuyên viên thường có khuynh hướng đánh giá kết quả và ghi điểm trên các bản trắc nghiệm phóng chiếu theo những quan điểm riêng của mình nên thường rất khác nhau. Vì thế, hiện nay các chuyên viên thường ít sử dụng các mẫu trắc nghiệm phóng chiếu để lượng giá các hiện tượng tâm thần, tâm lý của bệnh nhân.

- *Trắc nghiệm tâm - sinh lý* (Psychophysiological tests) là những dụng cụ đo lường mối tương quan giữa những hiện tượng hay triệu chứng tâm lý và những biến chuyển sinh lý kèm theo đó của cơ thể. Nhiều thí nghiệm đã xác định rõ những hiện tượng tâm lý như cảm xúc, lo lắng, tức giận, v. v... đều có những sự thay đổi sinh lý đi kèm như tim đập nhanh hơn, bắp thịt co giật hay căng thẳng, áp suất máu cao, và nhiệt độ cơ thể gia tăng... Do đó, đo lường những phản ứng sinh lý cũng là cách để biết về các hiện tượng tâm lý. Một số kỹ thuật trắc nghiệm tâm sinh lý có thể kê ra như sau:

Kỹ thuật phản hồi sinh học (biofeedback), là một phương pháp giúp người bệnh có sự hiểu biết về các phản ứng đang xảy

ra của cơ thể và sau đó họ được hướng dẫn cách làm sao kiểm soát và tự kiểm chế chúng. Chẳng hạn, một bệnh nhân đau đầu đông (tension headache) được chỉ dẫn mọi chi tiết về mức độ căng thẳng của các bắp thịt đầu, cổ, mặt và sau đó được huấn luyện các phương pháp làm sao thư giãn bắp thịt theo ý muốn để cảm giác đau đớn được giảm thiểu dần.

Kỹ thuật trắc nghiệm tâm sinh lý cũng áp dụng vào việc đo lường cảm giác kích thích dục tính. Chẳng hạn, một dụng cụ gọi là *vaginal plethysmograph* được dùng để đo lường mức độ kích thích tình dục của phụ nữ. Dụng cụ này được đặt vào âm hộ của đàn bà để đo lượng máu gia tăng khi cá nhân đang bị kích thích (ví dụ đang xem một phim dâm ô). Dụng cụ dùng cho đàn ông là *penile plethysmograph* dùng để đo lường mức độ cương cứng của dương vật khi người đàn ông bị kích thích.

Tuy nhiên, các dụng cụ trắc nghiệm tâm sinh lý đang còn trong thời kỳ phôi thai, phí tổn thực hiện thường rất cao và độ chính xác của một số dụng cụ lại chưa thực sự đáng tin cậy; do đó, việc sử dụng phương pháp trắc nghiệm này vẫn còn nhiều hạn chế.

- **Trắc nghiệm thần kinh tâm lý.** Khoa thần kinh tâm lý (neuropsychology) cho rằng mọi sự thay đổi của não bộ đều có thể ảnh hưởng đến hành vi và cá tính của cá nhân. Não bộ có thể bị bất thường, hư hỏng vì bị thương tổn, ung bướu, nhiễm trùng hay nhiễm độc dược... Ngoài những cách xét nghiệm tình trạng tổn thương của não bộ và thần kinh bằng các phương pháp phẫu thuật và kỹ thuật máy móc, những bản mẫu trắc nghiệm như *Halstead- Reitan Battery*, *Luria- Nebraska Battery*, và *Bender Visual/motor Gestalt*, phối hợp với các bản mẫu trắc nghiệm trí thông minh WAIS và WISC cũng có thể phát hiện được những vấn đề thuộc về chức năng sinh hoạt não bộ của người bệnh, bao gồm

khả năng suy luận và trừu tượng, trí nhớ, định hướng, chú ý và tập trung, khả năng diễn đạt và tiếp nhận ngôn ngữ, tính chất sâu rộng và uyển chuyển trong suy nghĩ và phán đoán, sự nhạy bén trong đối đáp, và khả năng của các giác quan.

TÓM LƯỢC SỰ KIỆN

Sau khi thâm thập đầy đủ các tin tức theo trình tự của các mục trong bản lượng giá, chuyên viên lượng giá cần kết luận bằng một câu ngắn gọn, nêu lên những điểm chính yếu đã tìm thấy được, bao gồm những nét đặc thù thuộc về tiểu sử cá nhân, nguyên nhân và quá trình của bệnh, những nguy cơ đe dọa mạng sống có thể xảy ra trong hiện tại (ví dụ có ý định tự tử, giết người...). Phần kết luận này chỉ để cho thấy những vấn đề đang nổi bật của chứng bệnh để cần phải quan tâm chú ý, chứ chưa phải là phần chẩn bệnh, tiên lượng bệnh, và chữa trị.

CHẨN ĐOÁN VÀ TIỀN LƯỢNG BỆNH

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán bệnh (diagnosis), nói tổng quát, là hành động xác định rằng những hiện tượng hay triệu chứng tâm lý đang xảy ra cho một cá nhân là phù hợp với một thứ loại bệnh đã được nghiên cứu và xác nhận bởi nhiều chuyên gia khác trong ngành. Chẩn đoán là việc làm đòi hỏi nhiều cẩn trọng, vì nếu không sự chữa trị sẽ không có hiệu quả và sự *tiền lượng bệnh* (prognosis) cũng sẽ thiếu chính xác.

Chẩn đoán bệnh là giai đoạn kế tiếp ngay sau phần lượng giá. Mọi tin tức và sự kiện thu thập được trong cuộc phỏng vấn lượng giá phải được xem xét để đánh giá mức độ tin cậy của chúng. Nên lưu ý rằng những *dấu hiệu* thường đáng tin cậy hơn các *triệu chứng*, vì chúng vừa có thể quan sát được và vừa có tính khách quan, trong khi triệu chứng chỉ là do lời khai chủ quan của người bệnh. Cần tổng hợp các yếu tố chính của dấu hiệu và triệu chứng trước khi xác định rằng những đặc tính của triệu chứng mà người

bệnh đang có là phù hợp với các tiêu chuẩn và định nghĩa đã đề ra trong bản liệt kê các loại bệnh tâm thần. Tuy nhiên, sự chẩn đoán được thích hợp và chính xác hay không lại đòi hỏi nhiều kinh nghiệm thực tiễn để thấy được những chi tiết đặc biệt của từng trường hợp, chứ không phải là học nằm lòng mọi tiêu chuẩn đề ra trong lý thuyết.

Cần ghi nhớ rằng mặc dù sự chẩn đoán rất cần thiết trong việc chữa trị, nó cũng có thể tạo ra những hậu quả bất lợi cho người bệnh. Đối với bệnh tâm thần, cá nhân được chẩn đoán có bệnh thường dễ có cảm giác bị sỉ nhục, bị xem là người bất thường, không được người khác tôn trọng, và có thể dẫn tới hậu quả là mọi cư xử của cá nhân trở nên đầy mặc cảm và thiếu tự nhiên. Mặt khác, cá nhân cũng có thể bị phân biệt đối xử bởi những người thiếu nhận thức đầy đủ về lãnh vực tâm thần, tâm lý của con người. Trong những trường hợp như vậy, người bệnh có thể gặp nhiều khó khăn trong công việc làm ăn và trong mọi giao tiếp. Do đó, điều quan trọng là chuyên viên phải giải thích cho người bệnh biết rằng sự chẩn đoán chỉ có mục đích làm sáng tỏ những vấn đề cần chú ý để việc chữa trị được đúng mức, chứ không phải ám chỉ rằng cá nhân sẽ bị đồng hóa với căn bệnh hay cá nhân suốt đời phải mang cái nhãn hiệu của căn bệnh này.

Cũng như vậy, các sách liệt kê và giải thích bệnh tâm thần không hề có sự khẳng định rằng toàn bộ những dấu hiệu và triệu chứng của mỗi loại bệnh tâm thần phải là khác biệt nhau, cũng như phải hoàn toàn khác biệt với những trường hợp không có bệnh. Sách cũng không có sự khẳng định rằng bất cứ người bệnh nào được liệt vào cùng một loại chẩn đoán thì sẽ hoàn toàn giống nhau trong các khía cạnh khác của sức khỏe và những điều kiện sống.

Các bản phân loại và liệt kê dùng để chẩn đoán bệnh tâm thần

đã trải qua nhiều thời kỳ bổ túc và sửa đổi. Người đầu tiên soạn ra bản liệt kê và những tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh tâm thần là bác sĩ người Đức, **Emil Kraepelin**, vào khoảng năm 1883. Công trình này đã khởi đầu cho sự thành hình, cùng với sự bổ túc và sửa đổi theo từng thời kỳ các tài liệu thống kê về bệnh tật như *Bản phân loại quốc tế về bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khỏe* (International Classification of Diseases and Related Health Problems - **ICD**) được soạn thảo bởi Tổ chức y tế thế giới (WHO) và cuốn *Sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - **DSM**) của Hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ (APA).

Bản phân loại quốc tế về bệnh tật mới nhất của cơ quan WHO hiện nay là **ICD- 10**, trong đó *chương IV và V là phần liệt kê các loại bệnh tâm thần và rối loạn tâm lý*. Tại Hoa Kỳ, sau những lần cải sửa và bổ túc, **DSM- V** là cuốn sách mới nhất đang được sử dụng. Cả hai cuốn, ICD và DSM- V, đều không khác nhau mấy về phần định nghĩa, mô tả, giải thích và liệt kê các thứ loại bệnh, nhưng chỉ có *hệ thống mã số* (coding system) sử dụng cho mỗi loại bệnh là khác nhau. Ví dụ, bệnh tâm thần phân liệt (schizophrenia) có mã số của ICD là F20. xx, nhưng mã số của bệnh này trong DSM- V là 295. xx. Tựu trung, vấn đề quan trọng là sự phù hợp về nội dung, ý nghĩa và từ ngữ áp dụng, còn mã số chỉ là cách rút gọn để được tiện dụng trong việc ghi chép và lưu giữ hồ sơ mà thôi [6].

Cuốn DSM đầu tiên được phổ biến tại Hoa Kỳ vào năm 1952. Qua nhiều lần sửa đổi và bổ túc, cuốn mới nhất, như đã nói, là DSM- IV- TR được sử dụng kể từ năm 2000 và hiện tại là cuốn DSM- V. Nó không khác gì các cuốn trước về định nghĩa, liệt kê các loại bệnh, và những tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh, nhưng chỉ có một ít sửa đổi về cách giải thích và mô tả đi kèm với sự chẩn

đoán đối với một số bệnh. Ví dụ, những tiêu chuẩn chẩn đoán cho một số bệnh tâm thần được thay đổi để loại bỏ các thành kiến có thể xảy ra về tuổi tác, văn hóa và giống phái.

CÁCH CHẨN BỆNH THEO DSM

Như đã nói, ICD của cơ quan WHO cũng như DSM của Hội APA đều không trình bày các lý thuyết về nguyên nhân (etiology) của các bệnh tâm thần, nó chỉ là cuốn sách dùng để định nghĩa, mô tả, và phân loại các dấu hiệu và triệu chứng tâm thần và tâm lý bất thường, và theo đó chỉ dẫn những chi tiết để tiến đến sự chẩn đoán.

DSM cung cấp một bản sắp xếp theo loại hạng các bệnh tâm thần căn cứ trên những *triệu chứng tiêu chuẩn nổi bật*. Nói cách khác, sắp xếp theo loại hạng nghĩa là chẩn đoán chứng bệnh của cá nhân hoặc là phù hợp hay không phù hợp với những triệu chứng tiêu chuẩn được liệt kê cho một loại bệnh nào đó mà thôi. Đây là cách sắp xếp và chẩn đoán bệnh theo lối *mô tả* (description). Vì vậy nó khác với phương thức chẩn đoán bệnh mà theo đó các triệu chứng bệnh của cá nhân được sắp xếp theo *mức độ và tầm cỡ* (scale). Ví dụ, cảm giác đau đớn được tính theo mức độ từ 1 đến 10 và người bệnh sẽ được hỏi là hiện tại cơn đau của họ ở mức nào.

Cách chẩn bệnh theo thứ loại (mô tả) có những hạn chế vì: *thứ nhất*, những cá nhân có cùng một loại bệnh tâm thần, nhưng trong nhiều trường hợp lại có thể có một số triệu chứng không giống nhau; *thứ hai*, có những cá nhân bị những bệnh tâm thần khác nhau nhưng lại có cùng một số triệu chứng tương tự. Vì vậy, để tránh những hạn chế này, DSM cho phép lối chẩn bệnh theo phương cách đa lý thuyết (polythetic) cho hầu hết các bệnh tâm thần, nghĩa là chỉ cần có một số triệu chứng nổi bật trong một loạt

các triệu chứng liên quan đến căn bệnh là có thể định bệnh cho cá nhân. Ví dụ, để chẩn đoán *bệnh tự kỷ* (Austistic disorder), cá nhân chỉ cần hội đủ 6 yếu tố trong số 12 yếu tố tiêu chuẩn ấn định về các hành vi ứng xử (criteria for conduct) của cá nhân.

Ngoài ra, cách chẩn bệnh theo thứ loại cũng bị hạn chế và khó khăn đối với một số bệnh tâm thần cần phải hội đủ cả hai yếu tố, *mô tả* và *mức độ*, mới có thể nhận biết và đánh giá đúng mức được. Chẳng hạn, chỉ cần 4 yếu tố trong số 12 yếu tố tiêu chuẩn là đủ để chẩn đoán *chứng rối loạn chống đối xã hội* (antisocial personality disorder). Thế nhưng, mức độ rối loạn của mỗi cá nhân mang chứng tật này thường khác xa nhau, từ mức độ chỉ gây ra những việc phá phách, bất tuân luật lệ giao thông đến mức độ có thể giết người không chút ăn năn. Cũng như thế, kể cả một số bệnh về cơ thể cũng gặp những hạn chế tương tự. Chẳng hạn, bệnh thiếu máu (anemia) được chẩn đoán theo cách tính phần trăm số lượng hồng huyết cầu trong máu (hematocrit), thế nhưng không thể chẩn đoán tất cả những ai có lượng hồng cầu thấp đều bị bệnh, vì trong số người có lượng hồng cầu thấp này vẫn có nhiều người có sức khỏe bình thường, không bị khuyết tật gì cả.

Cho đến năm 1880, nhân loại cũng chỉ nghĩ ra được 7 thứ loại bệnh tâm thần, gồm có chứng *hưng cảm* (mania), *sầu uất* (melancholia), *bệnh độc tưởng* (monomania) (tư tưởng luôn bị bận rộn với một sự việc hay sự vật nào đó), *tê liệt thần kinh* (paresis), *mất trí* (dementia), *bệnh dễ nghiện* (dipsomania), và *chứng ngắt xiu* (epilepsy). Nhưng hiện nay, cuốn DSM - V đã có một bản liệt kê đến gần 300 thứ loại chẩn đoán cho các hiện tượng rối loạn tâm lý tâm thần.

Sách **DSM** hướng dẫn phương pháp chẩn bệnh, theo đó một bệnh nhân phải được đánh giá trên 5 khía cạnh khác nhau, được phân ra làm 5 *trục chẩn đoán* (axis):

Trục I

Dùng để ghi những chứng bệnh hay sự rối loạn tâm thần mà DSM định nghĩa như là “những triệu chứng hay hội chứng lâm sàng, hay những khuôn mẫu đang xảy ra liên quan đến tâm lý và hành vi của cá nhân khiến gây ra sự buồn khổ, bất lực hay gây ra những nguy cơ đau đớn, chết chóc, tê liệt, hoặc làm cho cá nhân mất sự độc lập, tự chủ trong sự sống”.

Có thể ghi trên Trục I một loạt nhiều chứng bệnh của bệnh nhân, nếu có, nhưng phải ghi xuống trước tiên chứng bệnh nào là **chính yếu** nhất của bệnh nhân. Thông thường cái lý do nào mà bệnh nhân yêu cầu được chữa trị, hoặc được chuyển đến để chữa trị thì được xem là chứng bệnh chính yếu. Ví dụ, có thể ghi ngay trên Trục I một loạt các chứng bệnh như trầm cảm, rối loạn lo âu, nghiện ngập, nếu có, của một bệnh nhân. Nhưng nếu vì tình trạng say nghiện mà người bệnh phải vào cấp cứu để chữa trị thì chứng nghiện ngập phải được ghi xuống trước tiên.

Trong trường hợp không đủ dữ kiện có sẵn để chẩn đoán thì ghi là “**Chẩn đoán hoãn lại**” (Deferred). Nếu sự chẩn đoán không chắc chắn và có thể thay đổi trong tương lai thì ghi chữ “**Tạm thời**” (Provisional) phía sau tên bệnh. Nếu chứng bệnh có thể phát hiện được, nhưng không có thêm yếu tố để xếp nó vào một thứ loại đặc biệt nào thì phải ghi thêm chữ “**Không biệt lệ**” (Not otherwise specified) (NOS). Ví dụ, căn cứ trên các điều kiện của những triệu chứng, một bệnh nhân được chẩn đoán là có: *Bệnh trầm cảm, không biệt lệ* (Depression, NOS).

Trục II

Phần này dành để ghi các chứng bệnh thuộc về **chậm phát triển trí tuệ** (mental retardation) (MR) và về **rối loạn nhân cách**

(personality disorders). Trục II cũng dùng để ghi những *cơ chế tự vệ* (defense mechanisms), nếu có, của người bệnh, cũng như những *nét nổi bật* (traits) về tính tình và hành vi nhưng chưa ở mức độ để trở thành một cá tính bền vững.

Trục III

Phần này dành cho *các chứng bệnh hay những tổn thương thuộc về thể chất*. Rất nhiều hiện tượng và triệu chứng tâm thần có liên quan với những thay đổi của thể chất. Ví dụ, căn bệnh trầm cảm của cá nhân là do quá buồn khổ với một căn bệnh thể chất. Trong trường hợp này bệnh trầm cảm sẽ ghi ở Trục I và căn bệnh của cơ thể thì ghi ở Trục III.

Trục IV

Phần này ghi *những vấn đề thuộc về tâm lý xã hội và môi trường sống có liên hệ đến căn bệnh ghi ở trục I*. Chẳng hạn, tùy theo từng trường hợp và hoàn cảnh cụ thể của mỗi bệnh nhân đã có sự chẩn đoán ở trục I, ở trục III có thể ghi những vấn đề như: khó khăn trong quan hệ tình cảm, khó khăn trong quan hệ với con cái, khó khăn trong công việc làm ăn, khó khăn về kinh tế và tài chính gia đình, khó khăn về nơi ăn chốn ở, v.v... nhưng chỉ ghi vấn đề, không ghi mức độ của vấn đề.

Trục V

Phần này dùng để đánh giá các chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Các tiêu chuẩn đánh giá thường dựa theo bản Đánh giá chức năng tổng quát (Global Assessment of Functioning) (GAF) được soạn thảo bởi hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ APA và có bảng hướng dẫn trong cuốn DSM. GAF là một

hệ thống thang điểm từ 1 đến 100. GAF chỉ dùng để đánh giá các chức năng liên quan đến các mặt sinh hoạt của tinh thần chứ không phải các chức năng của cơ thể. Nấc số 1 là nấc thấp nhất, nghĩa là hoàn toàn không có khả năng sinh hoạt. Nấc càng thấp càng chứng tỏ sự tối thiểu, kém cỏi trong các chức năng sinh hoạt. Thang điểm càng lên cao càng thể hiện sự tốt hơn trong các chức năng sinh hoạt. 100 điểm là nấc điểm cao nhất, thể hiện sự hoàn hảo về mọi chức năng sinh hoạt [7]. Dấu sao, mức độ chính xác của GAF chỉ có tính cách tương đối và tạm thời vì nó chỉ do nhận xét chủ quan của người trị liệu. GAF thông thường phải được đánh giá cả hiện tại lẫn quá khứ của người bệnh.

VÀI VÍ DỤ VỀ CÁCH CHẨN BỆNH

Ví dụ 1

Ông Năm được đưa đi cấp cứu vì bị té xỉu bên vệ đường. Tại phòng cấp cứu, cuộc khám nghiệm phát hiện rằng ông Năm bị té ngã vì say rượu. Những cuộc khám nghiệm kế tiếp không phát hiện vấn đề trầm trọng nào về sức khỏe cơ thể. Sau mấy ngày tỉnh rượu, ông Năm về nhà với cái hẹn đến gặp chuyên viên tâm lý trị liệu vào tuần sau. Tại trung tâm sức khỏe tâm thần, ông Năm tự nhận đã bị nghiện rượu trong nhiều năm và nhiều lần muốn bỏ nhưng đã không làm được. Ông cho biết đã trở nên nghiện ngập từ khi người vợ và đứa con gái 15 tuổi bị chết trong một tai nạn xe cộ cách đây hơn 5 năm. Ông buồn rầu muốn chết nhiều lần, nhưng nhờ sự an ủi và khuyên nhủ của thân nhân và bè bạn, ông thật sự cố gắng để chống chọi với cuộc sống. Tuy vậy, biến cố quá to lớn đó đã hoàn toàn thay đổi cuộc đời ông. Ngoài những giờ giấc phải đi làm để kiếm kế sinh nhai, ông không còn tha thiết và quan

tâm tới điều gì, chỉ uống rượu để giải sầu và tìm sự quên lãng. Ban đầu ông chỉ uống vừa phải, nhưng từ lượng cứ tăng dần đến thời kỳ tay chân luôn bị run rẩy và trí nhớ mất dần. Ông cũng biết sự nghiện ngập là nguy hiểm, nhưng không làm sao chấm dứt được, vì những lúc tỉnh rượu thì hầu như ông luôn luôn cảm thấy cuộc sống của ông thật buồn thảm, cô đơn và sầu muộn.

Cuộc phỏng vấn lượng giá cùng với các trắc nghiệm về thần kinh tâm lý tìm thấy đúng là ông Năm có bị một số tổn thương về thần kinh và ký ức do tình trạng nghiện ngập lâu năm.

Trường hợp của ông được chẩn đoán như sau:

- **Trục I:** - 303. 90/ Nghiện rượu (Alcohol Dependence)
- 296. 34/ Trầm cảm chính hệ/Tái đi tái lại/Trầm trọng, với triệu chứng loạn thần (Major Depressive Disorder, Recurrent, Severe, With Psychotic Symptoms)
- **Trục II:** - V71. 09/ Không có bệnh chậm phát triển trí tuệ/ Không có rối loạn cá tính (No mental retardation/No personality disorder)
- **Trục III:** Hội chứng Korsakoff do nghiện rượu (tay run, trí nhớ kém...)
- **Trục IV:** Sống cô đơn/Vợ và con gái bị chết vì tai nạn 5 năm trước.
- **Trục V:** Chức năng sinh hoạt tinh thần (GAF) = 45 (hiện tại), 40 (mức cao nhất trong năm qua) (thường bị ám ảnh với biến cố chấn thương cũ, khí sắc ủ dột, dễ chiều theo ý muốn tự tử, sinh hoạt và giao tiếp hạn chế...).

[Tật nghiện rượu thường đi đôi với các triệu chứng trầm cảm. Tình trạng này gọi là bệnh đồng thời (comorbidity). Trong trường hợp này tật nghiện rượu là vấn đề cần chú ý nhất trong trị liệu, vì tình trạng kéo dài của nó sẽ làm tồi tệ hơn các triệu chứng trầm

cảm và có thể khiến ý muốn tự tử trở lại trong tâm trí người bệnh dù đã biến mất sau một thời gian. Tuy nhiên, những triệu chứng trầm cảm vẫn được tiến hành trị liệu đồng thời để hỗ trợ cho tiến trình cai rượu. Tình trạng trầm cảm cũng được chú ý là trầm trọng vì trước đây bệnh nhân thú nhận đã mấy lần có ý tưởng tự tử, đây là dấu hiệu của triệu chứng loạn thần].

Ví dụ 2

Hùng năm nay 13 tuổi đang sống với mẹ và một em trai 8 tuổi. Cha Hùng đã ly dị với mẹ được 6 năm nay và ông đang sống ở xa với một người vợ khác. Hùng đang học lớp 6, được mẹ đưa đến gặp chuyên viên tâm lý do sự khuyến khích của nhà trường. Hùng có vóc dáng trung bình, chưa từng bị bệnh hoạn gì đáng chú ý, sinh ra đầy đủ tháng, dinh dưỡng và điều kiện nuôi nấng không bị thiếu thốn. Nhưng Hùng là đứa con trai thuộc loại khó nuôi, vì hay cãi lại người lớn, không tuân thủ nề nếp gia đình, thường chửi thề, nói láo, tránh né và vu tội cho người khác. Tại trường học, Hùng là học sinh luôn luôn ở hạng kém vì không chịu làm bài tập, không lắng nghe thầy giáo, thường quấy rối trong giờ học, phá phách các học cụ của trường, đánh lộn và bắt nạt, đôi khi lừa đảo và lấy cắp đồ dùng của bạn bè. Đã mấy lần Hùng bị nhà trường cảnh cáo nhưng rồi vẫn chứng nào tật nấy. Hùng là một trong những đứa trẻ bị hàng xóm để ý vì đã có một vài vụ trộm vặt xảy ra trong xóm mà chưa phát hiện được thủ phạm. Qua những tin tức thu thập từ trường học và từ gia đình, cộng với một loạt trắc nghiệm các lãnh vực thuộc về trí thông minh và học lực. Hùng được chẩn đoán sơ khởi như sau:

- **Trục I:** - 312. 8/ Rối loạn ứng xử/ Loại phát sinh từ thơ ấu/ Vừa phải (Conduct Disorder, Childhood- Onset Type, Moderate)
- **Trục II:** - 317/ Trí tuệ chậm phát triển/Nhẹ (IQ=70) (Mild Mental Retardation)
- **Trục III:** Không có
- **Trục IV:** Thuộc nhóm có những vấn đề về gia đình: Không có cha/ Cha mẹ ly dị. Có vấn đề về học vấn: Kém về toán/ ngôn ngữ viết.
- **Trục V:** Chức năng sinh hoạt tinh thần (GAF) = 70 (hiện tại) 75 (Mức cao nhất trong năm qua)

[Những ví dụ trên đây chỉ là những mẫu tương đối đơn giản được nêu ra để thuận tiện trong việc giải thích mà thôi. Ngoài ra, sự chẩn bệnh như thế cũng chỉ là dựa vào các chỉ dẫn từ sách vở đang sử dụng tại Hoa Kỳ, do đó đòi hỏi phải có phần ghi chú thêm bằng tiếng Anh để tiện việc tra cứu. Hy vọng rằng khoa tâm thần học sẽ là bộ môn hoàn toàn ghi chép bằng Việt ngữ trong lý thuyết cũng như trong thực hành trong một tương lai gần].

TIÊN LƯỢNG BỆNH

Sự tiên lượng (prognosis) hay là tiên đoán kết quả của một căn bệnh trong tương lai sẽ tùy thuộc vào nhiều yếu tố sau đây:

Tính chất của căn bệnh

Tính chất của căn bệnh bao gồm thứ loại, quá trình và mức độ của nó. Nói tổng quát, những loại bệnh thuộc về bẩm sinh của thể chất tâm sinh lý thường khó khăn cho việc chữa trị hơn các chứng bệnh gây ra do ảnh hưởng và tác động của môi trường. Chẳng

hạn, bệnh *trầm cảm chính hệ* (major depressive disorder) do bẩm sinh sẽ khó hồi phục hơn bệnh *hội chứng stress hậu chấn thương* (posttraumatic stress disorder) thường do biến cố ngoại cảnh mang lại, hay *bệnh tự kỷ* (autism) do bẩm sinh của trẻ em sẽ khó tiên đoán kết quả hơn *chứng rối loạn chống đối* (oppositional defiant disorder) (ODD), phần lớn do môi trường nuôi dưỡng tác động vào trẻ em. Ngoài ra, quá trình và mức độ của các triệu chứng cũng góp phần quan trọng cho sự tiên đoán và đánh giá bệnh. Chẳng hạn, *bệnh tâm thần phân liệt* thông thường ít có cơ hội hồi phục nếu cá nhân bị mắc phải vào lúc tuổi quá trẻ, và thông thường khi một căn bệnh đang còn ở mức độ nhẹ, mới chớm thì càng dễ có cơ hội hồi phục hơn.

Những yếu tố đặc biệt liên quan đến người bệnh

Những yếu tố đặc biệt liên quan đến người bệnh bao gồm sức khỏe, tuổi tác, sức phấn đấu, niềm tin, sự hỗ trợ của người thân, môi trường và điều kiện sống trong hiện tại... Người bệnh nếu được chữa trị kịp thời, đúng mức, với sự cố gắng của bản thân và với sự hỗ trợ đầy đủ của gia đình, người thân thì có nhiều cơ hội lành bệnh hơn. Chẳng hạn, ước tính khoảng hơn 85% trong số một triệu người bị bệnh tâm thần phân liệt tại Hoa Kỳ hiện nay là những người vẫn có thể đi làm, đi học, và tự chăm sóc lấy mình hằng ngày nhờ có sự chữa trị kịp thời và đầy đủ, nhờ có những loại được liệu hiệu quả, cũng như người bệnh biết tuân theo những phương cách ăn uống, tập luyện cơ thể mỗi ngày [8].

Những điều kiện có sẵn trong trị liệu

Những điều kiện có sẵn trong trị liệu, bao gồm mối quan hệ trị liệu, kinh nghiệm của chuyên viên, thuốc men và phương pháp trị liệu, và ngoài ra cần có sự giúp đỡ, hỗ trợ của gia đình, thân nhân...

Chẳng hạn, mối quan hệ trị liệu càng trong sáng và trung thực giữa bệnh nhân và người trị liệu sẽ càng khiến cho người bệnh tin tưởng và làm theo mọi hướng dẫn trong tiến trình trị liệu.

Sự tiên lượng cần phải dựa trên những dữ kiện đã được chẩn đoán ở các Trục. Ví dụ, sự tiên lượng nhắm vào những vấn đề nào trong Trục I hay Trục II? Sự tiên lượng cho một giai đoạn ngắn hạn hay dài hạn? Những vấn đề nào liên quan đến khả năng tồn động, tái phát, hay biến chứng có thể xảy ra sau khi bệnh được hồi phục? Tiên lượng bệnh là một điều mà mọi bệnh nhân cũng như thân nhân của họ đều nóng lòng trông đợi, tuy nhiên không phải vì thế mà vội vàng đưa ra những kết luận thiếu căn cứ thực tế. Dẫu sao, tiên lượng kết quả hồi phục cho hầu hết các bệnh tâm thần là việc làm khó khăn hơn nhiều so với phần lớn các chứng bệnh thuộc về thể chất, là những bệnh, trong nhiều trường hợp, đều có thể biết rõ nguyên nhân phát sinh.

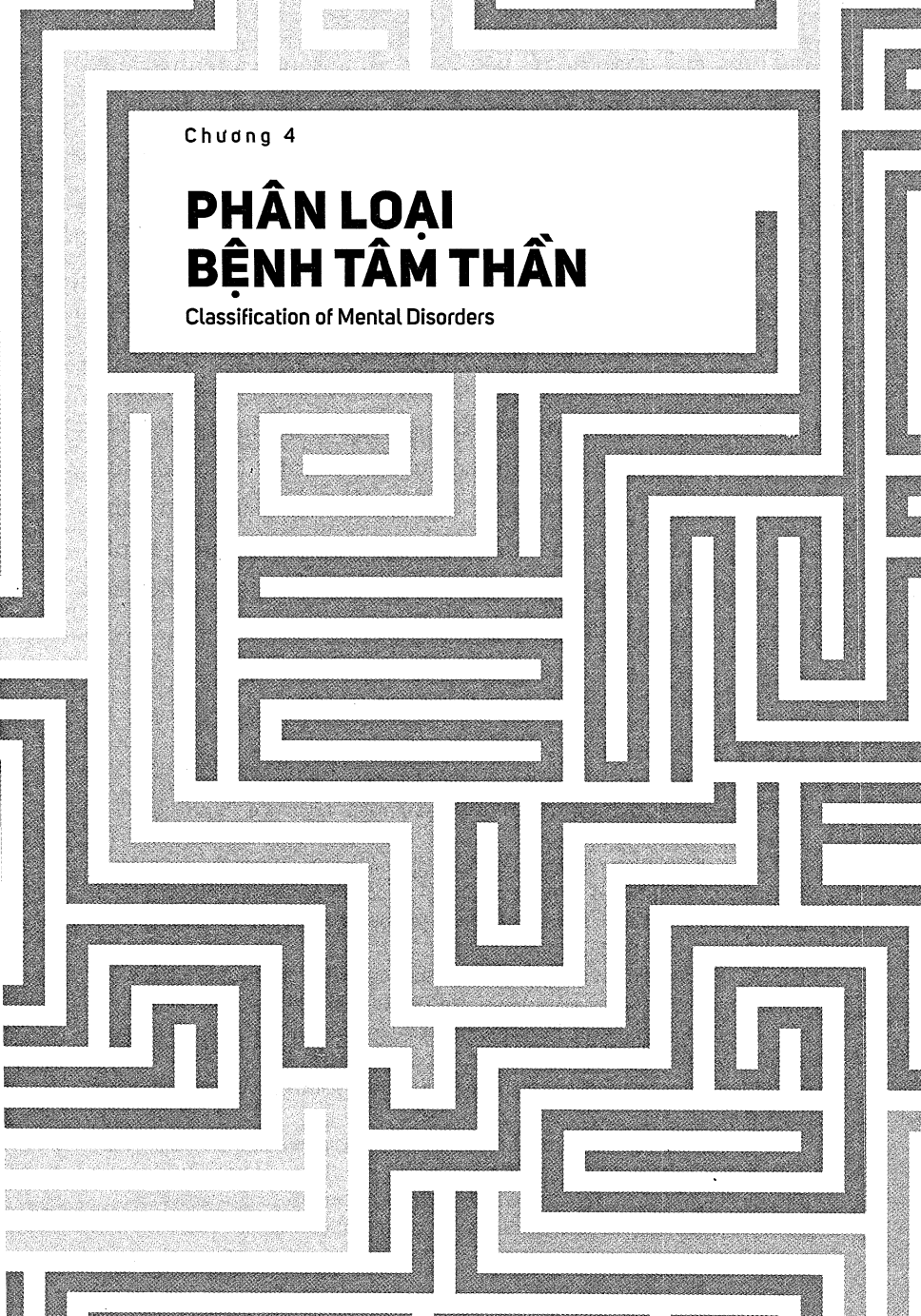
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Black, D. W. , Winokur, G. & Nasrallah, A (1986). *Effect of psychosis in suicide risk in 1,593 patients with unipolar and bipolar disorders*. American Journal of Psychiatry, 145, 849- 552.
2. Comer, R. J (1998). *Abnormal Psychology* (3rd. Ed). New York: W. H Freeman and Company.
3. Buckhalt, J. , Rutherford, B. , & Golberg, K (1978). *Verbal and nonverbal interaction of mothers with their down syndrome and non- retarded infant*. Jour. of Consulting & Clinical Psychology, 60, 505- 517.
4. Golstein, G. , & Hersen, M (1990). *Historical perspectives*. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds). *Handbook of Psychological Assessment* (2nd. Ed). New York: Pergamon Press.
5. Cramer, P (1996). *Storytelling, narrative, and the thematic apperception test*. New York: Guilford.
6. APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. Ed.) Washington, DC: Author.
7. Maxmen, S. J. , & Ward, G. N (1995). *Essential psychotherapy and its treatment* (2nd Ed). New York: W. W. Norton & Company.
8. Borison, R. L. (1995). *Clinical effectiveness of serotonin- dopamine antagonists relative to classic neuroleptics*. J. Clinical Psychopharmacology. , 51(Suppl. 1), 24S- 29S.

Chương 4

PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN

Classification of Mental Disorders



KHÁI NIỆM A

Như đã đề cập đến trong vài chương trước, việc truy tìm nguyên nhân phát sinh của phần lớn các bệnh tâm thần cho đến nay vẫn còn là một vấn đề nan giải. Yếu tố nguyên nhân muốn nói đến ở đây là tính chất then chốt và cội nguồn, điều kiện tiên quyết phải có trước để một căn bệnh có khả năng hình thành; do đó cần phân biệt nó với những yếu tố hay điều kiện khác cũng thường được cho là nguyên nhân gây bệnh, nhưng là những nguyên nhân góp thêm vào để căn bệnh có điều kiện phát ra, hoặc kéo dài, và làm trầm trọng hơn. Ví dụ, nhiều cuộc kiểm tra lâm sàng đã cho thấy tâm thần phân liệt là loại bệnh thường do những yếu tố bẩm sinh đã có sẵn, nhưng nó thường chỉ bắt đầu khởi phát khi cá nhân phải đối đầu với một sự cố nào đó khiến tinh thần cá nhân bị căng thẳng, khủng hoảng. Như vậy, đối với bệnh tâm thần phân liệt thì nguyên nhân chính là những yếu tố có sẵn từ bẩm sinh cộng với nguyên nhân phụ là sự căng thẳng và khủng hoảng tinh thần do sự cố môi trường gây ra. Tuy nhiên, cũng có rất nhiều triệu chứng rối loạn tâm thần

tâm lý ở các loại dạng khác mà rất khó hoặc không tìm ra được nguyên nhân nào là chính hay phụ.

Vì lý do đó, các sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần thường không đề cập tới phần các lý thuyết về **nguyên nhân nguyên thủy** (*etiology* hay là *aetiology*) (từ này rút ra từ tiếng Hy Lạp “aition” có nghĩa là nguyên nhân đầu tiên), nhưng chỉ nói đến một phần những nguyên nhân phụ, hay là những điều kiện gây bệnh (*causation*) của các loại bệnh tâm thần mà thôi.

Nói tổng quát, bệnh tâm thần thông thường có thể xuất phát từ một trong hai yếu tố, hoặc là sự phối hợp của cả hai yếu tố: **bẩm sinh** và **môi trường sống**. Nhưng để biết giữa hai yếu tố bẩm sinh và môi trường, yếu tố nào là nguyên nhân chính, nguyên nhân cội nguồn, làm phát sinh một căn bệnh tâm thần nào đó, trong nhiều trường hợp, là một vấn đề khó đi đến kết luận. Ngoài một số bệnh có thể biết rõ nguyên nhân, như **bệnh tự kỷ** (autism) của trẻ em là căn bệnh do những yếu tố thể chất bẩm sinh, hay **hội chứng stress hậu chấn thương** (posttraumatic stress disorder) là căn bệnh thường do tác động của những yếu tố thuộc về môi trường (đọc thêm chi tiết nói về các bệnh này trong các chương sau). Nhưng đối với các loại bệnh như, **rối loạn khí sắc** (mood disorders) và **rối loạn lo âu** (anxiety disorders) thì lại khác. Nguyên nhân làm phát sinh các bệnh rối loạn khí sắc hay lo âu có thể là do những yếu tố bẩm sinh hay do những tác động của môi trường, và trong nhiều trường hợp có thể là do sự phối hợp đồng thời của cả hai yếu tố đó.

Nhưng yếu tố bẩm sinh của bệnh cũng có hai lãnh vực, **một lãnh vực của thể chất và một lãnh vực của tâm lý**; vậy làm sao để biết bệnh xuất phát từ những điều kiện bẩm sinh của thể chất hay từ những điều kiện bẩm sinh của tâm lý?

Trước đây, những triệu chứng tâm thần được cho là do những điều kiện bẩm sinh của thể chất thì thường được gọi là các **chứng rối loạn tâm thần hữu cơ** (organic mental disorders), nhưng tên gọi này đã bị bãi bỏ vì về sau các chuyên viên nhận thấy rằng vẫn có những triệu chứng tâm thần không xuất phát từ những rối loạn của thể chất, chẳng hạn như các loại **bệnh tâm căn** (neuroses), thường được gọi là các **chứng rối loạn tâm thần chức năng** (functional mental disorders). Tuy nhiên, cụm từ này về sau cũng lại bị loại bỏ khi các chuyên viên tìm thấy ngay trong một số bệnh thuộc loại tâm thần chức năng này cũng có những yếu tố thể chất liên quan.

Hiện nay, nếu có những căn bệnh tâm thần nào khởi phát do ảnh hưởng trực tiếp của những điều kiện y học của cơ thể thì được gọi là loại **rối loạn tâm thần do điều kiện y học tổng quát** (mental disorders due to general medical condition - **GMC**). Ví dụ, **bệnh mê sảng do điều kiện y học tổng quát** (delirium due to GMC). Ngoài ra, phần lớn các chứng bệnh tâm thần khác đều không có những ghi nhận dứt khoát về nguyên nhân. Tựu trung, nguyên nhân bệnh phát sinh từ những yếu tố của thể chất hay là của tinh thần là vấn đề đã từng được bàn cãi qua nhiều thời kỳ mà mãi cho đến nay vẫn chưa có một kết luận khả dĩ được mọi người chấp nhận.

Trong phạm vi triết học cũng vậy, từ xa xưa cũng đã có nhiều lập luận khác nhau về vấn đề bản chất và mối tương quan giữa hai thực thể tinh thần và thể chất. Nói tổng quát, một lập luận cho rằng **thể chất và tinh thần là hai thực thể riêng biệt**, mặc dù chúng vẫn có sự liên hệ và ảnh hưởng lên nhau. Lập luận này nói rằng thân xác con người là thuộc về thế giới của vật chất, một thế giới cố định, không sinh động, không sáng tạo, và không mục đích, trong khi đó lãnh vực tinh thần lại thuộc về một thế giới sinh động với

các chức năng của ý thức, sáng tạo, hoạch định, quyết đoán, tưởng tượng và ước muốn. Vì không sáng tạo và không mục đích nên thế giới vật chất thường lệ thuộc vào sự hoạch định và quyết đoán của thế giới tinh thần. Ví dụ, một khu rừng có thể tự nhiên bị cháy vì sự cọ xát không mục đích của vật chất dưới sức nóng của mặt trời, nhưng đồng thời khu rừng cũng có thể bị thiêu rụi bằng một que diêm do ý muốn của một người nào đó.

Nhưng một lập luận khác lại nói rằng mọi ý tưởng, cảm nhận, ký ức, v. v... cũng chỉ là một loạt những tiến trình chuyển động xảy ra trong hệ thống thần kinh trung ương não bộ mà thôi. Một thí nghiệm cho thấy một người đã bị cụt tay lâu ngày có thể có ý nghĩ hay có cảm giác đau đớn trở lại ở cánh tay nếu những bộ phận của hệ thống thần kinh có liên hệ đến cánh tay của anh ta được cho kích thích trở lại. Thí nghiệm này minh chứng rằng những chuyển động vật lý trong bộ não chính là cái mà ta thường gán cho là những ý tưởng; do đó, thật ra *tinh thần và thể chất chẳng qua chỉ là một*.

Các nhà khoa học gần đây còn thiết lập được những bộ óc thông minh nhân tạo (artificial intelligence) trên máy điện toán để giúp suy nghĩ, lý luận và giải quyết nhiều vấn đề thay cho con người. Thực tế là bộ óc này đã có thể làm được nhiều con toán, trả lời được nhiều câu hỏi hóc búa, và ngay cả việc đánh thắng một ván cờ khó. Thành công này làm cho nhiều người quả quyết là máy móc cũng biết suy nghĩ, tính toán như con người. Máy móc mà có thể làm được những chức năng của tinh thần thì có thể nói rằng *những tiến trình chuyển biến của não bộ chính là nguyên nhân tạo ra những tiến trình chuyển biến của tinh thần*.

Thêm vào đó, những khám phá gần đây cũng cho thấy các loại thuốc tâm thần giúp làm êm dịu thần kinh não và làm thay đổi

những chất hóa học trong não đều có những hiệu nghiệm nhất định trong việc chữa trị các bệnh tâm thần. Như thế, mọi tác động làm thay đổi hệ thống thần kinh não bộ đều có thể làm thay đổi tiến trình của các chức năng tinh thần ở một mức độ nào đó.

Quan điểm xem vật chất và tinh thần là một thực thể duy nhất rõ ràng đã có sức thuyết phục rất cao, tuy nhiên, kinh nghiệm thực tế vẫn cho thấy có những sinh hoạt tinh thần như: *sự trực giác, cảm nhận và tình cảm* là những động tác không thấy có một nỗ lực hoạt động đi kèm nào của não bộ. Ngoài ra, nếu nói tiến trình tư tưởng chỉ là sự vận chuyển vật lý trong não bộ, thế thì sau tiến trình tư tưởng đó nếu một người ra một quyết định cho một vấn đề, vậy quyết định này lệ thuộc vào sự chuyển động vật lý nào trong não bộ? Hay là chuyển động vật lý nào xảy ra trong não bộ nếu như người ấy lại không có một hành động quyết định gì cả? Ngoài ra, một quyết định thường có thể sai hay đúng thì cái gì khác nhau trong não bộ làm cho quyết định đó sai hay đúng?

Kinh nghiệm cho thấy chúng ta thường rất dẫn đo trong suy nghĩ, bị giầy vò bởi những ưu tư, tư tưởng của chúng ta thường bị những tình cảm (vui buồn, thương ghét, giận hờn...) can thiệp, và rốt cuộc chúng ta có thể có những quyết định hoặc đúng hoặc sai. Nếu tất cả những tiến trình tinh thần có khả năng ra những quyết định quan trọng cho cuộc sống của ta như vậy mà chỉ là những sản phẩm lệ thuộc hoàn toàn vào những chuyển động *tự phát, không mục đích* của các chất hoá học trong bộ não thì thật là vô nghĩa khi nói rằng mỗi con người trong chúng ta đều có *khả năng quyết định và tự do lựa chọn*.

Thêm một câu hỏi, nếu khoa học ngày nay bảo rằng hiện tượng *hoang tưởng và ảo giác* của người bệnh tâm thần phân liệt là do số lượng luân chuyển dư thừa của chất dẫn truyền thần kinh

dopamine, thế thì các chức năng tinh thần khác như *suy tư, tưởng tượng, mơ mộng* (trong một số trường hợp chúng cũng có tính chất xa rời thực tại tương tự như trạng thái hoang tưởng) là do tác động bởi sự luân chuyển của các chất sinh hóa nào trong não bộ? Hoặc nếu cũng chỉ do chất *dopamine* thì sự khác biệt về mức độ dư thừa giữa hai hiện tượng tâm lý nêu trên được phân định như thế nào?

Dù nói như thế nào thì vấn đề bản chất và mối quan hệ của hai mặt tinh thần và vật chất vẫn là một đề tài tranh cãi chưa thể chấm dứt được. **Descartes**, triết gia nổi tiếng người Pháp trong thế kỷ 17 và tác giả của lý thuyết Nhị nguyên (*dualism*), người đã hết lòng bênh vực quan điểm tinh thần và thể xác là hai thực thể tách biệt và cho rằng tinh thần (lãnh vực tâm lý) là phần dẫn dắt, chỉ đạo cho mọi động tác của phần thể xác, rốt cuộc cũng đã phải giơ hai tay lên trời mà than vãn với bà hoàng **Elizabeth** xứ Palatinate rằng theo ông thì điều dễ hiểu nhất cho vấn đề tinh thần và thể chất là hãy dừng bao giờ bàn bạc, suy nghĩ gì về chúng nữa [1]. Tựu trung, bao giờ vấn đề bản chất của tinh thần và thể chất chưa được thấu hiểu thì vấn đề nguyên nhân của nhiều loại bệnh tâm thần vẫn còn là một dấu hỏi lớn.

KHÁI NIỆM B

C ho đến nay các chuyên viên đã liệt kê gần 300 loại bệnh tâm thần gom lại thành 17 nhóm khác nhau, với những phần định nghĩa, mô tả và giải thích chi tiết, kèm theo phần hướng dẫn chẩn đoán. Tất cả 17 nhóm bệnh được phân chia theo sự khác biệt về tính chất của các triệu chứng, nguyên nhân, mức độ, thời điểm xuất phát... (xem bản tóm lược bên dưới).

DSM cũng có chỉ dẫn đầy đủ các phương pháp **chẩn đoán phân biệt** (differential diagnosis). Chẩn đoán phân biệt là tiến trình chọn lựa để tìm ra một chẩn đoán đúng nhất trong số những chẩn đoán khác nhau cùng nêu ra cho một trường hợp bệnh. Trường hợp này thường xảy ra vì có nhiều chứng bệnh có cùng một số triệu chứng nổi bật tương tự. Nói cách khác, phương pháp chẩn đoán phân biệt giúp các chuyên viên có thể nhìn thấy đồng thời một loạt các chứng bệnh khác nhau có liên quan tới những dấu hiệu và triệu chứng đang có của bệnh nhân để từ đó có thể **chú ý tới** chẩn đoán nào là phù hợp nhất hoặc **loại bỏ** những chẩn đoán nào

không phù hợp. Nói tổng quát, các bệnh tâm thần có thể chia ra làm 3 dạng khác nhau: dạng *loạn thần* (psychosis), dạng *tâm căn* (neurosis) và dạng *nhân cách* (personality).

- **Loạn thần** là dạng biểu hiện sự hư hỏng của khả năng nhận biết thực tại. Tình trạng loạn thần làm cho cá nhân không thể nhìn thấy được thế giới đang xảy ra bên ngoài một cách khách quan, cũng như có thể lẫn lộn ngoại cảnh với những cảm nhận bên trong nội tâm. Các triệu chứng loạn thần bao gồm các dạng *hoang tưởng* (ví dụ, tin rằng mình là con chim đại bàng có thể bay đi khắp nơi), *ảo giác* (ví dụ, hằng ngày nghe từ trong đầu mình tiếng người xúi giục mình phải giết người hàng xóm) và một *thái độ từ khước vô cảm* (ví dụ, tuyệt đối cảm lạnh, không có hành vi phản ứng và sự biểu lộ tình cảm). Thêm vào đó, tình trạng loạn thần cũng có thể phát hiện được nơi các bệnh nhân có những hành vi hoàn toàn rối loạn, như nói năng những câu vô ý nghĩa, làm những hành động bạo lực trong trạng thái vô cảm, hay hoàn toàn mất khả năng chú ý những gì xảy ra chung quanh...

Trạng thái loạn thần có hai loại, một loại làm người bệnh cảm thấy như *một trạng thái xa lạ và khó chịu* (ego alien hay ego dystonic), và một loại được cảm nghiệm như là một trạng thái quen thuộc, *một phần trung thực của cái tôi* (ego syntonic) của mình.

Tuy nhiên, những trường hợp hư hỏng nhẹ của ý thức thực tại thì thường không được xếp vào dạng loạn thần, như tình trạng *mất ý thức thực tại ngắn hạn* (transitory derealization) (ví dụ, trạng thái sảng khoái, ngây ngất, nhìn đời toàn màu hồng của người đang phê thuốc phiện), hay là một số trường hợp bất thường tâm trí như các dạng *hoang tưởng được yêu* (erotomatic), *hoang tưởng tự cao* (grandiose), *hoang tưởng ghen tuông* (jealous) (xem thêm chương 6, nói về bệnh tâm thần phân liệt), v. v...

- **Tâm căn**, nói tổng quát, là tất cả những dạng rối loạn cảm xúc mà không có những triệu chứng loạn thần. Tâm căn là triệu chứng rối loạn, bệnh về mặt tâm lý, nhưng nó không làm hư hại khả năng nhận biết thực tại của chủ thể, mặc dù những triệu chứng của nó cũng có thể rất trầm trọng. Tâm căn là thuật ngữ được bác sĩ **Sigmund Freud** giới thiệu để mô tả các triệu chứng rối loạn hay đau đớn về tinh thần mà mọi cơ chế tâm lý tự vệ của cá nhân không còn khả năng chống đỡ và cá nhân cảm thấy như xa lạ và khác biệt với cái tôi bình thường của mình (ego alien).

Tiến trình của các triệu chứng tâm căn được suy đoán như là phát sinh từ những tranh chấp, xung đột trong cơ chế tâm lý vô thức, nhưng đây chỉ là một cách nói để mô tả, chứ không có hàm ý muốn nói đến nguyên nhân của bệnh. Những triệu chứng tâm căn thường thấy là **tâm căn lo âu** (anxiety neurosis) (tâm trạng lo lắng kiên trì và mãn tính), **tâm căn trầm cảm** (depressive neurosis) (tâm trạng luôn luôn phiền muộn do những tranh chấp trong nội tâm), **tâm căn diên loạn, dạng chuyển hoá** (hysterical neurosis, conversion type) (đột nhiên bị tê liệt, đau đớn, hay hư hỏng một bộ phận của cơ thể, như bị mù, điếc, tê cánh tay mà không phải vì một tai nạn hay đau ốm nào), v.v...

- **Nhân cách** (đặc biệt nói đến những dạng cá tính bất thường) là dạng liên hệ đến những khuôn mẫu ứng xử (bao gồm suy nghĩ, hành động, cảm nhận) cứng nhắc, hoàn toàn thiếu linh động, có tính bệnh hoạn được hình thành và phát triển lâu dài kể từ tuổi ấu thơ. Những triệu chứng của cá tính được cá nhân xem như là một phần mãn tính, gắn bó vào cái tôi trung thực của mình (ego syntonic), và thông thường được xem là loại không có những triệu chứng loạn thần. Ví dụ, nhân cách chống đối xã hội (antisocial personality disorder) là một trạng thái tinh thần không bị ảnh

hưởng bởi các triệu chứng loạn thần. Cá nhân đốt nhà hàng xóm vì ý muốn gây thiệt hại cho người khác (hành động có ý thức) chứ không phải làm như thế vì bị tác động bởi các triệu chứng loạn thần (vì sự thôi thúc của ảo tưởng hay ảo giác).

Tuy nhiên, trong một số trường hợp và ở một mức độ nào đó, dạng cá tính cũng có những vết tích loạn thần nhất định. Ví dụ, *nhân cách ái kỷ* (narcissistic personality disorder) thường làm cho cá nhân có những mơ tưởng hay hành động tự cao một cách quá đáng về sự quan trọng của bản thân mình. Trong nhiều trường hợp, cá nhân có cá tính ái kỷ có tâm trạng như một người sống trong mơ mộng, hoang tưởng, hoàn toàn xa rời với thực tế. Ví dụ, một cá nhân có cá tính ái kỷ nghĩ rằng mình là người đặc biệt, một siêu nhân và ai cũng ganh tị, ghen tuông với mình. Dù sao, cũng nên lưu ý là các triệu chứng *bất thường thuộc về nhân cách và cá tính đều không được DSM và ICD liệt vào dạng loạn thần*.

Như đã nói, con số gần 300 loại bệnh hay rối loạn tâm thần được chia ra làm 17 nhóm bệnh khác nhau, và theo đó mỗi nhóm đều gồm có nhiều loại bệnh cũng như các *tiểu loại* (subtype). Tất cả các chứng bệnh nằm trong 16 nhóm đầu đều ghi vào Trục I và các chứng rối loạn nhân cách, cá tính trong nhóm thứ 17 thì ghi vào Trục II như đã nói trong chương 3 “Lượng giá và chẩn đoán bệnh tâm thần”.

Để có cái nhìn khái quát, sau đây là bản tóm lược các loại bệnh theo từng nhóm, theo đó chỉ có một số bệnh đặc trưng của mỗi nhóm được nêu lên đây để làm ví dụ chứ trong khuôn khổ chương sách này không thể ghi hết mọi chứng bệnh cho mỗi nhóm được. Ngoài ra, một số bệnh quan trọng và thường xảy ra cho con người sẽ được trình bày với đầy đủ chi tiết dưới đây.

BẢN LƯỢC KÊ CÁC LOẠI BỆNH TÂM LÝ TÂM THẦN [2]

- Nhóm bệnh thường chẩn đoán cho trẻ sơ sinh, tuổi ấu thơ, và tuổi niên thiếu

Những căn bệnh hay triệu chứng rối loạn trong nhóm này thường xuất hiện ngay từ sơ sinh hoặc vào những thời gian sau đó và một số có thể trở thành mãn tính, nhưng một số cũng có thể biến mất trước tuổi trưởng thành. Có thể nêu lên một số như các bệnh thuộc dạng *rối loạn phát triển lan tỏa* (pervasive developmental disorders) còn gọi là *phổ tự kỷ* (autism spectrum disorders) (ví dụ *bệnh tự kỷ*); các bệnh thuộc dạng *rối loạn học tập* (learning disorders), các bệnh thuộc dạng *tăng động giảm chú ý* (attention- deficit hyperactivity disorders), các *chứng rối loạn lo âu trẻ em* (childhood anxiety disorders), *chứng rối loạn ứng xử* (conduct disorder), *chứng rối loạn chống đối* (oppositional defiant disorder), v.v.... (xem thêm chi tiết trong chương 11, nói về bệnh tâm thần của trẻ em).

- Nhóm bệnh có liên hệ đến sự hư hỏng của chức năng nhận thức

Bệnh mê sảng (delirium), *bệnh mất trí* (dementia), *các loại bệnh mất ký ức* (amnestic disorders), và *các chứng rối loạn nhận thức* (cognitive disorders): Ví dụ, các chứng mê sảng do chất liệu tác động (substance - induced delirium), bệnh mất trí loại Alzheimer (Dementia of the Alzheimer's Type), bệnh mất trí loại nghẽn máu (vascular dementia), và bệnh múa giật Huntington (Huntington disease) cũng thuộc về nhóm bệnh này.

- Nhóm bệnh rối loạn tâm thần do điều kiện y học tổng quát (mental disorders due to general medical conditions)

Nhóm bệnh này được phỏng đoán là do hậu quả của những

vấn đề tai nạn, đau ốm, bất bình thường của sức khỏe cơ thể. Ví dụ, *rối loạn khí sắc do điều kiện y học tổng quát* (mood disorders due to GMC), *chứng loạn thần do điều kiện y học tổng quát*, *rối loạn dục tính do điều kiện y học tổng quát*, *rối loạn nhân cách, cá tính do điều kiện y học tổng quát*, v.v...

- Nhóm rối loạn tâm thần do sử dụng chất liệu

Những loại rối loạn này là do hậu quả của việc sử dụng các chất liệu khiến ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh trung ương. Ví dụ, *rối loạn tâm thần do rượu*, *rối loạn tâm thần do cần sa*, *rối loạn tâm thần do chất amphetamine*, v.v...

- Nhóm bệnh tâm thần phân liệt (schizophrenia) và các rối loạn dạng loạn thần (psychotic disorders)

Nhóm này bao gồm những chứng bệnh có liên hệ đến những triệu chứng hoang tưởng, ảo giác, và mất khả năng ý thức được thực tại. Ví dụ, *bệnh tâm thần phân liệt dạng Paranoid*, *bệnh tâm thần phân liệt dạng trương cứng* (catatonic), *bệnh loạn tâm thần dạng rối loạn khí sắc* (schizoaffective disorder), v.v...

- Nhóm bệnh rối loạn khí sắc (mood disorders)

Các loại bệnh trong nhóm này có nguyên nhân từ những rối loạn trầm trọng của khí sắc làm cho cá nhân cảm thấy quá sức buồn khổ hay là quá sức hưng phấn trong một khoảng thời gian. Nhóm bệnh này bao gồm các bệnh *rối loạn khí sắc lưỡng cực* (bipolar disorders) (cũng thường được gọi là bệnh *hưng trầm - cảm*) như *rối loạn khí sắc lưỡng cực I* (bipolar I) và *rối loạn khí sắc lưỡng cực II* (bipolar II) và các bệnh thuộc loại *rối loạn khí sắc đơn cực* (unipolar disorders) (hay còn gọi là bệnh *trầm cảm*) (depressive

disorders) như *trầm cảm chính hệ* (major depressive disorder) và *trầm cảm thứ đẳng* (dysthymic disorder), v.v...

- Nhóm bệnh rối loạn lo âu (anxiety disorders)

Các bệnh trong nhóm này là do tình trạng tinh thần bị rối loạn vì sự lo lắng hay sợ hãi. Có thể nêu lên một số như *rối loạn lo âu tổng quát* (generalized anxiety disorders), các *chứng ám ảnh sợ hãi* (phobias), các *chứng hốt hoảng* (panic disorders), *chứng ám ảnh cưỡng bức* (obsessive compulsive disorder), *rối loạn stress cấp tính* (acute stress disorder), và *rối loạn stress hậu chấn thương* (posttraumatic stress disorder), v.v...

- Nhóm rối loạn cơ thể (somatoform disorders)

Nhóm bệnh này liên quan đến những triệu chứng hỗn loạn hay đau đớn của cơ thể có nguyên nhân từ các yếu tố tâm lý chứ không phải là do thể chất, bao gồm các loại *rối loạn dạng chuyển hoá* (conversion disorders) (cảm thấy mù mắt, tê liệt cánh tay, đau bụng... mà không tìm thấy lý do), *hội chứng bệnh tưởng* (hypochondriasis) (có cảm tưởng mình sắp bị hay đang bị một căn bệnh hiểm nghèo mặc dù không có bằng chứng y học nào chứng minh), *rối loạn hình ảnh cơ thể* (body dysmorphic disorder) (luôn luôn cảm thấy cơ thể, diện mạo của mình có sự bất thường, hoặc quá mập, hoặc quá ốm, hoặc khuôn mặt bị méo mó...), v.v...

- Nhóm rối loạn dạng giả định (factitious disorders)

Dạng rối loạn này liên quan đến trường hợp những cá nhân cố tình tạo ra hoặc giả vờ có những dấu hiệu hay triệu chứng khó khăn hay đau đớn nào đó về thể chất hay về tâm lý. Tuy nhiên, sự cố ý đóng vai trò đầu yếu này không có mục đích để cá nhân lợi

dụng hay gạt hái một lợi lộc nào, như trốn tránh hình phạt, kiếm thêm tiền cấp dưỡng, chiếm tình cảm của người khác, v. v... (nếu trường hợp như vậy thì lại được gọi là *bệnh giả tạo* “*malingering*”). Sự giả vờ đầu yếu của các cá nhân trong các trường hợp rối loạn giả định là không có mục đích, chỉ là vì một khuynh hướng tự nhiên của tâm lý cá nhân họ. Vì lý do đó mà tâm bệnh học cho rằng các loại rối loạn dạng giả định cũng chính là một vấn đề bất thường về tâm lý của một cá nhân.

- Nhóm rối loạn tâm phân (*dissociative disorders*)

Nhóm bệnh này bao gồm các chứng rối loạn do các chức năng phối hợp thông thường của ý thức, ký ức, tri giác, và bản sắc (chân tướng) cá nhân đột nhiên có sự khác biệt hay thay đổi hẳn mà không phải vì những lý do thuộc về sự đau yếu thể chất, hay vì tác động của chất nghiện, thuốc cấm. Lưu ý, thuật ngữ *tâm phân* ở đây không đồng nghĩa với thuật ngữ *phân tâm* trong môn phân tâm học. *Tâm phân* có nghĩa là đột nhiên ý thức bị tách rời ra khỏi lãnh vực tâm lý thực tại bình thường của mình, còn *phân tâm* trong môn phân tâm học có nghĩa là các phương pháp và kỹ thuật phân tích những vấn đề tâm lý nội tâm. Ngoài ra, cũng có một số nơi dùng từ *phân ly* thay cho từ *tâm phân*. Vậy dùng từ nào sẽ dễ hiểu hơn là tùy ý người đọc. Theo tác giả, về mặt tâm thần thì từ *tâm phân* có vẻ sát nghĩa hơn, trong khi ý nghĩa của từ *phân ly* thường nghiêng về tính cách của thể chất, vật thể.

Cần phân biệt dạng *rối loạn tâm phân* với các chứng *mê sảng* hay *mất trí*, là những chứng bệnh có nguyên nhân phần lớn là do hậu quả của những điều kiện thay đổi của thể chất như đã nói ở trên. Nhưng đặc biệt nguyên nhân của các chứng rối loạn tâm phân vẫn là vấn đề chưa được hiểu và còn nhiều tranh cãi. Nhóm

này bao gồm các chứng **quên tâm phân** (dissociative amnesia) (trước đây gọi là **quên tâm sinh** (psychogenic amnesia), chứng **ra đi tâm phân** (dissociative fugue) (cá nhân đột nhiên bỏ nhà đi đến một nơi xa lạ, hoặc trốn vào một bụi cây... và mất hết ý thức mình là ai, kể cả tên mình, và đôi khi còn tự tạo cho mình có một tiểu sử cá nhân khác hẳn), chứng **rối loạn bản sắc tâm phân** (dissociative identity disorder) (trước đây thường gọi là chứng **rối loạn nhân cách đa chiều** “multiple personality disorder”) (cá nhân cảm thấy có hai hay nhiều cái tôi cùng một lúc và mỗi cái tôi đều có trạng thái suy nghĩ, nhận thức, cảm nhận, ước muốn... khác nhau).

- Nhóm rối loạn ăn uống (eating disorders)

Các chứng rối loạn ăn uống là hậu quả của sự hư hỏng các chức năng tự nhiên về ăn uống. Nguyên nhân của các chứng rối loạn ăn uống không phải do những vấn đề trở ngại hay khuyết tật của cơ thể, mà đúng hơn là vì một vấn đề tâm lý nào đó. Nhóm bệnh này có hai loại chính là **chứng chán ăn** (anorexia nervosa). Nữ giới chiếm 85% trong số người bị bệnh này. Cá nhân chán ăn vì quá lo sợ bị mập, hoặc luôn luôn bị cảm tưởng ám ảnh rằng mình quá mập mặc dù thực tế là rất ốm. Và **chứng ăn vô độ** (bulimia nervosa), là tình trạng không thể chế ngự sự ham thích ăn uống, ăn uống nhiều lần trong ngày và mỗi lần đều ăn một số lượng lớn hơn người bình thường.

- Nhóm rối loạn dục tính và rối loạn bản sắc giới tính (sexual disorders and gender identity disorders)

Rối loạn dục tính (sexual disorders) là vấn đề có liên hệ đến sự tác động của nhiều yếu tố pha trộn liên quan đến tâm lý, thể chất, và dược liệu. Rối loạn dục tính bao gồm nhiều dạng, dạng

loạn chức năng tình dục (sexual dysfunctions), các dạng **loạn dục** (paraphilias).

Các dạng loạn chức năng tình dục được chia thành nhiều loại, như chứng **rối loạn ước muốn tình dục** (sexual desire disorders) (không hề có ao ước hoặc luôn tỏ ra ghê sợ, tránh né chuyện làm tình), chứng **rối loạn kích thích tình dục** (sexual arousal disorders) (bộ phận sinh dục không có khả năng đạt tới hay duy trì sự cương cứng để hoàn thành việc làm tình), chứng **rối loạn khoái dục** (orgasmic disorders) (trong lúc làm tình bị xuất tinh quá sớm, chưa đúng lúc hoặc bị trì hoãn quá lâu nên không bao giờ đạt được cực điểm của khoái lạc), và chứng **rối loạn đau đớn tình dục** (sexual pain disorders) (cảm thấy đau đớn, khó chịu khi làm tình, nhưng không phải vì cơ thể đau yếu hay bộ phận sinh dục bị tổn thương).

Dạng loạn dục cũng bao gồm nhiều loại, như chứng **loạn dục phô bày** (exhibitionism) (chỉ cảm thấy khoái cảm và kích thích khi cho người khác xem bộ phận sinh dục của mình), chứng **loạn dục với trẻ em** (pedophilia) (chỉ thích làm tình với trẻ nhỏ trước tuổi dậy thì), chứng **loạn dục nhìn trộm** (voyeurism) (chỉ muốn và đạt được khoái cảm tối đa khi xem trộm người khác làm tình chứ tự mình làm tình lại không thấy đạt được khoái cảm), chứng **loạn dục thích đau** (sexual masochism) (chỉ cảm thấy kích động và khoái cảm trong lúc làm tình nếu như trước đó đã bị đối tượng đánh đập hay nhục mạ), chứng **loạn dục gây đau** (sexual sadism) (chỉ cảm thấy đạt đến cực điểm của sự khoái lạc khi làm tình với đối tượng vừa mới bị mình hành hạ, đánh đập, sỉ nhục...).

Rối loạn bản sắc giới tính (gender identity disorders) là hiện tượng tâm lý tự chối bỏ giới tính của mình, bao gồm hai loại: *một loại có ngay từ thơ ấu và một loại chỉ phát triển sau tuổi dậy thì*. Rối

loạn bản sắc giới tính là vấn đề có tính tổng quát và suốt đời, phần lớn có liên hệ đến các chức năng của tâm lý chứ không phải là vì bị tác động trực tiếp của các yếu tố về thể chất hay được chất. Loại phát triển sau tuổi dậy lại được chia làm 4 tiểu loại: một loại chỉ thích tình dục với nam giới, một loại chỉ thích nữ giới, một loại thích cả hai giới, và một loại không thích làm tình với giới nào.

- Nhóm rối loạn giấc ngủ (sleep disorders)

Nhóm bệnh này thuộc về những trường hợp rối loạn giấc ngủ mãn tính, bao gồm hai loại chính: chứng **rối loạn giấc ngủ** (dyssomnias) và chứng **bất thường trong giấc ngủ** (papasomnias).

Chứng rối loạn giấc ngủ gồm có **chứng khó ngủ** (insomnia) (khó đi vào giấc ngủ, ngủ không yên giấc, hay bị thức dậy...), **chứng ngủ li bì** (hypersomnia) (thèm ngủ và nằm mê man suốt ngày đêm dù không bị thiếu ngủ), **chứng mê thiếp** (ncolepsy) (giấc ngủ bao gồm những trận mê thiếp tấn công từng chập và đôi khi bắt thit bị tê liệt cộng với những cảm xúc mạnh khiến có cảm giác như bị “ma đè”), **chứng rối loạn giấc ngủ vì khó thở** (breathing- related sleep disorder) (có ba tiểu loại, loại hơi thở bị tắc nghẽn trong khi ngủ “sleep apnea”, loại khó thở “hypopneas” và loại có sự bất thường của dưỡng và thán khí trong máu “hypoventilation”), và **chứng rối loạn nhịp ngủ ngày đêm** (circadian- rhythm sleep disorder) (không ngủ đúng với giờ giấc bình thường làm cho giấc ngủ bị gián đoạn từng chập; trường hợp này thường xảy ra cho những người du hành đến những nơi xa có múi giờ ngày đêm trái ngược với thói quen đã có).

Chứng bất thường trong giấc ngủ gồm có: **chứng ác mộng trong giấc ngủ** (nightmare disorder) (trong giấc ngủ thường mơ thấy những chuyện hiểm nguy, đau đớn hay tủi hận đã trải qua

trong quá khứ khiến phải giựt mình thức dậy trong hoảng sợ, có khi kèm theo những hành động như la hét và toát mồ hôi), **chứng khủng hoảng trong giấc ngủ** (sleep terror disorder) (thường tỉnh giấc với tiếng la hoảng hốt dù không nhớ được chi tiết của giấc mơ, hoặc là không biết mình đã có nằm mơ hay không), **chứng mộng du** (sleepwalking disorder) (trong khi ngủ thường ra khỏi giường và bước đi, đồng thời cũng có thể làm nhiều hành động khác ngoài ý thức nhận biết của cá nhân; trẻ em từ 6- 12 tuổi thường bị chứng này, nhưng rất hiếm đối với người lớn).

- Nhóm rối loạn kiểm chế xung động (impulse- control disorders)

Nhóm này mô tả những trường hợp trong đó cá nhân không có khả năng kiểm soát và chế ngự được những thôi thúc, xung động và cảm dỗ của bản thân khiến hành động của họ thường đưa đến thiệt hại hay nguy hiểm cho mình và cho người khác.

Một số loại trong nhóm này như **chứng mê cờ bạc** (pathological gambling) (một trạng thái đam mê bài bạc không có lý do, dù gặp phải bao nhiêu trở ngại và sự ngăn chặn, cá nhân cũng khó cưỡng lại được sự ham muốn), **chứng mê đốt phá** (pyromania) (tính thích đốt phá có từ bản chất tự nhiên chứ không phải vì tức giận, hay giả điên để phá phách, hay do bất cứ một lợi ích nào), **chứng ăn cắp vặt** (kleptomania) (cảm thấy thích thú và bị cuốn hút với vật lấy cắp mà trong nhiều trường hợp không phải vì hám lợi, hay vì bất cứ lý do gì), và **chứng hay nổi giận bột phát** (intermittent explosive disorder) (những cá nhân thường có những cơn nóng giận bất thường bột phát mà không thể kiểm chế được và có thể đưa đến những hành vi bạo lực hoặc có những hành động sai trái, nhưng ngoài những thời kỳ như vậy, cá nhân vẫn là người bình thường).

- Nhóm rối loạn điều chỉnh (adjustment disorders)

Các trường hợp rối loạn này liên quan đến khả năng thích ứng bị lệch lạc hoặc yếu kém của cá nhân khi phải đương đầu với một hay nhiều sức ép căng thẳng nào đó đang xảy ra từ môi trường sống bên ngoài, chẳng hạn như đang trong tình trạng bị mất việc, ly dị, mất người yêu, bị phá sản, v.v... Thông thường mọi người đều có những khả năng tự điều chỉnh và thích ứng tự nhiên, mọi căng thẳng tinh thần thông thường sẽ dần dần giảm thiểu trong vòng vài tháng sau sự cố. Nhưng nếu tình trạng rối loạn điều chỉnh cứ tiếp tục kéo dài, tác động xấu đến nhiều khía cạnh sinh hoạt hàng ngày của cá nhân, và nếu thời gian chưa quá 6 tháng thì DSM gọi tình trạng này là *cấp tính*, và từ 6 tháng trở lên thì trạng thái này đã trở nên *mãn tính*.

Rối loạn điều chỉnh được phân ra nhiều tiểu loại, như *rối loạn điều chỉnh dạng trầm cảm* (adjustment disorder with depressed mood), *rối loạn điều chỉnh dạng rối loạn lo âu* (adjustment disorder with anxiety), v.v... .

- Những trường hợp có liên quan đến tính cách lâm sàng (other conditions that may be a focus of clinical attention)

Nhóm này liên quan đến những trường hợp hay những vấn đề cần phải quan tâm chú ý để chữa trị vì chúng gây ra sự khó khăn, thiệt hại, hay chệch hướng cho hành vi và sinh hoạt hàng ngày của cá nhân. Tuy nhiên, chúng không có những tính chất đầy đủ để được chẩn đoán như là một trong những loại chứng bệnh đã nêu trên. Nhóm này bao gồm các trường hợp như: *những vấn đề khó khăn trong quan hệ* (ví dụ, các tình trạng quan hệ khó khăn giữa vợ chồng, giữa cha mẹ với con cái, giữa anh chị em), *những vấn đề liên quan đến ức hiếp hay bỏ bê* (ví dụ, những vụ ức hiếp, tấn công

tình dục trẻ em, bỏ bê nuôi nấng trẻ em, bạo lực trong gia đình...), *các rối loạn cử động do tác động của dược chất* (ví dụ, *chứng parkinson* do tác động của thuốc ngủ, *chứng tardive dyskinesia* do hậu quả của tật nghiện rượu...), *khai bệnh giả* (malingering) (giả bệnh có ý đồ, để lừa bịp, kiếm tiền, hoặc để tránh né bị trừng phạt...), *thương khóc người thân qua đời* (bereavement), v.v... .

- Nhóm rối loạn nhân cách (cá tính) (personality disorders)

Nhóm này liệt kê những nét đặc biệt của một số nhân cách đã được phát triển và hình thành trong quá trình sống của một số cá nhân. Đặc tính chung của các loại nhân cách này là bền vững, khó cứng, bệnh hoạn, thiếu uyển chuyển và lẹch lạc; theo đó, các chức năng sinh hoạt hằng ngày của cá nhân bị thu hẹp, khiếm khuyết, và hư hỏng, và cá nhân cảm thấy khổ sở, buồn bực với tính cách đặc biệt của nhân cách của mình. Có 10 loại khuôn mẫu rối loạn nhân cách đặc trưng:

- **Dạng hoang mang** (paranoid) là loại nhân cách luôn luôn nghi ngờ và không tin ai, lúc nào cũng nghĩ rằng mọi người đều sẽ có thể đánh lừa, lợi dụng, hay ám hại mình.
- **Dạng bán phân liệt** (schizoid) là loại lạnh lùng, then thừng, lãnh đạm; không muốn quan hệ, tiếp xúc với ai; thích làm các công việc một mình, thích cô đơn, lẻ loi.
- **Dạng phân liệt** (schizotypal) là loại cảm thấy khó chịu, vùng vể và ngượng ngịu trong mọi quan hệ và tiếp xúc; tư tưởng và hành vi lúc nào cũng có vẻ kỳ cục, lập dị, khác người; ý nghĩ thường có tính chất hồ nghi, hoang tưởng và huyền hoặc.
- **Dạng kịch tính** (histrionic) là loại có cảm xúc thường quá trớn, nhưng rất nông cạn và thoáng qua; luôn tìm kiếm

sự chú ý của người khác; có tính lẳng lơ, khêu gợi, cảm dỗ, nhưng lại dễ bị người khác lôi cuốn; rất nông nổi, dễ buồn chán với những công việc đều đặn hàng ngày, dễ phật ý trong các mối quan hệ nào mà đối tượng không tỏ ra khen ngợi hay đặc biệt chú ý đến mình.

- **Dạng ái kỷ** (narcissistic) là loại thích khoe khoang, thích được trọng vọng, và thiếu cảm thông với người khác; tâm tư thường bận rộn với những mơ tưởng về sự cực kỳ quan trọng và độc đáo của cái tôi; thái độ luôn hống hách, trịch thượng, thích sai bảo, lợi dụng người khác; thường ganh tị hoặc tưởng rằng người khác đang ganh tị với mình.
- **Dạng giáp ranh** (borderline) là loại có tư tưởng dễ thay đổi, lúc này lúc khác, không vững vàng trong mọi quan hệ và trong tình cảm của mình; trong quan hệ lúc thì quá lý tưởng lúc thì quá xem thường, khinh miệt, phỉ báng người khác; nhận thức về cái tôi không có sự ổn định, thường theo sự thay đổi nhanh chóng và bất chợt của khí sắc vui, buồn, tức giận, trống vắng, cô đơn, thất vọng... và hay có thái độ đe dọa tự tử.
- **Dạng chống đối xã hội** (antisocial) là loại không quan tâm đến những vấn đề công bằng, nhân đạo và lương tri; thường vi phạm quyền lợi của người khác và luật lệ xã hội; có tánh bốc đồng, hiếu chiến, phá hoại, lừa đảo, bạo loạn, và không biết hối hận.
- **Dạng né tránh** (avoidant) là loại người e dè, nhút nhát, rất nhạy cảm nếu gặp phải sự phê phán, từ chối, hay ruồng rẫy; luôn cảm thấy mình thấp kém, nhỏ nhoi, thiếu thu hút, thiếu khả năng trước mọi người, nhưng lại luôn luôn mong mỏi có được mối liên hệ, tiếp xúc tốt đẹp với bên ngoài.

- **Dạng lệ thuộc** (dependent) là loại người thích được lệ thuộc, được chăm sóc, bám víu và rất sợ mất mát mối quan hệ; trong mối quan hệ thường để cho người khác quyết định mọi vấn đề và thường không dám bất đồng ý kiến; hoàn toàn thiếu tự tin và thường cảm thấy khó chịu hay vô vọng khi buộc phải tự lực cánh sinh.
- **Dạng ám ảnh cưỡng bức** (obsessive - compulsive) là loại người làm việc gì cũng muốn cho tuyệt vời, toàn hảo, ngăn nắp, trật tự, nhưng tư tưởng lại thiếu cởi mở, thiếu uyển chuyển, cứng nhắc, và cực đoan; đầu óc luôn bận rộn với những chi tiết, luật lệ, danh sách, không muốn loại bỏ điều gì dù điều đó không còn thích hợp hay không có giá trị nữa, nhưng ngược lại, có khi bỏ qua, không để ý đến những sự việc rất đáng phải quan tâm. Lưu ý, rối loạn cá tính dạng ám ảnh cưỡng bức không phải là *bệnh rối loạn lo âu với các triệu chứng ám ảnh cưỡng bức* “anxiety disorder with obsessive- compulsive symptoms” (Xem thêm chương 8, nói về các chứng rối loạn lo âu).

Tóm lại, mặc dầu có sự phân ra 10 dạng nhân cách đặc trưng như trên, nhưng trong nhiều trường hợp, một cá nhân có thể có những đặc tính rối loạn nhân cách pha trộn, nghĩa là không hẳn chỉ rơi vào một dạng nhất định nào đó mà có thể liên hệ đến nhiều dạng cùng một lần.

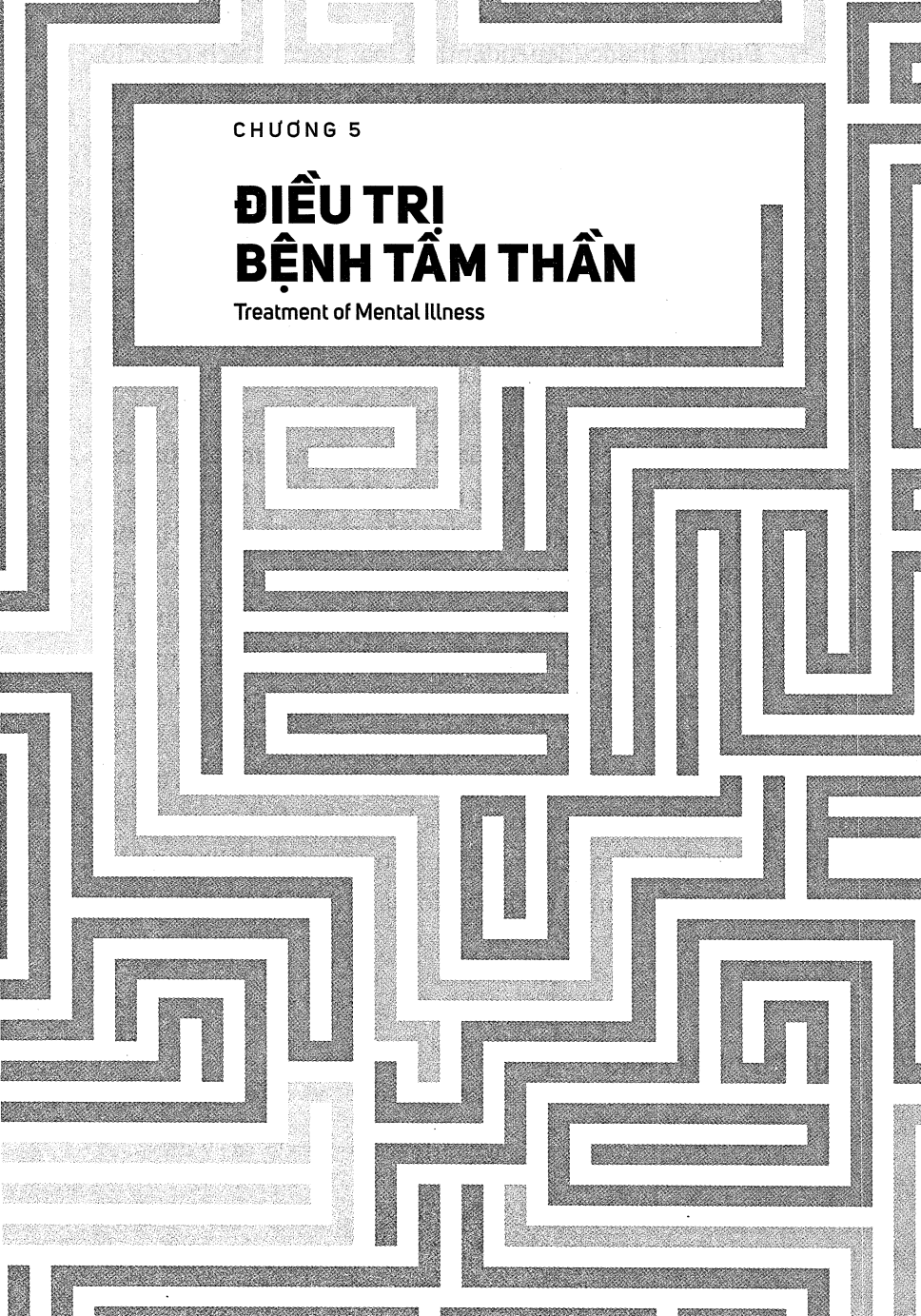
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Churchland, & Patricia (1986), *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of Mind-Brain*. Bradford, Mass: MIT Press.
2. APA (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

CHƯƠNG 5

ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

Treatment of Mental Illness



KHÁI NIỆM

Sau phần lượng giá và chẩn đoán bệnh, việc tiếp theo là thiết lập một bản kế hoạch điều trị, trong đó có nêu rõ phương thức điều trị, mức độ và thời gian, mục tiêu ngắn hạn, mục tiêu dài hạn... Bản kế hoạch điều trị này cần được nhà trị liệu và bệnh nhân cùng thảo luận và đồng ý. Bản kế hoạch điều trị được xem là một sơ đồ, định hướng mọi việc làm cho cả hai bên, người trị liệu và bệnh nhân, trong tiến trình trị liệu.

Phương thức điều trị có thể bao gồm một trong những hình thức như, trị liệu bằng sự phối hợp của dược lý và tâm lý, hoặc chỉ trị liệu bằng tâm lý. *Mức độ và thời gian trị liệu* liên quan đến số lần tiếp xúc trên căn bản một tuần hay một tháng giữa người bệnh và người chữa trị, và thời hạn sẽ kéo dài bao lâu cho mỗi mục tiêu. Ví dụ, mỗi tuần 1 buổi tiếp xúc trong 45 phút và trong một thời hạn là 6 tháng. Về *mục tiêu trị liệu* thì có thể ngắn hạn hay dài hạn tùy theo tính chất và mức độ trầm trọng của bệnh. Bản kế hoạch điều trị cũng có thể kê ra một hoặc nhiều mục tiêu cho cùng một

trường hợp bệnh. Ví dụ, muốn chữa một bệnh nhân trầm cảm có ý định tự tử thì có thể phân ra làm hai mục tiêu, mục tiêu ngắn hạn là người bệnh sẽ không còn ý định tự tử sau 3 tháng điều trị và mục tiêu lâu dài hơn là người bệnh sẽ phục hồi các triệu chứng trầm cảm trong vòng 1 năm. Tùy theo trường hợp, cũng có thể kê ra thêm những mục tiêu khác nữa, chẳng hạn như bệnh nhân sẽ cải thiện quan hệ với người phối ngẫu, hay bệnh nhân sẽ bắt đầu đi làm việc lại sau 6 tháng điều trị...

Bản kế hoạch điều trị thường được thiết lập bởi chuyên viên đã tiếp nhận, phỏng vấn, đánh giá và chẩn đoán cho ca bệnh, và sau đó được các thành phần liên hệ thực hiện theo phương pháp phối hợp chữa trị. Ví dụ, bản kế hoạch điều trị viết rằng bệnh nhân sẽ tiếp nhận tâm lý liệu pháp cá nhân mỗi tuần một lần với bác sĩ tâm lý trị liệu, thảo luận và nhận toa thuốc mỗi tháng một lần với bác sĩ tâm thần, và tham dự liệu pháp tâm lý nhóm mỗi tháng một lần với chuyên viên liệu pháp nhóm...

Kế hoạch chữa trị có thể được bổ túc hoặc sửa đổi vì nhiều lý do. Ba trong số những lý do quan trọng nhất thường có thể xảy ra là: *thứ nhất*, nếu nó không tỏ ra hiệu nghiệm cho người bệnh sau một thời gian điều trị; *thứ hai*, nếu sự đánh giá và chẩn đoán trước đây đã có nhiều thiếu sót hay khiếm khuyết do những tin tức không được cung cấp đầy đủ hay sai lạc; *thứ ba*, do những vấn đề mới nổi lên gần đây cho người bệnh mà cần phải sửa đổi hay bổ túc thêm trong kế hoạch điều trị.

Câu hỏi thường được đặt ra là liệu những phương cách điều trị các bệnh tâm thần hiện nay có mang lại những kết quả như ý muốn không? Đây là câu hỏi khó có sự trả lời thỏa đáng. Nhiều cuộc kiểm tra đã thực hiện, và đặc biệt là gần đây một cuộc nghiên cứu tổng hợp (meta-analysis) cho thấy hiệu quả trị liệu là khoảng

66% bệnh nhân được khỏi bệnh nếu đã có chữa trị bằng tâm lý trị liệu so với 34% cũng tự nhiên lành bệnh dù không có sự chữa trị nào. Cuộc nghiên cứu này đã tổng hợp 475 các nghiên cứu độc lập trước đây, bao gồm gần 3000 bệnh nhân đã từng được chữa trị bằng nhiều kỹ thuật liệu pháp tâm lý khác nhau, để phân tích, chiết tính và lấy con số hiệu quả trung bình. Độ lệch chuẩn (standard deviation) của cuộc nghiên cứu này là 85, có nghĩa là kết quả cho thấy con số hiệu quả trung bình nghiêng hẳn về phía nhóm bệnh nhân đã có chữa trị [1 & 2].

Tuy nhiên, mặc dù cuộc nghiên cứu tổng hợp cho thấy hiệu quả tổng quát của môn tâm lý trị liệu nói chung vẫn không thể làm rõ được sự khác nhau về hiệu quả của mỗi liệu pháp đã được sử dụng trong trị liệu. Thật vậy, các chuyên gia đã gặp rất nhiều khó khăn trong vấn đề đánh giá các kết quả chữa trị các bệnh tâm thần.

Như đã nói trong những chương trước, bệnh tâm thần có những tính chất khác với phần lớn các bệnh về thể chất. Một vết thương trên cơ thể thường có nguyên nhân rõ ràng và có thể được hồi phục hoàn toàn qua sự chữa trị, nhưng một vết thương tinh thần (tâm lý) có thể bắt nguồn từ những nguyên nhân đan kết, phức tạp, sâu kín, khó tìm thấy và cơ hội cũng như kết quả hồi phục của nó trong nhiều trường hợp cũng rất khó đo lường và xác định được.

Phần lớn các chuyên gia trong ngành đều đồng ý rằng các kết quả điều trị các bệnh tâm thần thường lệ thuộc vào những biến số phức tạp liên quan đến những đặc tính của bản thân người bệnh, tính chất và mức độ của căn bệnh, người trị liệu, và các mục tiêu chữa trị.

Bản thân người bệnh có những đặc tính riêng biệt, bao gồm tuổi tác, giới tính, cá tính, giai tầng xã hội, trí thông minh, trình độ hiểu biết, ý muốn và động lực thúc đẩy để tìm đến sự chữa trị, và

những hy vọng và trông chờ kết quả trong tiến trình điều trị... Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy, biến số về người bệnh được đánh giá là yếu tố quan trọng hơn cả cho sự tiên đoán các kết quả trị liệu. Những bệnh nhân có nhiều cơ hội lành bệnh thường là những cá nhân thông minh, có trình độ học vấn và hiểu biết, cá tính cởi mở và hợp tác, hiểu rõ mục tiêu chữa trị, niềm tin và lòng mong muốn được lành bệnh [3 & 4 & 5].

Thật vậy, trọng tâm của môn tâm lý trị liệu là giúp thay đổi tư duy và hành vi của người bệnh, vì thế việc làm của nó rất phù hợp với những cá nhân có cá tính cởi mở, có khả năng và lòng mong muốn học hỏi. Ngược lại, những cá nhân có cá tính cứng cỏi như, thích chống đối, bất hợp tác, không chịu lắng nghe, không phục thiện, có tính sân hận, đổ lỗi, nghi kỵ... thường không thể gạt hái được những kết quả chữa trị theo ý muốn.

Tính chất và mức độ của bệnh cũng có liên hệ rõ ràng với kết quả điều trị. Những bệnh thuộc loại *tâm căn* (neuroses) như rối loạn lo âu (anxiety), trầm cảm (depression)... thông thường dễ được hồi phục hơn những bệnh thuộc dạng *loạn thần* (psychoses) như tâm thần phân liệt (schizophrenia), rối loạn khí sắc lưỡng cực (bipolar disorder)... Những bệnh có nguyên nhân từ *tác động ngoại cảnh* như, rối loạn điều chỉnh (adjustment disorders), rối loạn stress hậu chấn thương (posttraumatic stress disorder)... thường ít trầm trọng và dễ chữa trị hơn những bệnh đã được phát triển từ tuổi ấu thơ như, bệnh tự kỷ (autism), rối loạn cá tính chống đối xã hội (antisocial personality disorder)...

Về mức độ của bệnh cũng vậy, nhóm bệnh nào cũng bao gồm một dải rộng từ nhẹ đến nặng. Chẳng hạn, bệnh tâm thần phân liệt loại I thường dễ có kết quả chữa trị hơn bệnh tâm thần phân liệt loại II (xem chương 6 nói về bệnh tâm thần phân liệt).

Những yếu tố liên hệ đến nhà trị liệu cũng đóng vai trò quan trọng trong tiến trình điều trị. Đặc biệt là hai yếu tố kinh nghiệm và nhân cách của người điều trị. Kinh nghiệm thông thường được gặt hái xuyên qua quá trình học hỏi trong nghề nghiệp. Người trị liệu có nhiều khả năng trong nghề thường là người có quyết tâm học hỏi để có nhiều kiến thức chuyên môn và đã có được nhiều sự huấn luyện trong ngành nghề, cộng thêm thời gian và khả năng làm việc với những ca bệnh khó khăn.

Đặc biệt đối với ngành điều trị bệnh tâm thần, những chuyên viên nào có cá tính mạnh, không bị chao đảo, biết chịu đựng, cảm xúc luôn luôn bền vững, và tận tâm trong công việc thì mới không bị bối rối hay thất bại trước những tình huống khó xử trong tiến trình điều trị.

Các nghiên cứu tìm thấy các kết quả điều trị thường khá quan khi người bệnh và người trị liệu có những yếu tố giống nhau về các quan niệm về giá trị, kiểu sống, lòng tin, và những kinh nghiệm đã có trong cuộc sống [6]. Ngoài ra, nhà trị liệu phải là người luôn luôn có thái độ cởi mở, thành tâm, chấp nhận, không phê phán, tôn trọng, và cảm thông với những điều kiện và tình trạng hiện tại của người bệnh. Đó chính là những điều kiện tiên quyết để *mối quan hệ trị liệu* có thể bắt đầu và tiếp tục tiến hành một cách tốt đẹp về sau.

Sau hết, **mục tiêu chữa trị** phải căn cứ trên những điều kiện thực tế thay vì chỉ có tính cách lý thuyết hoặc do trực giác cảm nhận. Chẳng hạn, một bệnh nhân có những triệu chứng trầm cảm mãn tính và triệu chứng loạn thần với ý định tự làm hại bản thân. Trong trường hợp này, mục tiêu điều trị quan trọng trước tiên phải là làm giảm thiểu các ảo tưởng hay ảo giác liên hệ đến hành vi tự làm hại bản thân. Như vậy, cấp thời người bệnh phải được

điều trị bằng các phương thức *ngăn chặn khủng hoảng* (crisis intervention) trước khi tiếp tục sử dụng những phương thức khác để giúp hóa giải các triệu chứng trầm cảm mãn tính. Mục tiêu chữa trị cũng cần có sự ấn định về thời gian. Tất nhiên cũng có những ca bệnh kéo dài suốt đời, nhưng theo các cuộc kiểm tra, khoảng 26 cuộc hẹn đối với những trường hợp bệnh thông thường là thời gian vừa đủ và thích hợp để có thể thấy được những thành quả điều trị [7].

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HIỆN NAY

Việc điều trị một căn bệnh sẽ có phần dễ dàng hơn nếu nguyên nhân phát sinh ra nó đã được biết rõ. Tuy nhiên, vấn đề này vẫn còn nhiều khó khăn đối với phần lớn các bệnh tâm thần. Những chuyên viên theo quan điểm sinh học tin rằng bệnh tâm thần có nguyên nhân từ bản chất của cơ thể (organic basis). Trong khi đó các chuyên viên theo quan điểm tâm lý học lại cho rằng tâm thần là bệnh tâm sinh (psychogenesis), là những bệnh thường phát sinh do những chấn động của cảm xúc, những tổn thương tâm lý trong thời thơ ấu, những vấn đề phức tạp nổi lên từ các mối quan hệ, và những tranh chấp sâu kín có tính bản chất trong nội tâm...

Tuy nhiên, dù cho vẫn giữ vững lập trường về quan điểm của mình, các chuyên gia đều đồng ý một thực tế là hầu hết các hiện tượng rối loạn tâm thần đều tượng trưng và biểu hiện cho một sự tổng hợp của cả hai loại triệu chứng vừa thể chất và vừa tâm lý. Vì vậy mà hiện nay việc điều trị phần lớn các bệnh tâm thần đều

hầu như phải có sự phối hợp của cả hai liệu pháp dược lý và tâm lý. Chẳng hạn, thuốc sẽ giúp người bệnh trầm cảm ngủ ngon, ăn được, yên ổn tinh thần trong khi tâm lý liệu pháp đang tiến hành để tìm cách hóa giải những lý do đã gây ra tâm trạng buồn khổ, chán chường và thất vọng của họ.

Khi đảm trách một ca bệnh, người trị liệu cần phải đặt câu hỏi là căn bệnh này thuộc về những khía cạnh tâm lý tới một mức độ nào và thuộc về những yếu tố sinh lý ở một mức độ nào. Đặt câu hỏi như vậy để có những kế hoạch điều trị thích hợp, hoặc đặt trọng tâm chữa trị vào những phương tiện thuốc men, hoặc chú tâm vào các kỹ thuật tâm lý.

Tựu trung, trong quá trình điều trị bệnh tâm thần từ trước đến nay thường bao gồm các phương pháp và kỹ thuật như: dược lý liệu pháp, sốc điện liệu pháp, tâm lý liệu pháp (bao gồm nhiều kỹ thuật trị liệu khác nhau), hành vi liệu pháp, và liệu pháp thôi miên.

DƯỢC LÝ LIỆU PHÁP (PSYCHOPHARMACOTHERAPY)

Hiện nay y học đã sử dụng nhiều loại dược liệu khác nhau để chữa trị các bệnh tâm thần. Có thể phân ra làm sáu loại sau đây:

1- Chống trầm cảm (Antidepressants) gồm có 3 nhóm chính:

- Nhóm *Tricyclics* (TCAs) như các loại thuốc *amitriptyline* (Elavil), *nortriptyline* (Pamelor), *imipramine* (Tofranil), *doxepin* (Sinequan, Adapin), và *clormipramine* (Anafanil)...
- Nhóm *Selective serotonin re-uptake inhibitors* (SSRIs) như các loại thuốc *zertraline* (Zoloft), *paroxetine* (Paxil), *fluoxetine* (Prozac), và *citalopam* (Celexa)...

- Nhóm *Monoamine oxidase inhibitors* (MAOIs) gồm có phenelzine (Nardil), và tranylcypromine (Parnate)...

Ngoài ra, còn có một số loại thuốc khác cũng thường dùng để chống trầm cảm như *bupropion* (Wellbutrin), *mirtazapine* (Remeron), và *venlafaxine* (Effexor)...

2- Chống loạn thần (Antipsychotics) gồm hai nhóm: nhóm thuốc đặc trưng (typical) hay còn gọi là thông thường (conventional) và nhóm thuốc không đặc trưng (atypical).

Những loại thuốc trong nhóm đặc trưng gồm có *chlorpromazine* (Thorazine), *thioridazine* (Mellaril), *thiothixene* (Navane), *fluphenazine* (Proxilin), *haloperidol* (Haldol)...

Những loại trong nhóm không đặc trưng gồm có *clozapine* (Clozaril), *ziprasidone* (Geodone), *quetiapine* (Seroquel), *risperidone* (Risperdal), *olanzapine* (Zyprexa), và *aripiprazole* (Abilify)... (xem sự khác biệt giữa hai nhóm thuốc đặc trưng và không đặc trưng ở phần trình bày bên dưới).

3- Chống rối loạn lo âu (Anti-anxiety) gồm trước tiên là các loại trong nhóm *benzodiazepines* như *diazepam* (Valium), *chlordiazepoxide* (Librium), *prazepam* (Centrax), *clorazepam* (Klonopin), *lorazepam* (Ativan), *alprazolam* (Xanax), *triazolam* (Halcion). Sau đó còn có những loại khác như *zolpidem* (Ambien), *zaleplon* (Sonata), *buspirone* (BuSpar), *diphenhydramine* (Benadryl), và *propranolol* (Inderal)...

4- Ổn định khí sắc (Mood Stabilizers) bao gồm các loại *lithium carbonate* (Eskalith, Lithonate), *divalproex* (Depakote), *gabapentin* (Neurontin), *carbamazepine* (Tegretol) và *lamotrigine* (Lamictal)...

5- Chống ám ảnh cưỡng bức (Anti - obsessional) gồm có *clomipramine* (Anafranil), *fluoxetine* (Prozac), *sertraline* (Zoloft), *paroxetine* (Paxil), *citapopram* (Celexa), và *fluvoxamine* (Luvox)...

6- Nhóm thuốc kích thích thần kinh (Psycho-stimulants) (thường dùng để chữa trị chứng tăng động giảm chú ý - ADHD) như *methylphenidate* (Ritalin), *dextroamphetamine* (Dexedrine), *pemoline* (Cylert), *d- and l- amphetamine* (Adderall)...

Do tác động phụ mạnh mẽ của hầu hết các loại thuốc tâm thần (psychotropic medications), mọi loại thuốc nêu trên đều cần phải có toa bác sĩ. Những tác động phụ thông thường của các loại thuốc tâm thần được ghi nhận là khô miệng, mờ mắt, táo bón, bí tiểu, lãnh trí, nhức đầu, choáng váng, no hơi, và giảm sút tình dục, v.v.... Thêm vào đó, dùng thuốc tâm thần dài hạn, nhất là các loại thuốc chống loạn thần, có thể gây hư hỏng cho *hệ thần kinh ngoại tháp* (extrapyramidal) và *hệ thần kinh tự chủ* (autonomic) làm người bệnh phát triển các *chứng rung chuyển cơ thể* (Akathesia) (đứng ngồi không yên, tay hay chân lay lắc liên tục ...), *chứng co thắt cơ bắp* (Dystonia) (các bắp thịt ở cổ, tay chân hay thân mình thường bị tê cứng...), và *chứng rối loạn vận động cơ bắp* (Tardive dyskinesia) (chép môi liên tục, cơ thể chuyển động cứng ngắt hay xiêu vẹo, tròn trành...).

Nhiệm vụ của chuyên viên viết toa thuốc là phải luôn thăm hỏi và giải thích cho thân chủ những vấn đề liên quan đến hiệu quả và tác động phụ của toa thuốc được cấp. Chẳng hạn, cần cho thân chủ biết trong khoảng thời gian bao lâu sau khi sử dụng toa thuốc thì thuốc bắt đầu tạo ra hiệu quả. Các tác động phụ của loại thuốc này bao gồm những gì...

Ví dụ, loại thuốc chống loạn thần Clozapine có thể gây ra

chứng agranulocytosis (lượng bạch cầu trong máu bị giảm sút) do đó thân chủ cần được xét nghiệm máu định kỳ để theo dõi. Toa thuốc kết hợp giữa Lithium và Clozapine có thể gây ra chứng ngứa xiu cho thân chủ. Một số loại thuốc, ví dụ Zipraxisidone có thể gây tác động xấu đến tim mạch. Người viết toa thuốc phải nói có những nguy cơ nào cho người mang thai, hay đang cho con bú sữa mẹ đối với toa thuốc này không. Ảnh hưởng của các các loại thuốc tâm thần sẽ như thế nào đối với các thân chủ nghiện ngập rượu, bia, thuốc lá, v.v....

Không phải người trị liệu chỉ quan tâm đến những tác động phụ thuộc của các loại thuốc tâm thần, mà phải lưu ý thân chủ luôn luôn để ý khai báo những thay đổi trong cơ thể, nếu có, trong khi đang dùng thuốc. Trước khi dùng thuốc, thân chủ cần cho biết tổng quát tình trạng sức khỏe và những chứng bệnh đang có của cơ thể, hoặc đang mang thai hay có kế hoạch để mang thai. Đồng thời cũng cần đặt ra một số câu hỏi với người trị liệu, chẳng hạn, căn bệnh có khả năng phục hồi hay không nếu không dùng phương tiện dược liệu? Bệnh ở mức độ nào mới cần phải uống thuốc? Thuốc có làm nghiện ngập không, và làm sao để tránh? Các phản ứng phụ của thuốc sẽ như thế nào? Nếu phải dùng thuốc lâu dài thì sự nguy hại của nó sẽ đến mức nào? Phải tránh ăn và uống những gì trong khi dùng thuốc?

Dù những tác động phụ thuộc không thể tránh được, kinh nghiệm lâm sàng cho thấy phần lớn các loại thuốc tâm thần đang sử dụng hiện nay tại Hoa Kỳ đã thật sự mang đến nhiều kết quả chữa trị khả quan cho rất nhiều người bệnh. Những căn bệnh tâm thần trước kia, ngoài cách chữa trị bằng cầu nguyện và cúng bái, tất cả đều bó tay. Nhưng ngày nay nhờ thuốc men một số bệnh có thể phục hồi hoặc ít ra là giảm nhẹ tới mức người bệnh đủ mức

độ tinh táo để hành xử các công việc thường nhật của họ như một người bình thường.

Khác biệt giữa hai nhóm thuốc chống loạn thần đặc trưng và không đặc trưng: Nhóm thuốc đặc trưng được gọi là nhóm chống loạn thần thuộc thế hệ thứ nhất, chủ yếu chữa trị các chứng hưng cảm cấp tính và những kích động bất thường của tâm trí. Nhóm thuốc không đặc trưng được gọi là nhóm chống loạn thần thế hệ thứ hai, chủ yếu chữa trị các chứng rối loạn khí sắc lưỡng cực, trầm cảm nặng với các triệu chứng loạn thần, và hưng cảm cấp tính. Tác dụng của cả hai nhóm thuốc là ngăn chặn sự chuyển dịch của chất dẫn truyền thần kinh Dopamine (chất hóa học này được phỏng đoán là nguyên nhân gây ra các chứng loạn thần khi trữ lượng của nó dâng cao trong não bộ) tràn qua các nơi tiếp nhận (receptors) của các tế bào thần kinh não bộ.

- Nhóm thuốc chống loạn thần không đặc trưng thường ít gây ra tác dụng phụ hơn nhóm thuốc chống loạn thần đặc trưng.
- Hiệu quả chữa trị của nhóm thuốc không đặc trưng thường tốt hơn nhóm đặc trưng. Tuy nhiên, vì độ tan biến trong cơ thể của nhóm thuốc này thường rất nhanh nên các triệu chứng loạn thần của thân chủ có nguy cơ tái phát sớm hơn so với thân chủ sử dụng các loại thuốc trong nhóm đặc trưng.
- Nhóm không đặc trưng ít làm cho thân chủ bị nghiện nên việc ngưng thuốc (cai thuốc) thường được dễ dàng, không gây ra các hậu quả trầm trọng như nhóm đặc trưng.
- Nhóm thuốc không đặc trưng thường ít gây ra sự hư hỏng hệ thần kinh ngoại tháp và hệ thần kinh tự chủ. Người sử dụng ít bị các triệu chứng rung chuyển cơ thể (Akathesia), chứng co thắt cơ bắp (Dystonia), và chứng rối loạn vận động cơ bắp (Tardive dyskinesia).

- Kết luận là hiện nay các thuốc chống loạn thần trong nhóm không đặc trưng thường được các chuyên viên khuyến cáo nên sử dụng cho người bệnh hơn là các loại thuốc trong nhóm đặc trưng.

SỐC ĐIỆN LIỆU PHÁP (ELECTROCONVULSIVE THERAPY)

Liệu pháp này chỉ được sử dụng cho những trường hợp bệnh *rối loạn khí sắc lưỡng cực* (còn gọi là bệnh hưng- trầm cảm) trở nên trầm trọng mà thuốc men không còn tác dụng gì, trong đó bệnh nhân hoặc có những triệu chứng *trầm cảm* hay *hưng cảm* ở mức độ quá nặng và có pha trộn với các triệu chứng *loạn thần*. Sốc điện liệu pháp là dùng dòng điện nhẹ cho chạy ngang qua não bộ để làm thay đổi sinh hoạt của các chất sinh hóa trong não. Một dụng cụ có hai đầu điện cực được áp vào trán của bệnh nhân, và cho một dòng điện có cường độ từ 65 đến 140 volts chạy xuyên qua bộ não để tạo ra cơn co giật não bộ trong khoảng vài phút. Liệu pháp này cần áp dụng cứ hai ba ngày một lần và trong vòng từ 7 đến 9 ngày thì kết quả cho thấy là một số bệnh nhân cho biết họ cảm thấy triệu chứng hưng trầm cảm bắt đầu nhẹ đi.

Tuy nhiên, kinh nghiệm cho thấy liệu pháp sốc điện có nhiều nguy cơ tạo ra sự nứt bể xương sọ não, làm mất ký ức và thiệt hại đến sự nhạy bén của hệ thống thần kinh. Về sau này, để giảm thiểu các rủi ro có thể xảy ra các chuyên viên liệu pháp sốc điện đã thay đổi một số phương thức và kỹ thuật trong khi áp dụng dụng cụ này.

Vẫn chưa có kết luận rõ ràng tại sao liệu pháp sốc điện có thể đem lại sự giảm thiểu được các triệu chứng hưng trầm cảm, nhưng các cuộc kiểm tra đã cho thấy có khoảng 60- 70 % bệnh nhân sử dụng phương pháp này được giảm bệnh [8]

TÂM LÝ LIỆU PHÁP (PSYCHOTHERAPY)

Tâm lý liệu pháp là lối trị liệu bệnh tâm thần và các trường hợp rối loạn khủng hoảng tâm lý khác bằng cách áp dụng những kỹ thuật chữa trị dựa trên những nguyên tắc tâm lý để thay đổi những ý tưởng, tình cảm và hành vi bất thường, bệnh hoạn của người bệnh.

Đặc biệt, ngoài những cá nhân thật sự có những triệu chứng rối loạn tâm thần như các bệnh tâm căn hay loạn thần, đối tượng của tâm lý liệu pháp cũng có thể là bất cứ cá nhân nào đang có những vấn đề khó khăn, chệch hướng về tình cảm, cảm xúc và ứng xử nhất thời trong các mối quan hệ hay trong công việc. Vì vậy, trong lãnh vực của tâm lý liệu pháp các chuyên viên thường dùng từ *thân chủ* hay *khách hàng* (clients) để thay thế cho danh từ *người bệnh* (patients) khi tiếp xúc với các đối tượng của mình. Gọi như thế là để bao quát được hết các thành phần đối tượng đang được chữa trị, và cũng để làm cho họ bớt có mặc cảm mình là con bệnh. Ngoài ra, từ *bệnh nhân* cũng thường được các chuyên viên áp dụng cho những người đang nằm tại bệnh viện (inpatient), và những người đang được chữa trị tại các trung tâm y tế tại ngoại (outpatient) hay tại các văn phòng riêng thì thường được gọi là *khách hàng*, hay *thân chủ*. Nói chung, dù sao thì các từ này vẫn thường được dùng lẫn lộn trong ngành trị liệu tâm lý tâm thần.

Người trị liệu là những chuyên viên được huấn luyện những kiến thức và kinh nghiệm để hiểu biết và áp dụng những nguyên tắc tâm lý. Có rất nhiều trường phái với những kỹ thuật trị liệu tâm lý khác nhau, và hầu hết các chuyên viên trị liệu đều có những hiểu biết tổng quát về các trường phái trước khi tự chọn cho mình những kỹ thuật trị liệu phù hợp với sở thích.

Hầu hết các bản kế hoạch trị liệu đều phải được thiết lập như một *khế ước* giữa người trị liệu và người bệnh, trong đó, dù công khai hay tiềm ẩn, phải hàm chứa sự tin tưởng và tuân thủ của đôi bên. Bệnh nhân khi bước vào tiến trình trị liệu, dù không hẳn có những triệu chứng tâm lý bệnh hoạn hay bất thường, vẫn có thể tin tưởng rằng ít nhất tâm lý trị liệu cũng giúp mình hiểu và chống đỡ được những tình trạng suy sụp tinh thần, phục hồi và củng cố cảm giác tự chủ và lòng tự trọng, và gia tăng khả năng ứng xử trong những tình huống khó khăn. Do đó, kế hoạch trị liệu thường phải đề ra những mục tiêu thực tế và cụ thể, và đôi bên phải hành động ra sao để rút cuộc đạt được những mục tiêu đó.

Tâm lý liệu pháp có thể thực hiện bằng nhiều hình thức như, cá nhân, nhóm hay gia đình. **Hình thức cá nhân** là chỉ cá nhân người bệnh gặp mặt người trị liệu. **Hình thức nhóm** là một số bệnh nhân (thường từ 6 đến 10 người), cùng có những điều kiện bệnh tình, tuổi tác, văn hóa, ngôn ngữ... tương đối giống nhau, thường họp lại dưới sự hướng dẫn của người trị liệu, được gọi là trưởng nhóm. Ví dụ, một nhóm trị liệu chứng rối loạn ứng xử bao gồm 8 học sinh từ 10 đến 13 tuổi. **Hình thức gia đình** là mọi thành viên trong một gia đình cùng làm việc với người trị liệu để cùng giải quyết những vấn đề nào đó. Có khi chỉ có hai vợ chồng (couple) làm việc với người trị liệu. Ngoài ra, còn có hình thức gọi là **nhóm tự cứu** (self-help group), bao gồm những cá nhân có cùng một vấn đề (ví dụ những cá nhân nghiện rượu...) ngồi lại với nhau, để chia sẻ những khó khăn, giúp đỡ nhau, và cùng tìm kiếm những phương cách tốt hơn cho tình trạng nghiện ngập. Nhóm tự cứu thường không giới hạn số người tham gia và không hạn định thời kỳ chấm dứt sinh hoạt. Trưởng nhóm cũng là một thành viên, được các thành viên khác trong nhóm bầu chọn chứ không có sự can thiệp của người ngoài.

HÀNH VI LIỆU PHÁP (BEHAVIOR THERAPY)

Tuy rằng hành vi liệu pháp cũng là một kỹ thuật trị liệu trong lãnh vực tâm lý trị liệu nói chung, nhưng một số chuyên gia tâm lý muốn tách rời hành vi liệu pháp ra như là một lối trị liệu đặc biệt, vì trường phái này chú tâm vào việc sửa đổi các hành vi và ứng xử của thân chủ mà không chú trọng vào những nỗ lực làm thay đổi tư duy và tình cảm của thân chủ. Hơn nữa, hành vi liệu pháp còn được đặc biệt sử dụng rất có hiệu quả cho trẻ em, những thành phần khuyết tật hay chậm phát triển về tâm trí, và cho cả các công việc thuần hoá súc vật. Kỹ thuật của nó bao gồm những phương pháp giúp người bệnh luyện tập để thay đổi hoặc làm tốt hơn các cố tật, triệu chứng không bình thường hay bệnh hoạn của mình. Hành vi liệu pháp có nhiều kỹ thuật trị liệu khác nhau, trong đó có một số tiêu biểu như, kỹ thuật phản hồi sinh học (biofeedback), kỹ thuật tự hướng dẫn (self instruction), kỹ thuật giải cảm có hệ thống (systematic desensitization), và kỹ thuật điều kiện hóa thao tác (operant conditioning).

Phản hồi sinh học là một dụng cụ dùng để giúp người bệnh phát hiện mức độ căng thẳng của các bắp thịt thần kinh não bộ, nhịp tim, áp suất máu, nhiệt độ trên da... Dụng cụ bao gồm những múi điện gắn vào trán hay bắp thịt để ghi nhận những tín hiệu phóng lên trên điện đồ. Người bệnh vừa nhìn thấy và vừa nghe những hướng dẫn của người trị liệu để dần dần học được cách điều khiển những biến chuyển trong sinh hoạt sinh lý của mình. Chẳng hạn, người bệnh được những chỉ dẫn làm sao để tự mình nhanh chóng làm giảm thiểu nhịp đập của tim hay của áp suất máu đang trong lúc lên cao khi đang ở trong cơn cảm xúc tức giận, sợ hãi, hồi hộp, v.v....

Máy phản hồi sinh học (electroencephalograph) (EEG) dùng để ghi điện sóng đồ sinh hoạt (rhythmic electrical activity) của não.

Tùy theo tình trạng hoạt động của cơ thể, não bộ tiết ra những biểu đồ điện sóng khác nhau. Khi cơ thể ở trạng thái thoải mái, nghỉ ngơi, và tỉnh thức thì loại điện sóng gọi là *alpha* phát ra trong não. Do đó, để được thoải mái hơn hay để giảm bớt sự căng thẳng lo âu, bệnh nhân được hướng dẫn theo dõi đồ biểu sinh hoạt của điện sóng não bộ, và học tập cách tự sản xuất ra được những điện sóng *alpha*.

Tuy vậy, qua nhiều giai đoạn thí nghiệm, rút cuộc các chuyên gia ghi nhận là thật ra phương pháp phản hồi sinh học cũng không hiệu quả hơn những phương pháp giải cảm có hệ thống nếu người bệnh được huấn luyện thuần thực.

Tựu trung, phương pháp phản hồi sinh học thường chỉ tương đối giúp ích cho những trường hợp đau đầu, đau lưng, và một số các bệnh về cơ bắp thần kinh, mà không tỏ ra có mấy hiệu quả cho các triệu chứng thuộc về tâm thần [9 & 10 & 11].

Kỹ thuật tự hướng dẫn, hay còn gọi là kỹ thuật tự điều khiển (self-control), tức là giúp cho thân chủ biết tự mình thắng lướt được những vấn đề khó khăn của mình. Chẳng hạn, thân chủ biết làm sao loại bỏ những ý tưởng làm gia tăng sự lo âu hay đau khổ, những trạng thái nôn nao, tức giận có thể dẫn đến những hành vi thiệt hại cho bản thân. Thân chủ được hướng dẫn cách thiết lập những tiêu chuẩn và mục tiêu cho những hành vi ứng xử của mình và tự mình tập luyện cho tới khi đạt tới mục tiêu đó. Ví dụ, người bị chứng béo phì (obesity), sau khi được hướng dẫn đầy đủ các hiểu biết liên hệ đến vấn đề béo phì của mình, được khích lệ để tự đề ra một chương trình bao gồm những tiêu chuẩn và mục tiêu phải theo đuổi để giảm cân.

Kỹ thuật giải cảm có hệ thống là giúp cho người bệnh biết những phương pháp giữ vững sự bình tĩnh và thư giãn trước những tình huống bất bình, hoảng hốt, hay sợ hãi cho mình. Có nhiều phương

cách giải cảm, chẳng hạn như phương pháp *giải cảm trực tiếp* (in vivo desensitization) là đối diện với vấn đề ở từng mức độ từ ít đến nhiều, nhẹ đến nặng cho đến khi quen thuộc. Ví dụ, cá nhân sợ độ cao được luyện tập làm quen dần với những độ cao theo từng nấc thang từ dưới lên. *Giải cảm tràn ngập* (flooding) là để cho cá nhân đương đầu trực tiếp với những vấn đề hay tình huống gây sợ hãi cho đến khi thấy rõ không có gì đáng để phải sợ hãi. Ví dụ, cậu bé sợ đi đến trường sẽ được tiếp tục dẫn đến trường đều đặn cho đến khi thấy không có gì để sợ nữa.

Điều kiện hóa thao tác là dùng những hình thức thưởng phạt để giúp đối tượng trị liệu nhận biết và sửa đổi các hành vi; chẳng hạn, giúp đứa trẻ lười biếng biết chăm chỉ học hành hơn, huấn luyện cho con vật biết làm theo ý chủ. Thực tế cho thấy là trong những bệnh viện tâm thần, các bệnh nhân thường la hét và đập phá, và chính sự la hét đập phá thường xuyên này làm gia tăng những cảm xúc giận dữ, bốc đồng, hay hoảng sợ và theo đó có thể làm các triệu chứng bệnh trở nên trầm trọng hơn cho mọi bệnh nhân khác và cho chính các bệnh nhân la hét, đập phá này. Để giảm thiểu vấn đề này, một chương trình đặt ra là bất cứ bệnh nhân nào được ghi nhận có hành vi thân thiện và không có tiếng la hét đập phá trong ngày thì vào cuối ngày sẽ được tặng một phần thưởng (ví dụ một phong bánh hay một ít tiền...).

THÔI MIÊN LIỆU PHÁP (HYPNOTHERAPY)

Thôi miên là phương pháp làm cho người bệnh tiến đến trạng thái *hoàn toàn thư giãn trong sự thức tỉnh* nhưng tương đối quên hết mọi chuyện trừ việc nghe tiếng nói của người trị liệu đang đối diện với mình. Nói cách khác, thôi miên không phải là trạng

thái hoàn toàn mê ngủ mà là một trạng thái *thức tỉnh có hạn chế*, nghĩa là tâm trí còn nhận biết nhưng lại không thể ý thức hết được những gì đang xảy ra chung quanh mình. Tình trạng này gọi là mất ý thức ngoại biên (peripheral awareness).

Tự trung, trạng thái thôi miên liên hệ đến 3 yếu tố: a) cá nhân bị **cuốn hút** (absorption) vào một sự việc và quên tất cả mọi ý thức khác, b) cá nhân ở trạng thái **tâm phân** (dissociation) (Lưu ý, thuật ngữ này khác với thuật ngữ *phân tâm* dùng trong môn phân tâm học của Freud với ý nghĩa là phân tích các lãnh vực tâm lý). Tâm phân ở đây có nghĩa là tâm trí của cá nhân bị rối loạn, mất hướng và mù mờ, theo đó mọi chức năng bình thường của ý thức và ký ức đều bị thay đổi, c) tâm thần cá nhân có khuynh hướng ít bị kiểm chế và do dự, tức là **dễ bị gợi ý** (suggestibility) khi đã rơi vào **trạng thái nửa tỉnh nửa mê** (trance-like state) [12].

Vẫn chưa ai biết rõ điều gì khiến cho cá nhân bị rơi vào trạng thái hôn mê, nhưng thôi miên liệu pháp là một loại tâm lý trị liệu đã được sử dụng để giúp bệnh nhân nhớ lại được những tình cảm và ký ức đã từng bị bỏ quên, bị chôn vùi trong vô thức mà không có kỹ thuật nào khác có thể thay thế được.

Liệu pháp thôi miên thường sử dụng như một dụng cụ phụ trợ để bổ túc cho các liệu pháp khác. Đặc biệt, nó được dùng trong các trường hợp *rối loạn tâm phân* (dissociative disorders), *rối loạn stress hậu chấn thương* (posttraumatic stress disorder), và các *bệnh thuộc về nghiện ngập*. Liệu pháp thôi miên thường giúp cá nhân nhớ và sống lại với những ký ức xưa cũ đã gây chấn thương cho mình. Kết quả là liệu pháp thôi miên có thể giúp làm thuyên giảm các triệu chứng, cũng như giúp cá nhân chế ngự được những hồi ức tự động. [13].

Điều lưu ý là liệu pháp thôi miên có tính chống chỉ định

(contraindications), nghĩa là không nên áp dụng cho sự chữa trị các trường hợp bệnh thuộc loại loạn thần, rối loạn khí sắc ở mức trầm trọng, và rối loạn ám ảnh cưỡng bức.

Dù sao, hiệu quả chữa trị của thôi miên liệu pháp vẫn là một vấn đề còn nhiều tranh cãi. Các cuộc kiểm tra cho thấy nó lệ thuộc phần lớn vào những đặc tính cá nhân của người bệnh chứ không hoàn toàn do khả năng của người thôi miên. Trong nhiều trường hợp, người bệnh có đi vào trạng thái hôn mê hay không là tùy thuộc vào những biến số tâm lý của chính họ chứ không hoàn toàn do khả năng và nghệ thuật của người thôi miên [14].

GIỚI THIỆU SƠ LƯỢC TÂM LÝ LIỆU PHÁP

ĐỊNH NGHĨA

Từ ngàn xưa, nhân loại cũng đã có những hình thức trị liệu bằng tâm lý, nhưng kể từ sau những công trình phân tâm học của bác sĩ Freud khoảng đầu thế kỷ thứ 20 thì hàng trăm kỹ thuật tâm lý trị liệu khác nhau mới lần lượt xuất hiện. Tâm lý liệu pháp ngày nay đã trở thành một trong những phương tiện trị liệu cho các bệnh tâm thần và những vấn đề khó khăn tâm lý thuộc về mọi mặt trong đời sống. Nó cũng là môn học đã cuốn hút nhiều sự chú ý của các giới trong ngành y tế, từ sinh viên đến bác sĩ, dù họ không phải là những chuyên viên làm việc trong lãnh vực chuyên môn này. Thế nhưng, khi phải định nghĩa thế nào là tâm lý liệu pháp cho thật đầy đủ và rõ ràng thì vấn đề lại vẫn còn nhiều khó khăn cho mọi người.

Nói tổng quát, tâm lý liệu pháp thường được định nghĩa là một tiến trình tiếp xúc qua lại giữa hai thành phần, một bên là người trị liệu và bên kia là người tiếp nhận, để cùng nhau lắng nghe, trò

chuyện và thảo luận với mục đích là giải quyết những khó khăn đang có của người tiếp nhận. Người tiếp nhận có thể là một người, một cặp vợ chồng, mọi thành viên trong gia đình, hay một nhóm người có liên quan. Những vấn đề khó khăn của người tiếp nhận có thể bao hàm nhiều khía cạnh khác nhau, từ những rối loạn, hư hỏng trầm trọng trong các chức năng thuộc về tâm trí và tình cảm cho đến những sai lầm, chệch hướng trong các hành vi cư xử, trong các mối quan hệ, những tập quán xấu, tình trạng nghiện ngập, và những khuyết tật trong cá tính.

Tuy nhiên, định nghĩa như trên vẫn còn nhiều hạn chế vì nó không bao hàm những kỹ thuật tâm lý trị liệu mà trong đó không có người trị liệu, như các *nhóm liệu pháp tự cứu* (self-help group), ví dụ, nhóm nghiện rượu ẩn danh (anonymous alcoholics). Nó cũng không bao hàm loại liệu pháp mà trong đó người trị liệu không đòi hỏi phải có lời nói hay hành động gì, nghĩa là không có sự trò chuyện và thảo luận giữa hai thành phần, gọi là *liệu pháp tự thân* (self therapy), trong đó người bệnh tự mình làm những hành động để tự tiến tới sự hồi phục, nghĩa là tiến trình trị liệu chỉ do chính mình thực hiện, ví dụ, các thân chủ sử dụng hình thức thiền định (meditation).

Hơn nữa, nếu quan niệm rằng những phương tiện của tâm lý liệu pháp, chỉ bao gồm sự lắng nghe và chuyện trò, mà có thể làm thay đổi được những suy nghĩ và hành vi của đối tượng, thì điều này cũng không khác mấy những hành động khuyên nhủ, can gián, khích lệ, cảm thông, hay chia sẻ tâm tình với nhau mà trong đời sống hằng ngày mọi người vẫn thường làm cho nhau. Đúng như vậy, nói theo nghĩa đơn giản thì tâm lý liệu pháp cũng chỉ khởi đầu từ những ý niệm như thế mà thôi. Điều gì làm người khác trở nên vui tươi và phấn khởi, điều gì có thể khích lệ, an ủi

hay xoa dịu được người khác đều là tâm lý liệu pháp. Điều gì có thể giúp người khác tiếp nhận và học hỏi để thức tỉnh và thay đổi, quyết định sẽ làm hay không làm một việc gì, quyết định bỏ cũ làm mới hay làm trở lại một việc đã bỏ dở đều là tâm lý liệu pháp. Và điều gì làm người khác trở nên thành thật, cởi mở, chia sẻ và thổ lộ những vấn đề riêng tư để chính họ cảm thấy được thư giãn cũng đều là tâm lý liệu pháp.

Vì những tính chất như thế nên nhiều người vẫn cho rằng tâm lý liệu pháp, tựu trung, chỉ là một hành động khuyên can, một hình thức của sự cố vấn, tư vấn hay *tham vấn* (counseling). Tuy nhiên, dù cho tâm lý liệu pháp và sự tham vấn có bản chất giống nhau và hai từ ngữ thường được sử dụng lẫn lộn với nhau, đối với các chuyên viên trong nghề, hai việc làm này vẫn có những khía cạnh khác biệt. Về mặt tính chất thì tâm lý liệu pháp cũng chỉ là sự tư vấn, tham vấn, nhưng về mặt tầm mức và số lượng thì chúng khác nhau. Tâm lý liệu pháp và tham vấn đều mang bản chất hỗ trợ, giúp cho cá nhân phục hồi và thay đổi bằng những lời khuyên can. Nhưng không phải chỉ có những lời khuyên can, tâm lý liệu pháp còn giúp cho cá nhân hiểu được bản thân mình, nhận dạng được nguyên nhân và bản chất của những thôi thúc, ước vọng, ức chế sâu kín trong vô thức, những ký ức đã từng bị quên lãng, và giúp cá nhân tự ra những quyết định, cũng như chịu trách nhiệm với những quyết định mình sẽ làm.

Ngoài ra, tâm lý trị liệu thường được tiến hành lâu dài, bao gồm nhiều buổi làm việc và, trong nhiều trường hợp, có thể kéo dài qua nhiều năm, nhưng sự tham vấn thông thường chỉ hạn chế trong một thời gian ngắn với một số buổi làm việc. Trọng tâm của tâm lý trị liệu là nhắm vào con người (person-oriented), trong khi đó trọng tâm của sự tham vấn là giải quyết một vấn đề (problem-oriented).

Tâm lý trị liệu giúp cá nhân khám phá những lý do nào đã đưa đến ý nghĩ, tình cảm và hành động trong hiện tại của họ, trong khi đó việc làm của tham vấn phần lớn là thông tin, cố vấn, hướng dẫn, và chỉ bảo. Nói cách khác, để giải quyết một vấn đề, vai trò tham vấn của chuyên viên tâm lý trị liệu cũng tương tự như vai trò tư vấn của các luật sư, bác sĩ, thầy giáo, nhà tu, giới chức hành chánh, bạn bè, hay những người thân trong gia đình... Nhưng để hiểu được bản chất và nguyên ủy của những vấn đề của người bệnh, chuyên viên tâm lý trị liệu không phải chỉ dừng lại ở vai trò tham vấn mà còn cần đi xa hơn trong vai trò của một điều tra viên.

TÂM MỨC CỦA TÂM LÝ LIỆU PHÁP

Mục tiêu của tâm lý liệu pháp là cố gắng tạo cho cá nhân một mức độ cảm xúc thuận lợi, một niềm hy vọng, và sự tin tưởng, đồng thời khuyến khích, gợi ý và cung cấp những hiểu biết mới và những cách nhận thức mới để cá nhân tự mình thay đổi. Những hiểu biết không phải chỉ là những điều hoàn toàn mới mẻ mà còn bao gồm cả những điều cá nhân đã biết nhưng quên đi hoặc bỏ qua vì không cho là quan trọng và kể cả những vấn đề cá nhân đã biết nhưng không ý thức được cái biết của mình. Cách nhận thức mới cũng không phải là tạo cho cá nhân một lối nhận thức những lẽ đúng sai thuần túy mang tính khoa học, thực nghiệm, và khách quan mà là giúp cho cá nhân biết tập trung vào sự nhận thức một vấn đề từ nhiều góc cạnh khác nhau và nhận thức như thế nào để phù hợp với những điều kiện thực tế mà cá nhân đang đối mặt. Nói rõ hơn, phải nhận thức thế nào để tư duy, tình cảm, và hành vi của mình thay đổi theo hướng tích cực cho cuộc sống hiện tại của bản thân, để từ đó được yên ổn, vui tươi, hạnh phúc,

và hòa đồng hơn, gỡ bỏ được những đau buồn, lo âu, xấu hổ, mặc cảm tội lỗi, hay gạt đi những ý tưởng gây nguy hại cho mình hay cho người khác.

Một số ý kiến cho rằng các kỹ thuật của tâm lý liệu pháp mang tính chất của một nghệ thuật hơn là một môn khoa học. Thật vậy, người trị liệu không phải chỉ lấy những lý lẽ để khuyên can mà còn phải có những nghệ thuật để đối tượng chấp nhận hoặc hơn thế nữa là xem những lý lẽ đó như là sự nhận thấy của chính mình chứ không phải do người trị liệu gợi ra. Do đó, dù tâm lý liệu pháp và sự tham vấn đều là những phương tiện giúp cá nhân học hỏi để thay đổi, nhưng tâm lý liệu pháp còn đi sâu hơn sự học hỏi, việc làm của nó đòi hỏi phải trải qua 3 giai đoạn then chốt: a) sự tin tưởng trong mối quan hệ trị liệu, b) chiều sâu của tiến trình trao đổi và thảo luận, c) mức độ hiểu biết và phối hợp đầy đủ để cá nhân rút cuộc nhìn rõ được chính mình và các góc cạnh trong mối quan hệ của mình với bên ngoài.

Mối quan hệ trị liệu (therapeutic relationship) trong tâm lý liệu pháp, giữa người trị liệu và bệnh nhân, đặc biệt phải có đầy đủ *sự tin tưởng*. Người trị liệu phải là người có sự hiểu biết sâu rộng về khả năng chuyên môn với một thái độ cởi mở và thành tâm trong sự cứu giúp. Người trị liệu không nhìn đối tượng chữa trị của mình với thái độ phân biệt, phê phán, hay thành kiến, mà phải thật sự khách quan, biết tôn trọng, chấp nhận, và quan tâm đến những vấn đề của đối tượng. Người trị liệu không thể nhìn đối tượng trị liệu xuyên qua những định kiến cá nhân của mình trên các phương diện văn hóa, tôn giáo, chính trị, sắc tộc, địa phương. Người trị liệu phải trung thành với những quy luật đạo đức nghề nghiệp đã học và đã tuyên thệ trong công tác trị liệu. Nếu có những trường hợp khó khăn không thể giải quyết được,

chẳng hạn một trong hai phía không thể chịu đựng được sự khác biệt nhau về một vấn đề gì đó, hoặc người trị liệu nảy sinh những ý tưởng lợi dụng hay có những tình cảm không thích hợp, lệch lạc với đối tượng trị liệu thì người trị liệu phải mạnh dạn tìm kiếm sự giúp đỡ của đồng nghiệp. Luật lệ trong ngành tại Hoa Kỳ đặc biệt chú trọng đến vấn đề đạo đức nghề nghiệp của người trị liệu và rất nghiêm ngặt đối với những vấn đề sai trái trong mối quan hệ trị liệu để luôn luôn bảo đảm mọi sự thuận lợi và sự an toàn cho thân chủ của mình.

Về phía đối tượng trị liệu, khả năng và tính cởi mở trong nhận thức, ý muốn được bình phục và sự thành khẩn trong những vấn đề cần bàn thảo, cũng như sự hợp tác tích cực trong tiến trình trị liệu là những yếu tố rất quan trọng cho các thành quả trong quan hệ trị liệu. Đối tượng trị liệu hoặc vì không có khả năng, hoặc vì e sợ hay xấu hổ, không muốn nói ra những khó khăn, ẩn ức, những chuyện riêng tư của mình thì tác dụng của tâm lý liệu pháp sẽ vô cùng hạn hẹp nếu không muốn nói là không hiệu nghiệm.

Tóm lại, *sự tin tưởng* trong tâm lý liệu pháp thể hiện một mối quan hệ song phương, trong đó người trị liệu và thân chủ đều thành tâm hợp tác để cùng nhau đạt tới những mục tiêu đã đề ra. Nó chính là điều kiện tiên quyết trước khi đi vào những vấn đề sâu rộng hơn trong tiến trình trị liệu.

Tiến trình trao đổi và thảo luận (communication) trong thời gian trị liệu không chỉ giới hạn vào những vấn đề liên quan đến bệnh tình trong hiện tại mà thông thường còn bao gồm mọi vấn đề thuộc về những lãnh vực tâm lý sâu kín của đối tượng, những mối quan hệ trong suốt cuộc sống. Người trị liệu không chỉ lắng nghe, bàn luận, đối chất, làm sáng tỏ, khuyên nhủ, xoa dịu, và khích lệ mà còn cần phải chú ý đến những động lực thúc đẩy của

vô thức và cái mà lý thuyết phân tâm học của Freud gọi là hiện tượng *chuyển tâm* (transference), cũng như hiện tượng *chuyển tâm ngược* (countertransference) (Theo Freud, trong tiến trình trị liệu đôi khi người bệnh xem người trị liệu như là một người thân, cha mẹ, anh em, hay như một kẻ thù nghịch... Cảm giác này là những cảm giác sâu kín xưa cũ đã có trong quá khứ, nay lại đem đến cho người trị liệu, được gọi là hiện tượng chuyển tâm. Ngược lại, hiện tượng chuyển tâm ngược là cái tình cảm đã có trước với ai đó của người trị liệu nay lại trao cho đối tượng trị liệu của mình).

Cả hai loại hiện tượng trên đều có thể có chiều hướng tiêu cực hay tích cực, và vấn đề lợi hay hại của chúng cho mục tiêu trị liệu sẽ lệ thuộc vào sự điều hành khéo léo của người trị liệu. Chẳng hạn, người trị liệu giúp người bệnh có hiện tượng chuyển tâm tiêu cực nói ra hết những tranh chấp tình cảm với một đối tượng nào đó trong quá khứ, cố nhớ lại những ký ức đã bỏ quên để tái suy nghiệm, và cùng với người trị liệu thảo luận cho tới khi vấn đề được giải quyết rốt ráo. Ngược lại, khi nhà trị liệu cảm thấy có hiện tượng chuyển tâm ngược nổi lên cho chính mình thì người đó phải tìm ngay sự giúp đỡ của đồng nghiệp hoặc phải chuyển người bệnh đi để tiếp tục làm việc với một chuyên viên trị liệu khác.

Mức độ hiểu biết và phối hợp đúng đắn và đầy đủ mọi vấn đề của người bệnh là giai đoạn cuối trong tiến trình trị liệu. Sau khi nhận thức được mọi khía cạnh của chính bản thân, liên quan đến các mặt tinh thần và thể chất, tư duy và tình cảm, những cơ chế tâm lý tự vệ, những cảm xúc và tình cảm vô thức và sâu kín đối với những mối quan hệ và giao hảo trong quá trình sống, người bệnh bắt đầu tự phối hợp để tự tìm thấy được bản chất và nguyên nhân của vấn đề và theo đó những thay đổi có thể bắt đầu tiến triển.

CƠ CHẾ CỦA TÂM LÝ LIỆU PHÁP

Nếu các loại thuốc trị bệnh tâm thần có thể làm gia tăng giấc ngủ, yên ổn tinh thần, và chặn đứng được các triệu chứng loạn thần của người bệnh thì tâm lý liệu pháp có những yếu tố gì để có thể nói rằng nó cũng có những tác dụng chữa trị cho người bệnh? Nói khác đi, tâm lý liệu pháp sử dụng những cơ chế căn bản nào để tạo ra sự thay đổi nơi người bệnh? Đây vẫn là câu hỏi chưa hoàn toàn có sự đồng thuận trong các giải đáp.

Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy tâm lý liệu pháp đạt được rất nhiều thành quả trong việc chữa trị các loại bệnh tâm thần nhẹ, không có các triệu chứng loạn thần, hay nói chung là những rối loạn tâm lý thuộc loại *tâm căn* (neurosis) mà bệnh nhân không cần hay không nên dùng thuốc. Hơn nữa, tâm lý liệu pháp cũng là phương pháp chữa trị duy nhất cho những vấn đề tâm lý liên quan đến những tập quán xấu, những khó khăn trong các mối quan hệ gia đình và xã hội, giữa người với người. Sự đóng góp này là điều hết sức khẩn thiết mà được lý liệu pháp không thể làm được.

Thông thường có hai cách để khiến cho một người phải thay đổi, đó là dùng sự bắt buộc hay ngược lại là chiêu dụ. Nhưng hai hình thức bắt buộc hay chiêu dụ hoàn toàn không phải là mục đích của tâm lý liệu pháp. Sự thay đổi của một người trong hoàn cảnh bị bó buộc hay được dụ dỗ, nếu có, chỉ là sự thay đổi bên ngoài mang tính gượng gạo, giả tạo và ngắn hạn, thay đổi vì sức ép ngoại tại chứ không có tác động gì bên trong.

Tâm lý liệu pháp không ép buộc hay lừa mị ai, cũng như không chú tâm vào sự thay đổi bên ngoài của bệnh nhân, mà quan tâm đến vấn đề làm sao người bệnh tự ý thức được sự cần thiết phải thay đổi, nghĩa là nhận ra cái tôi trung thực của mình từ bên trong để theo đó thích ứng dần với sự thay đổi. Động năng của tâm lý

liệu pháp là sử dụng những phương pháp tâm lý để giúp người bệnh hiểu và nhận dạng được những gì đang xảy ra từ cái thế giới bên trong của chính mình, như câu nói của các vị thần Hy Lạp từ thời cổ đại là “Hãy tự biết mình” (Know thyself).

Nhiều chuyên gia cho rằng tâm lý liệu pháp có cơ chế tạo ra những yếu tố làm ảnh hưởng đến các mặt tri giác, tình cảm, và hành động khiến cho đối tượng trị liệu có thể thay đổi. Đã có nhiều yếu tố được nêu ra, nhưng theo hai bác sĩ **Corsini** và **Rosenberg** thì chỉ có 9 yếu tố sau đây tạm gọi là nòng cốt nhất [14]:

- **Những yếu tố tri giác** tác động đến sự thay đổi bao gồm:
 - a) *tính phổ cập* (universality) tức là bệnh nhân cảm thấy giảm bớt lo âu, buồn khổ, đau đớn khi nhận ra rằng không phải chỉ cá nhân mình mà còn có nhiều người khác cũng bị đau khổ như mình và sự đau khổ của nhân loại là cùng khắp; b) *khả năng nội thị* (insight) tức là sự thay đổi có thể xảy ra từ bên trong khi, thông qua tâm lý liệu pháp, bệnh nhân học hỏi được những cách nhìn khác nhau về các động lực và hành vi của mình và dần dần hiểu được chính mình và người khác; c) *bắt chước kiểu mẫu* (modeling) tức là người bệnh thay đổi nhờ nhìn thấy người khác, chẳng hạn nhìn qua hành vi, cử chỉ của người trị liệu.
- **Những yếu tố tình cảm** ảnh hưởng đến sự thay đổi bao gồm:
 - a) *sự chấp nhận* (acceptance): Yếu tố này phát sinh từ cái cảm giác vừa lòng khi được người trị liệu đối xử với tất cả sự tôn trọng và quan tâm, chấp nhận thực tế vấn đề mà không phê phán, định kiến hay phân biệt; b) *lòng vị tha* (altruism): Người bệnh cũng có thể thay đổi khi nhận thấy mình được tiếp nhận (bởi người trị liệu, hay nhóm trị liệu) bằng tấm lòng thương yêu và vị tha, do đó cảm thấy chính

mình cũng cần đối xử với tấm lòng vị tha đối với người khác; c) *Sự chuyển tâm* (transference): Đây là hiện tượng tâm lý đã có nói qua ở trên. Nếu là hiện tượng chuyển tâm tích cực thì người bệnh sẽ có những cảm xúc đồng dạng với người trị liệu và mục tiêu trị liệu có thể sớm đạt được kết quả.

- **Những yếu tố hành vi** ảnh hưởng đến sự thay đổi của bệnh nhân bao gồm: a) *trắc nghiệm thực tế* (reality testing): Trong tiến trình trị liệu, khi được khích lệ thực hành những cách ứng xử mới mẻ qua sự chấp thuận và hỗ trợ của người trị liệu, người bệnh cảm thấy an toàn và trở nên tự tin hơn trong sự thay đổi bản thân mình; b) *sự thông thoáng* (ventilation): Những trường hợp bệnh nhân có được điều kiện để la hét, than khóc, hay biểu hiện sự phẫn nộ, giận hờn trong các phiên trị liệu sẽ tạo ra sự thông thoáng về tâm lý, theo đó những cảm xúc quá đà sẽ dần dần được giảm thiểu; c) *sự tương tác* (interaction): Quan hệ trong trị liệu (với người trị liệu hay với nhóm) là một trong những môi trường tốt nhất cho việc học hỏi và quyết định sửa đổi của người bệnh.

KỸ THUẬT CỦA TÂM LÝ LIỆU PHÁP

Kể từ đầu thế kỷ 20 đến nay đã có hàng trăm phương thức và kỹ thuật trị liệu tâm lý được đề xướng, trong số đó có một số phương thức mang những sự trùng lặp nếu không thuộc về mặt lý thuyết thì cũng thuộc về mặt thực hành. Chẳng hạn, các chuyên gia thuộc nhóm tâm lý sinh động (psychodynamic psychotherapy) mặc dù có những ý kiến không đồng nhất với nhau về những ý niệm thuộc về sự phát triển của cá tính, nhân cách (personality), hay là sự hình thành của cái tôi (self), nhưng trên phương diện thực hành, hầu hết các chuyên gia theo quan điểm tâm lý sinh động đều sử dụng những kỹ thuật phân tích tâm lý theo kiểu phân tâm học của Freud.

Tuy nhiên, dù sao những nỗ lực phát triển các kỹ thuật trị liệu tâm lý khác nhau cũng vẫn rất cần thiết vì, trong nhiều trường hợp, những kỹ thuật khác nhau sẽ phù hợp không những cho ý thích của người trị liệu hay người bệnh mà còn cho những nhu cầu và tình huống chữa trị khác nhau nữa. Chẳng hạn, có những

kỹ thuật phù hợp cho việc giải quyết những vấn đề thuộc về tình cảm, các mối quan hệ giữa người với người, như *liệu pháp hệ thống gia đình* (family therapy), *liệu pháp liên cá nhân* (interpersonal psychotherapy). Hoặc có những kỹ thuật trị liệu sử dụng phù hợp cho các vấn đề thuộc về phát triển cá tính, phát triển nhận thức, nâng cao ý thức độc lập và tự tin cho cá nhân, như *liệu pháp nhân vị trọng tâm* (client- centered therapy), *liệu pháp nhận thức* (cognitive therapy), *liệu pháp hành vi* (behavioral therapy), và *liệu pháp vai trò nữ giới* (feminist therapy), v.v....

Một số chuyên gia đã thử làm những đánh giá và so sánh về mức độ hiệu quả của các kỹ thuật trị liệu khác nhau, nhưng vẫn không thể có những kết luận nhất định, vì thông thường các kết quả chữa trị phụ thuộc rất nhiều vào những yếu tố liên quan đến người bệnh và người trị liệu chứ không phải do tính hiệu quả khách quan của các kỹ thuật trị liệu. Do đó, phần lớn các chuyên viên trong ngành thường tự chọn cho mình một lý thuyết và kỹ thuật trị liệu nào phù hợp nhất với sở thích để làm việc với khách hàng của họ. Bên cạnh sự hiểu biết tổng quát các lý thuyết và kỹ thuật trị liệu khác nhau, người trị liệu nên tự xác định học thuyết và kỹ thuật trị liệu nào là hợp nhất với cá tính, với quan niệm về nhân sinh và khả năng của mình, để tiếp tục nghiên cứu và thực hành trong nghề nghiệp. Có thể nói khi đã chọn được một kỹ thuật trị liệu nào phù hợp nhất với cá tính của mình để thực hành là người trị liệu đã tạo được một bước tiến tích cực ban đầu cho nghề nghiệp của mình.

Để có sự nhận định cụ thể hơn về các lý thuyết và kỹ thuật tâm lý trị liệu, trong khuôn khổ chương sách này, thử trình bày khái quát nội dung về các kỹ thuật điều trị của 3 trường phái phổ biến sau đây:

KỸ THUẬT LIỆU PHÁP TÂM LÝ SINH ĐỘNG

Kỹ thuật điều trị của các chuyên viên thuộc trường phái tâm lý sinh động hiện nay, trên căn bản, vẫn sử dụng những nguyên tắc và kỹ thuật phân tích tâm lý của môn *phân tâm học* (psychoanalysis) của **Freud**. Thế nhưng, trên phương diện thực hành, phần lớn các chuyên viên tâm lý sinh động về sau đã cải biến kỹ thuật trị liệu nguyên thủy của Freud theo những kiểu cách phù hợp với những hiểu biết và kinh nghiệm riêng của mình. Có thể gọi nhóm chuyên gia này là nhóm theo *quan điểm phân tích tâm lý* (psychotherapeutic psychotherapy). Chẳng hạn, một số chuyên gia trong nhóm này thích áp dụng sự kết hợp của quan điểm *tâm lý dục tính* (psychosexual) của Freud và quan điểm *tâm lý xã hội* (psychosocial) của Erik Erikson trong trị liệu, trong khi đó một số chuyên gia khác lại muốn kết hợp lý thuyết phân tâm học với các quan điểm *tâm lý cái tôi* (ego psychology) của Donald Winnicott và Heinz Kohut và quan điểm đối tượng liên hệ (object- relation) của Ronald Fairbairn và Margaret Mahler, v.v....

Cũng có thể gọi đây là một hình thức *chiết trung* (eclectic approach). Chiết trung có nghĩa là vừa loại bỏ và vừa phối hợp những yếu tố cần thiết trong môn phân tâm học để tạo ra phương pháp và kỹ thuật riêng cho mình. Ví dụ, kỹ thuật nguyên thủy của phân tâm học là từ 4 đến 5 buổi làm việc trong một tuần và tiến trình trị liệu có thể kéo dài đến nhiều năm, nhưng với phương pháp chiết trung, tùy theo trường hợp, có thể rút gọn buổi làm việc còn mỗi tuần một lần, và thời gian điều trị ngắn hơn. Tuy nhiên, để hiểu tổng quát các kỹ thuật và mục tiêu chữa trị của trường phái tâm lý sinh động, trước tiên cần hiểu các kỹ thuật phân tích tâm lý căn bản của Freud.

Tâm lý sinh động hay nói đúng hơn là phân tâm học là lý thuyết đặt căn bản trên sự tìm hiểu các *triệu chứng tâm căn* (neurotic symptoms), vì cho rằng chúng là nguồn gốc phát sinh ra những hiện tượng tâm lý bất thường nơi người bệnh. Khởi thủy, Freud dùng liệu pháp thôi miên để giúp bệnh nhân tẩy xả những cảm xúc đau đớn phát sinh từ hậu quả của những chấn thương tinh thần trong quá khứ. Tuy nhiên, liệu pháp thôi miên có những hạn chế vì nó không thể áp dụng cho mọi trường hợp và mọi loại bệnh nhân được, nên sau đó Freud đã sử dụng kỹ thuật *tự do liên tưởng* (free association approach), được mô tả là một cách tạo điều kiện thuận lợi để bệnh nhân tự do nói ra hết những gì đang hiện hữu trong trí óc. Người bệnh được cho ngồi hay nằm trên cái ghế bành, được cam kết và khuyến khích là hoàn toàn tự do diễn tả bằng lời mọi ý nghĩ, cảm nhận, hay mọi sự mơ ước, tưởng tượng đang diễn biến trong đầu óc. Trong khi đó người trị liệu ngồi khuất phía sau nghe ngóng và ghi chú nhưng tuyệt đối không có thái độ và cử chỉ phê phán hay thành kiến gì với những lời nói của người bệnh.

Tuy vậy, thỉnh thoảng người trị liệu cũng có thể xen vào công việc của người bệnh, nhưng chỉ với tư cách thụ động, như nhắc nhở hay gợi ý người bệnh nên nói thêm hoặc cố nhớ lại một vài điểm trong vấn đề đang nói hay đã bỏ qua. Người trị liệu đôi khi cũng có thể đóng vai trò tích cực hơn để thông dịch hoặc giải thích một vấn đề cho người bệnh. Ví dụ, giải thích một điểm nào đó trong giấc mơ của người bệnh là có liên hệ với một thực tế trong quan hệ hằng ngày của họ, hay hỏi người bệnh có ý nghĩ gì về một hình ảnh hay một sự cố trong giấc mơ mà họ mới tiết lộ ra. Tựu trung, mục đích của kỹ thuật này là để thăm dò và nghiên cứu phần tâm lý vô thức sâu kín trong quá trình sống của người bệnh.

Kỹ thuật điều trị của phân tâm học được sắp xếp và điều hành rất chặt chẽ, bao gồm một chương trình làm việc liên tục và lâu dài. Mọi ý muốn thay đổi chương trình làm việc của người bệnh đều phải được thăm dò, xem xét và phân tích. Freud cho rằng mọi do dự và miễn cưỡng (ví dụ, bỏ hẹn hay không muốn thổ lộ hoặc quên bản đi một vấn đề) của người bệnh trong tiến trình trị liệu đều có thể chú ý như là một hành động cưỡng lại có tính cách vô thức hoặc ý thức, được gọi là **hiện tượng chống đối** (resistance). Một khía cạnh phân tích tâm lý khác nữa được gọi là **hiện tượng chuyển tâm** (transference), nghĩa là trong tiến trình điều trị người bệnh đã đối xử với người trị liệu bằng những tình cảm, hoặc thương hoặc ghét, mà chính họ đã từng trải nghiệm kể từ thời ấu thơ đối với một người nào đó trong gia đình, trong học đường hay ngoài xã hội.

Hiện tượng chống đối và hiện tượng chuyển tâm là hai ý niệm cốt lõi của môn tâm lý sinh động. Theo Freud, **hiện tượng chống đối**, được xem là một cơ chế tâm lý tự vệ, hoặc ý thức hoặc vô thức, biểu hiện ước muốn của người bệnh muốn cưỡng lại sự tái xuất hiện trong tâm trí những ký ức đã gây ra khó chịu, tức giận hay đau khổ cho mình.

Hiện tượng chuyển tâm được xem như là một sự sống lại những tình cảm xưa cũ. Hiện tượng này xảy ra khi người bệnh dùng những tình cảm, ý nghĩ, ao ước hay thái độ mà mình đã có trước đây với những đối tượng đã từng va chạm lúc còn thơ ấu để cư xử với người trị liệu trong hiện tại. Hiện tượng chuyển tâm có thể biểu lộ trên hai khía cạnh, tích cực và tiêu cực. **Chuyển tâm tích cực** thể hiện sự ao ước được thương yêu. Nguyên thủy của nó có thể là trước đây mong ước được cha mẹ thương yêu mình, nhưng bây giờ lại chuyển sự ao ước này qua cho người trị liệu.

Tương tự như vậy, *chuyển tâm tiêu cực* là sự dời chỗ của những cảm xúc và thái độ hung hăng, hiếu chiến, hờn giận, ghét bỏ, hay thù nghịch đã có với một ai đó trong quá khứ, nay lại chuyển sang cho người trị liệu.

CÁC GIAI ĐOẠN TRONG TIẾN TRÌNH TRỊ LIỆU

Tiến trình trị liệu theo phân tâm học của Freud bao gồm một chuỗi 4 bước liên tục, bao gồm: *đối chất* (confrontation), *làm sáng tỏ* (clarification), *giải thích* (interpretation), và *phối hợp hóa giải* (working through). Các chuyên gia tâm lý sinh động hiện nay, mặc dù vẫn xem 4 bước nêu trên là cần thiết, nhưng đã áp dụng một cách linh động và uyển chuyển tùy theo từng trường hợp. Như đã nói, kỹ thuật điều trị theo phân tâm học thường hiệu nghiệm đối với các ca bệnh thuộc loại tâm căn, nhưng không tỏ ra thích hợp đối với những ca bệnh thuộc loại loạn thần.

Trong giai đoạn đầu, người trị liệu cần biết rõ những lý do nào đang gây khó khăn cho người bệnh, và ghi nhận tất cả những vấn đề gì liên quan đến cuộc sống hiện tại và quá khứ, quá trình phát triển tâm sinh lý trong tuổi ấu thơ. Mọi vấn đề người bệnh nói ra hay do dự, ngập ngừng không muốn nói ra, mọi cử chỉ, thái độ đều được xem như là những dấu hiệu có liên hệ đến những khía cạnh vô thức của người bệnh. Nói tóm lại, người trị liệu cần có sự hiểu biết tổng quát bản chất của những thôi thúc và tranh chấp trong phần nội tâm vô thức và cách thế suy nghĩ, cảm nhận và ứng xử trước mọi vấn đề của người bệnh. Giai đoạn này đặt tầm quan trọng vào *sự đối chất*. Chẳng hạn, người trị liệu phải đối chất trực tiếp với người bệnh nếu họ thường trễ hẹn. Sự trễ hẹn được xem như một hiện tượng chống đối.

Bước kế tiếp là *làm sáng tỏ*, tức là cố tìm hiểu lý do gì và tại sao có sự chống đối này. Nói cách khác, đối chất và làm sáng tỏ là những kỹ thuật thường được áp dụng trong giai đoạn đầu với mục đích tìm hiểu được những động lực vô thức nào đã dẫn đến các hành vi của người bệnh.

Người trị liệu cũng cần chú ý đến những *hiện tượng chuyển tâm*, nếu có, của người bệnh. Trong tiến trình trị liệu, hiện tượng chuyển tâm được xem như là một hình thức của ký ức, theo đó sự lặp lại những ý nghĩ và tình cảm này nói lên tầm quan trọng của những ký ức về những biến cố xưa cũ của người bệnh. Người trị liệu cần phân tích và làm sáng tỏ hiện tượng chuyển tâm để giúp cho người bệnh phân biệt được quá khứ và hiện tại, cái gì là thực tế và cái gì chỉ là sự tưởng tượng, và người bệnh cần biết được những ẩn ức sâu đậm hay ham muốn sôi động mà anh/cô ta đã có từ thời thơ ấu của tuổi trẻ.

Sau khi mọi động lực vô thức được làm sáng tỏ, người trị liệu bước sang giai đoạn *giải thích*. Giai đoạn giải thích có thể được lặp đi lặp lại nhiều lần và phải được thực hiện trong điều kiện thuận lợi và đúng thời điểm để bệnh nhân có thể sẵn sàng nghe và hiểu. Thời gian của giai đoạn giải thích có thể dài hay ngắn vì nó tùy thuộc vào sự thay đổi của người bệnh. Khi mà sự giải thích đã thay đổi được những triệu chứng tâm căn nơi người bệnh thì đó là lúc những cảm xúc của người bệnh bắt đầu được tẩy xóa, và theo đó người bệnh thấy được (xuyên qua khả năng nội thị, tức là tự mình bắt đầu thấy được) mối liên hệ giữa những hành vi trong hiện tại với những gì trong phần vô thức sâu kín của chính mình. Freud gọi giai đoạn này là thời gian *phối hợp hóa giải* để người bệnh tiến tới loại bỏ những triệu chứng tâm căn (nguyên nhân của các bất thường tâm lý) và phát triển những khía cạnh bình thường hơn cho nhân cách và cá tính của mình.

KỸ THUẬT LIỆU PHÁP NHẬN THỨC

Liệu pháp nhận thức bao gồm một loạt các kỹ thuật được sử dụng để thay thế và sửa đổi cách nhận thức và lòng tin sai lệch của người bệnh. **Aaron Beck**, tác giả của liệu pháp nhận thức, cho rằng mọi hành vi ứng xử của con người đều được dẫn dắt bởi ý nghĩ và lòng tin của họ. Nếu một người, vì một lý do nào đó, không có được khả năng tiếp nhận những thông tin đúng đắn và trung thực từ môi trường sống bên ngoài thì hậu quả là những ý nghĩ, cảm nhận, và hành vi của họ cũng sẽ bị nghiêng lệch và thiếu sót. Khi nhận thức của một người đã trở thành một hệ thống thành kiến thì mọi suy nghĩ của họ không thể có tính bao quát, thực tế, uyển chuyển và sắc bén mà ngược lại bao giờ cũng mang tính chất phân biệt, chọn lựa, cố định, phiến diện và cứng ngắc.

Trên phương diện tâm lý bệnh học, những suy nghĩ thành kiến đã được hệ thống hóa sẽ dẫn đến nhiều sự rối loạn trong đời sống tinh thần cho cá nhân. Chẳng hạn, chỉ một đôi lần hỏng việc hay mất mát cũng làm cá nhân tin rằng mình là kẻ xấu số, suốt đời sẽ luôn luôn bị thất bại và cá nhân sẽ mang mãi tâm trạng trầm cảm. Hoặc chỉ một lần suýt bị nguy hiểm cũng có thể khiến cho cá nhân bị một nỗi ám ảnh triền miên với những triệu chứng hoảng hốt và rối loạn lo âu.

Liệu pháp nhận thức nhấn mạnh đến sự tìm hiểu mối liên hệ giữa những rối loạn tâm lý của người bệnh và quá trình học hỏi và tiếp nhận, cũng như những biến cố bên ngoài đã làm ảnh hưởng đến nhận thức của họ. Liệu pháp nhận thức quan niệm rằng nhận thức của con người thường có khuynh hướng khác biệt nhau. Cùng một sự việc xảy ra vẫn có thể tạo ra những ý nghĩa khác nhau cho sự suy nghĩ của mỗi người. Do đó, muốn giúp cá nhân

thay đổi thì trước tiên cần phải hiểu rõ những khuôn mẫu nhận thức quen thuộc, nói cách khác là *nếp suy nghĩ* (schemas) của họ. Kế đến là đặt ra những vấn đề có căn bản thực tế để thách đố với những sự sai lạc và bệnh hoạn trong nếp suy nghĩ đó. Và mục đích cuối cùng là giúp cá nhân sửa đổi và tháo gỡ toàn bộ nếp suy nghĩ đầy thành kiến xưa cũ.

Liệu pháp nhận thức cũng chú ý đến công việc nhận dạng được các khuôn mẫu cảm xúc, ước mơ và tưởng tượng của cá nhân tương tự như việc làm của liệu pháp tâm lý sinh động. Nhưng khác với tâm lý sinh động, liệu pháp nhận thức chỉ chú ý đến những gì thuộc về ý thức hiện tại của cá nhân mà không chú ý đến những động lực tâm lý vô thức sâu kín đã hình thành từ quá khứ xa xưa của họ.

Điều quan trọng nhất là liệu pháp nhận thức phải được chuẩn bị bằng một chương trình làm việc kỹ lưỡng và chặt chẽ, nhưng ngắn hạn, thông thường chỉ từ 12 đến 16 buổi làm việc. Đồng thời người trị liệu phải đóng vai trò rất tích cực và chủ động trong tiến trình trị liệu.

Những ý niệm căn bản được Beck phát họa trong liệu pháp nhận thức bao gồm: *tính thực nghiệm trong hợp tác* (collaborative empiricism), *hướng dẫn khám phá* (guided discovery), *trắc nghiệm thực tế* (reality testing), và *chuyển đổi nhận thức* (cognitive shift).

Tính thực nghiệm trong hợp tác có nghĩa là trong tiến trình trị liệu, người trị liệu và đối tượng trị liệu phải hợp tác tích cực với nhau để cùng tiến tới mục tiêu đã được đề ra. Cả hai đều phải cùng nhau kiểm nghiệm, giải thích và trao đổi kinh nghiệm và nhận thức của mình. Đối tượng trị liệu phải hợp tác để thực hành những bài thực tập (homeworks) đề ra, và người trị liệu phải cho những phản ảnh (feedback) trung thực về mọi biến chuyển thực tế trong tình hình chữa trị.

Hướng dẫn khám phá có nghĩa là người trị liệu phải khích lệ và hướng dẫn đối tượng trị liệu biết sử dụng những nguồn tin tức đúng đắn và những sự kiện khách quan để so sánh với những thói quen cảm nhận và suy nghĩ bệnh hoạn, nghiêng lệch và thành kiến của mình. Hướng dẫn khám phá cần thực hiện với tính cách tán trợ chứ không thể với tính cách ép buộc thì mới làm người bệnh cảm thấy thoải mái trong nỗ lực thay đổi nhận thức của họ.

Trắc nghiệm thực tế có nghĩa là mọi vấn đề đều được đánh giá trên căn bản của những sự kiện có thật chứ không phải do tưởng tượng hay hư cấu. Cá nhân được khích lệ luôn luôn suy xét vấn đề trong tinh thần trung lập (neutral) và cân bằng (balance), tức là phải thoát ra ngoài cái tôi để nhìn vấn đề từ mọi khía cạnh và đánh giá nó vô tư. Những suy nghĩ và cảm nhận của cá nhân đều được đưa ra kiểm nghiệm và đánh giá để rút cuộc cá nhân thấy và so sánh được đâu là giả đâu là thật, đâu là chủ quan đâu là khách quan.

Chuyển đổi nhận thức là mục tiêu cuối cùng của liệu pháp nhận thức, có nghĩa là chuyển cái cung cách suy nghĩ và cảm nhận thiên lệch của cá nhân sang cung cách suy nghĩ có tính thực nghiệm và khách quan hơn. Sau quá trình trị liệu, mọi sự sửa đổi về nhận thức, tình cảm và hành vi có được của người bệnh sẽ được ghi chú và phải được cả hai bên đồng ý thừa nhận để đánh dấu những bước tiến bộ đã đạt được.

CÁC GIAI ĐOẠN TRONG TIẾN TRÌNH TRỊ LIỆU

Giai đoạn đầu là thời gian để phát triển mối quan hệ trị liệu với bệnh nhân. Người trị liệu trước tiên cần giới thiệu công việc mình đang đảm trách cùng các điều kiện và phương thức điều trị. Người trị liệu cần thăm hỏi sức khỏe và cảm tưởng ban đầu của bệnh nhân, ý kiến và sự trông đợi của người bệnh về những vấn đề của họ. Buổi gặp gỡ ban đầu là để thu lượm những tin tức về quá trình của bệnh, tiểu sử, điều kiện sinh sống hiện tại, đồng thời thăm dò thái độ và mong muốn của người trị liệu để kết luận và chẩn đoán bệnh. Kế đến là thiết lập thời biểu cho sự hợp tác.

Sau phần chẩn đoán là phần thiết lập bản kế hoạch điều trị với những mục tiêu cụ thể. Người trị liệu cần giải thích rõ những điều sau đây:

- Quan niệm của trường phái nhận thức về tâm bệnh;
- Sự liên hệ giữa những khuôn mẫu nhận thức lệch lạc và sai lầm với những hậu quả theo sau trong các hành vi;
- Giới thiệu các kỹ thuật trị liệu theo mô thức của liệu pháp nhận thức;
- Trả lời mọi khúc mắc, nếu có, của người bệnh;
- Đồng thời khuyến khích người bệnh cần có sự hợp tác đầy đủ trong tiến trình trị liệu.

Trong những buổi làm việc, người trị liệu luôn luôn đóng vai trò tích cực trong việc thu nhận tin tức, làm sáng tỏ những vấn đề của bệnh nhân, đặt ra những câu hỏi và giả thiết để hướng dẫn người bệnh suy nghĩ, huấn luyện các kỹ thuật giải quyết vấn đề và ra bài thực tập để người bệnh thực hiện tại nhà.

Beck đặt tên cho phương cách thảo luận trong liệu pháp nhận thức là đàm đạo kiểu Socrates (Socratic dialogue) (Socrates là

tên của nhà hiền triết Hy Lạp khoảng thế kỷ thứ IV trước Công Nguyên, ông thường dùng lối đặt những câu hỏi để đối phương rút cuộc nhận ra được sự hạn chế trong những hiểu biết của họ. Đàm đạo kiểu Socrates là phát họa ra một chuỗi bao gồm những câu hỏi với những mục đích như, giúp người bệnh thấy rõ những vấn đề khó khăn của họ, giúp họ nhận dạng được những sai lệch và hạn chế trong tư tưởng, tình cảm, phỏng đoán hay tưởng tượng của họ, và giúp họ tìm ra phương cách chuyển đổi nhận thức.

Những bài tập đặt ra cho người bệnh bao gồm những việc như, yêu cầu họ theo dõi và ghi nhận trên căn bản hằng ngày mọi diễn biến của những ý tưởng và tình cảm nổi lên tự động và bất chợt, và phản ứng của họ đối với những ý tưởng và tình cảm đó. Những bài tập kế tiếp là huấn luyện người bệnh làm ra một chương trình bao gồm những phương cách suy nghĩ trung lập và khách quan trong mọi sự việc, và những kỹ thuật thực hành để loại bỏ những ý tưởng và tình cảm nổi lên ngoài ước muốn.

Trong giai đoạn sau, những vấn đề phức tạp hơn liên quan đến triệu chứng bệnh và các khuôn mẫu suy nghĩ của người bệnh vẫn được tiếp tục thăm dò, kể cả những vấn đề không nằm trong ý thức nhận biết của cá nhân người bệnh. Những bài thực tập vẫn được tiếp tục để kiểm tra nỗ lực và mức độ thích ứng những vấn đề mới của người bệnh. Vai trò của người trị liệu trong giai đoạn này trở thành người tán trợ và cố vấn hơn là người chỉ dẫn, trong lúc đó thì người bệnh phải tích cực hơn trong vai trò chuyển đổi nhận thức để tiến tới những mục tiêu trị liệu đã đề ra.

Giai đoạn kết thúc điều trị là lúc mà người bệnh đã phát triển được những đặc tính tự chủ trong hành vi, nhận thức, và tình cảm của họ.

Thời gian điều trị cho phần lớn các trường hợp bệnh trầm

cảm là 4 đến 8 tuần lễ với 2 buổi làm việc trong một tuần, và những buổi làm việc sẽ thưa dần trong giai đoạn cuối. Theo liệu pháp nhận thức, người bệnh luôn luôn được cho biết ngay từ giai đoạn đầu là thời gian điều trị dài hay ngắn sẽ lệ thuộc hoàn toàn vào khả năng và nỗ lực của chính họ. Giai đoạn kết thúc này cũng cần thảo luận những vấn đề liên quan đến sự tái bệnh và những việc người bệnh cần phải tiếp tục làm để duy trì các chức năng sinh hoạt bình thường trong ý tưởng, tình cảm, và hành vi đã học hỏi được.

KỸ THUẬT LIỆU PHÁP NHÂN VỊ TRỌNG TÂM

Liệu pháp nhân vị trọng tâm (client- centered therapy), còn gọi là *liệu pháp hướng vào cá nhân*, hay là *liệu pháp thân chủ trọng tâm*, là một trong những phương thức trị liệu theo quan điểm *nhân văn* (humanistic). Liệu pháp nhân vị trọng tâm tin tưởng vào tính cách cá nhân (individuality) và khả năng phát triển và thay đổi có sẵn từ bản chất tự nhiên của mỗi con người, được Carl Rogers gọi là *khuyneh hướng tự thích ứng với hiện thực* (self- actualizing tendency).

Khuyneh hướng tự thích ứng với hiện thực của Rogers là một quan điểm khác với tính chất an bài và đặt định có sẵn từ bẩm sinh của mỗi cá nhân theo như quan niệm của liệu pháp tâm lý sinh động và liệu pháp hành vi.

Khuyneh hướng tự thích ứng với hiện thực là động lực hướng dẫn và thúc đẩy, hay nói khác là khả năng phát triển tự nhiên để làm cho chúng ta hiểu được chính mình, thích ứng với môi trường, biết thay đổi để luôn nâng cao cuộc sống.

Rogers quan niệm rằng *cái tôi* (the self) cần phải điều hòa

và ổn định như là một khối thống nhất, và nếu không thì nó sẽ không bình thường và hỗn loạn. Nói cách khác, khi những ý niệm về bản thân mình (self- concepts), hay còn gọi là *cái tôi lý tưởng* (ideal self) *không phù hợp* hay *trái nghịch* với những kinh nghiệm mà cá nhân đã trải qua trong thực tế, hay còn gọi là *cái tôi hiện thực* (real self), thì tâm lý của mình sẽ trở nên hỗn loạn, thiếu lành mạnh, dễ dẫn đến lo âu, buồn khổ, và tuyệt vọng. Do đó, mục tiêu của liệu pháp hướng vào cá nhân là làm giảm thiểu tình trạng không phù hợp và mất cân bằng giữa cái tôi lý tưởng và cái tôi hiện thực.

Trên phương diện thực hành, liệu pháp hướng vào cá nhân phải được thực hiện trên căn bản của *sự tin tưởng* giữa đôi bên, người bệnh và người trị liệu. Về phía người bệnh, sự tin tưởng bao gồm quyền được chọn lựa các kế hoạch và mục tiêu chữa trị, quyền sắp xếp các buổi gặp mặt, thời hạn điều trị, quyền quyết định nên hay không nên nói và thảo luận một vấn đề gì, kể cả quyền không nói gì cả, và quyền tự theo dõi và đánh giá những tiến bộ của mình trong tiến trình trị liệu để quyết định vẫn tiếp tục hay chấm dứt điều trị.

Về phía người trị liệu, sự tin tưởng được xây dựng trên khả năng hiểu biết và thái độ trong nghề nghiệp của họ. Khả năng hiểu biết trong nghề nghiệp, bao gồm sự quán triệt các lý thuyết chuyên môn và kinh nghiệm lâm sàng, sẽ khiến cho người trị liệu tự tin và hành động hiệu quả hơn trong việc điều trị.

Kỹ thuật của liệu pháp nhân vị trọng tâm không đòi hỏi người trị liệu phải chọn một lý thuyết tâm lý đặc thù nào để làm khung sườn cho kế hoạch điều trị, nhưng điều đó cũng không có nghĩa là người trị liệu không cần phải có sự hiểu biết tổng quát các lý thuyết và các phương thức điều trị tâm lý. Theo Rogers, người trị

liệu theo liệu pháp hướng vào cá nhân, dù không đóng vai trò tích cực trong mọi quyết định trong kế hoạch điều trị, nhưng ở mức độ lý tưởng nhất phải là một chuyên viên có nhiều kiến thức nghề nghiệp và một nhân cách thể hiện sự chân thật, sự thông cảm toàn bộ các vấn đề của người bệnh, sự quan tâm tích cực và vô điều kiện đối với những tình huống và điều kiện thực tế của người bệnh, không phê phán, không thành kiến, và luôn luôn tôn trọng nhân phẩm của người bệnh.

Rogers cho rằng cả hai yếu tố trên, khả năng nghề nghiệp và thái độ, tư chất cá nhân, của người trị liệu là điều kiện chính yếu làm cho người bệnh đặt niềm tin vào công việc điều trị, là điều kiện để người bệnh có những đáp ứng xây dựng và tích cực cho những mục tiêu điều trị đã được chính họ đề ra.

Tóm lại, ***những đặc tính nổi bật*** trong quan niệm và giá trị của liệu pháp nhân vị trọng tâm của Carl Rogers có thể được nêu ra như sau:

- Trọng tâm của liệu pháp nhân vị trọng tâm là tập trung chú ý vào thế giới hiện tượng, tức là giúp thân chủ nhận biết được những sự kiện thực tế trong hiện tại của mình. Rogers cho rằng cái thế giới được nhận thức qua kinh nghiệm cần phải phù hợp với quan niệm về cái tôi của bản thân. Nếu luôn luôn được như vậy thì cá nhân mới khỏi bị bối rối, lo lắng, đau buồn, thoát được mọi ức chế, xung khắc và tranh chấp bên trong và theo đó cá nhân sẽ thích ứng được tối đa với những điều kiện thực tại.
- Giúp thân chủ nhận chân được bản thân mình là một khối thống nhất, một trung tâm hành động trong bối cảnh của một thế giới liên tục biến chuyển, một thực thể độc lập luôn luôn có khuynh hướng và nỗ lực tự nhiên là thích

ứng với hiện thực, duy trì, và nâng cấp các nhu cầu, cả vật chất lẫn tinh thần, trong cuộc sống.

- Giúp thân chủ thấy rõ phần lớn những hành vi của một cá nhân đều phản ánh từ nhận thức và lòng tin phù hợp với những ý niệm về cái tôi của mình. Tuy nhiên, cũng có những hành vi của cá nhân không phản ánh đúng với nhận thức, lòng tin và giá trị của mình. Điều này thường xảy ra vì có những kinh nghiệm rút ra trong cuộc sống của cá nhân hoặc là được cá nhân tiếp nhận vì chúng có tương quan và phù hợp với cái tôi, hoặc là được cá nhân bỏ qua vì không được xem là có liên quan và lợi ích gì cho cái tôi, hoặc là có những kinh nghiệm được cá nhân tiếp nhận một cách vô thức.
- Trong mối quan hệ trị liệu, khả năng chuyên môn và thái độ chân thành của người trị liệu là những yếu tố tạo nên những điều kiện cần thiết và đầy đủ cho những thành quả trị liệu. Người trị liệu, dù không ở vai trò hoạch định và quyết đoán mọi sự việc cho người bệnh, nhưng bên cạnh sự hiểu biết và chân thành, thái độ luôn luôn sẵn sàng quan tâm và hỗ trợ là những khích lệ lớn cho sự thay đổi của người bệnh. Nói cách khác, người trị liệu trong liệu pháp nhân vị trọng tâm không giữ vai trò của một người thầy để hướng dẫn và huấn luyện cho bệnh nhân như liệu pháp nhận thức hay liệu pháp hành vi, nhưng là người luôn luôn biết lắng nghe và chia sẻ quan điểm một cách chân thật.
- Người trị liệu trong liệu pháp nhân vị trọng tâm đặc biệt không áp dụng nguyên tắc và kỹ thuật trị liệu chuyên biệt của bất cứ một trường phái nào và cũng không phân loại

đối tượng điều trị thành những thành phần có triệu chứng tâm căn, loạn thần, hay loại chỉ có vấn đề khó khăn trong các mối quan hệ; nói rõ hơn là không đưa ra một chẩn đoán nhất định cho những vấn đề đang có của đối tượng. Nói cách khác, theo quan niệm của liệu pháp hướng vào cá nhân, nếu những vấn đề hiện tại của người bệnh đã được giải quyết thì tự họ sẽ dần dần thích ứng và thay đổi, bất luận các triệu chứng họ đang có thuộc về loại gì và ở mức độ trầm trọng nào.

TỔNG KẾT

Có thể nói bệnh tâm thần, nhất là những trường hợp trầm trọng, là một trong những loại bệnh khó chữa nhất của con người. Những bệnh thuộc loại tâm căn (neurosis), tức là những loại bệnh được xem là có nguyên nhân xuất phát từ những yếu tố tâm lý tác động do ngoại cảnh, thường dễ có cơ hội phục hồi nếu được tiếp nhận đầy đủ sự điều trị. Trong khi đó, những bệnh thuộc loại loạn thần (psychosis), là những loại được phỏng đoán có nguyên nhân xuất phát từ những rối loạn sinh hoạt sinh lý có mầm mống ít nhiều từ tính chất bẩm sinh của não bộ, thường rất ít có sự phục hồi toàn diện và, trong nhiều trường hợp, bệnh có thể tiến đến giai đoạn tổn động, hay biến chứng, hoặc sự chữa trị chỉ làm cho thuyên giảm tới một mức độ nhất định nào đó mà thôi.

Y học ngày nay đã có rất nhiều tiến bộ trong việc điều trị hầu hết các loại bệnh tâm thần. Nhất là thuốc men đã chặn đứng, hay ít ra là giảm thiểu được các triệu chứng loạn thần và những hành vi điên loạn mà người xưa đã tin là do thần linh hay ma quỷ nhập

vào người bệnh. Tuy nhiên, do những khó khăn vẫn còn trong việc truy tìm tận gốc nguyên nhân phát sinh của một số bệnh mà vẫn có những ý kiến nói rằng cho dù khoa học trong tương lai sẽ có thể chữa được tất cả những căn bệnh của thể chất, nhưng vẫn chưa hẳn có thể sẽ chữa trị được hết thảy các loại bệnh tâm thần. Nói rõ hơn, giả thiết trong tương lai y học sẽ sử dụng kỹ thuật “tế bào gốc” để tái tạo những đặc tính di truyền thật lành mạnh cho cơ thể con người, thì cũng không chắc gì công việc tái tạo này sẽ có thể cải biến được bản chất tâm lý cố hữu của con người là luôn luôn ham muốn, tham vọng, sân hận, đố kỵ, tranh giành, nghiện ngập, và nhiều tập quán xấu khác... Đó là những yếu tố tâm lý luôn luôn mang mầm mống phát sinh ra những bất thường và rối loạn cho đời sống của mỗi cá nhân và cho các mối quan hệ giữa người với người trong xã hội nói chung mà các phương tiện khoa học như phẫu thuật, thuốc men thường không giúp ích gì mấy, và trong khi đó, ngoài việc áp dụng các kỹ thuật tâm lý trị liệu như hiện nay, khó có phương pháp điều trị nào khác có thể mang lại những kết quả tích cực cho con người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smith, M. L. , Glass, G. V. , & Miller, T. F (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD. Johns Hopkins University Press.
2. Rosenthal, R (1983). *Assessing the statistical and social importance of the effects of psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 4- 13.
3. Luborsky, L. , et al (1971). *Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research*. *Psychological Bulletin*, 75, 145- 185.
4. Garfield, S. L (1990). *Issues and methods in psychotherapy process research*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 272- 280.
5. Luborsky, L. , et al (1980). *Predicting the outcome of psychotherapy*. Findings on the Penn Psychotherapy Project. Archives.
6. Sue, S (1988). *Psychotherapeutic services for ethnic minorities*. Two decades of research

findings. *American Psychologist*, 43, 301- 308.

7. Howard, K. I, Kopta, S. M. , Krause, M. S. , & Orlinsky, D. E (1986). *The close- effect relationship in psychotherapy*. *American Psychologist*, 41, 159- 164.
8. Ray, J. M & Walter, G. (1997). Half a century of ECT use in young people. *Amer. J. Psychiat.* , 154 (5). 595- 602.
9. Labbe, E E (1995). Treatment of childhood migraine with autogenic training and skin temperature biofeedback: A component analysis. *Headache*, 35 (8), 831- 833.
10. Newton, J. T. Q, Spencer, S. H. , & Schotte, D (1995). *Cognitive- behavioral therapy vs EMG biofeedback in the treatment of low back pain*. *Behav. Res. Therapy*. 33 (6) 691- 697.
11. Blanskard, E B. , et al (1982). Biofeedback and relaxation training with 3 kinds of headache: Treatment effects and their predictions. *Journal Cons. Clin. Psychol*, 50 (4) 562- 575.
12. Hales, R. E, Yudofsky, S. C. , & Talbot, T. A (1994). *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* (2nd ed). Washington, DC: Am. Psych. Press.
13. Orne, M. T. , & Dinges, D. F (1989). *Hypnosis*. In H. I Kaplan & B. I Saddock (eds) *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
14. Pettinetti, H. M. , Kogan, L. G. , Evans, F. J. , & Staats, J. M (1990). *Hypnotizability of psychiatric in- patients according to two different scales*. *Amer. Jour. Of Psychiatry*, 147, 69- 75.
15. Corsini, R. J. , & Rosenberg, B (1955). *Mechanisms of group psychotherapy*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 406- 411



CHƯƠNG 6

**BỆNH
TÂM THẦN
PHÂN LIỆT**

Schizophrenia

KHÁI NIỆM

Tâm thần phân liệt là một hình thức rối loạn não bộ, biểu hiện qua những tính cách bất bình thường của các chức năng thuộc về ý tưởng, nhận thức, và hành vi của người bệnh. Đặc tính tiêu biểu và nổi bật của bệnh tâm thần phân liệt là trạng thái rối loạn trong tư tưởng (disorders of thought), chứ không phải là sự rối loạn khí sắc (disorders of mood) như trong các bệnh trầm cảm và hưng cảm, mặc dù khí sắc của người bệnh tâm thần phân liệt cũng hay thay đổi bất thường.

Sự rối loạn trong tư tưởng, hay nói cách khác là *sự loạn thần* (psychosis) của bệnh tâm thần phân liệt gồm có hai triệu chứng chính: *tính ảo giác* (hallucination), tức là cảm nhận như có sự hiện diện của một vật thể bên ngoài nào đó nhưng thực tế là không có; ví dụ người bệnh nghe một người nào đó đang nói chuyện với mình, hay thấy một người đang tiến đến hay đứng trước mặt mình, v. v... Và *tính hoang tưởng* (delusion), tức là luôn giữ lòng tin sai lạc, nghịch lại với thực tế khách quan; ví dụ người

bệnh tin rằng một người nào đó đang theo dõi để tìm cách ám hại mình, hay ông bác sĩ đã bỏ con chip trong đầu mình để phát hiện ý nghĩ riêng tư của mình, hay người bệnh nghĩ rằng mình đang là một thiên thần, một người có phép thần thông, hay có tài năng xuất chúng, v.v...

Tùy từng trường hợp bệnh, hai triệu chứng ảo giác và hoang tưởng thường khởi phát cùng một lần với nhau, hoặc là cái này có thể có trước cái kia, hoặc chỉ có một trong hai triệu chứng đó khởi phát.

Tâm thần phân liệt là căn bệnh đã có từ xa xưa trong lịch sử. Người xưa cho rằng đây là bệnh do ma vương quỷ ám và thường gọi nó bằng cái từ chung chung là *bệnh điên* (madness). Cho đến đầu thế kỷ 19, một số chuyên viên tâm thần người Anh và Pháp đã nghiên cứu và ghi chép lại những chi tiết liên quan đến bệnh tình quan sát được nơi một số bệnh nhân tâm thần. Sau đó, năm 1852, chuyên gia người Pháp **Benedict Morel** đã đem những triệu chứng bệnh của một thiếu niên ra làm thí dụ điển hình và đặt tên cho căn bệnh tâm thần này là *démence précoce* (chứng mất trí sớm). Vài thập niên sau đó, bác sĩ **Emil Kraepelin**, người Đức, bổ sung thêm chi tiết về triệu chứng và các tiểu loại của căn bệnh, và gọi nó theo từ ngữ Latin là *demencia praecox*.

Đến đầu thế kỷ 20, bác sĩ **Eugen Bleuler**, người Thụy Sĩ, đã đổi tên bệnh bằng một cụm từ có gốc tiếng Hy Lạp là *schizophrenia* để phù hợp với các đặc tính của các triệu chứng của nó. Bleuler nêu rõ 3 đặc tính của căn bệnh là: (1) sự đứt đoạn, xáo trộn của tiến trình suy tưởng, (2) sự cách biệt, không tác động lên nhau giữa ý nghĩ và cảm xúc, (3) sự tách rời khỏi, hay là không nhận thức được thực tại.

Tâm thần phân liệt là căn bệnh không phân biệt nam nữ và

chủng tộc. Theo phỏng đoán của các giới y tế trên thế giới, khoảng 1% dân số trên thế giới có những triệu chứng loạn thần phù hợp với tiêu chuẩn định bệnh của cuốn *sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần (DSM)* của Hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ (APA) [1]. Thống kê năm trong 1990 tại Hoa Kỳ cũng cho biết có chừng 2 triệu người, tức là khoảng 1% dân số Mỹ đang được điều trị bệnh tâm thần phân liệt hoặc một số các triệu chứng loạn thần tương tự [2].

TRIỆU CHỨNG

Thông thường, bệnh tâm thần phân liệt có ba loại triệu chứng đặc trưng sau đây:

CÁC TRIỆU CHỨNG DƯƠNG TÍNH

Bao gồm các triệu chứng hoang tưởng, sự hỗn loạn trong lời nói và ý nghĩ, sự sai lạc trong chức năng của cảm giác (tính ảo giác), và tính chất không phù hợp trong những cảm xúc.

- **Tính hoang tưởng:** Người bệnh thường tin vào những những vật hay sự việc không có hoặc không thể xảy ra trong hiện thực. Đây là triệu chứng rất nổi bật của bệnh tâm thần phân liệt.

Có rất nhiều loại hoang tưởng khác nhau ghi nhận được từ các nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt. Phổ biến nhất là các loại: *Hoang tưởng bị bách hại* (delusion of persecution), người bệnh tin rằng mình đang bị ngược đãi, hoặc bị rình rập, theo dõi, hoặc sẽ bị tấn công, bị bỏ thuốc độc vào thức ăn hay bị giết chết bởi một đối tượng nào đó, và đối tượng đó có thể là hữu hình

hoặc vô hình; ví dụ tin rằng ông A trong khu phố đang rình rập theo dõi để ám hại mình, hoặc tin rằng một con ma đang lẩn quất quanh mình để phá rối cuộc sống của mình. **Hoang tưởng tham chiếu** (delusion of reference), người bệnh tin rằng những sự việc, biến cố, những con người đặc biệt nào đó thường có liên hệ với nhau; ví dụ tin rằng nhân vật X trong cuốn phim Titanic nổi tiếng chính là mình. **Hoang tưởng trương phồng** (delusion of grandeur), người bệnh tin rằng mình là một thiên tài, thánh thần, hay một người đặc biệt trong thiên hạ; ví dụ tin rằng mình đang làm lãnh tụ của cả thế giới. **Hoang tưởng kiểm chế** (delusion of control), người bệnh tin rằng tình cảm, tư tưởng, sức mạnh, và mọi ước muốn của mình đều do một lực vô hình nào đó kiểm soát và điều khiển; ví dụ tin rằng con quỷ Satan đã lấy hết sức mạnh của mình.

- **Tính hỗn loạn trong suy tưởng và lời nói:** Thể hiện trong các hình thức như **tính thiếu phối hợp** (loosening of associations), người bệnh thường nói lan man nhiều ý tưởng khác nhau, không tập trung vào nội dung chính của đề tài. **Tính chệch hướng** (derailment), người bệnh thay đổi đề tài từ chuyện này qua chuyện khác hoàn toàn không có liên hệ gì nhau nhưng vẫn tưởng là chúng có liên hệ. **Tính trước sau không nhất quán** (incoherence), ý nghĩa và lập luận trong phát biểu của người bệnh không có sự thống nhất và phù hợp giữa đầu và cuối. **Tính nói huyền thuyên** (circumstantiality), phát biểu của người bệnh mặc dù có chủ đích nhưng miên man, vừa nhiều chi tiết vừa mang tính trì hoãn, tưởng như không bao giờ dứt. **Tính nói quanh** (tangentiality), người bệnh chỉ nói lanh quanh, me mé chứ không có khả năng tập trung trí óc để nói đúng vào trọng tâm của đề tài.

- **Tính ảo giác:** Người bệnh cảm nhận sự hiện hữu của một vật

hay một sự việc gì đó mà thực tế là không có. Tính ảo giác là biểu hiện của tình trạng hỗn loạn về tri giác (nhận biết).

Phổ biến nhất trong triệu chứng này là **ảo giác thính giác** (auditory hallucination), nghe như có âm thanh, tiếng nói của ai đó dai dẳng và lặp đi lặp lại trong tai, trong óc mình. Ở đây cần phân biệt rõ ràng sự khác nhau giữa âm thanh mà người bị bệnh tâm thần phân liệt trải nghiệm được và cái cảm giác về âm thanh do sự nhớ lại (recollection) hay do dòng suy tưởng (associative thinking) của người bình thường. Ví dụ người bệnh nghe tiếng con khóc suốt ngày đêm trong tai mình khiến họ ảo tưởng rằng mình đang có đứa con cần phải chăm sóc, hoặc nghe tiếng đe dọa không ngừng của con quỷ Satan bắt người bệnh phải nhịn ăn để khỏi bị nó đánh đập. Nhưng nếu một người nhạc sĩ đang cảm nhận và suy tưởng về những âm thanh của nốt nhạc đang vọng lên trong tai mình để viết nên một bài hát, hay một người cứ nhớ mãi tiếng kêu la thảm thiết của một cảnh loạn ly trong một phim chiến tranh vừa mới xem xong thì đó chỉ là những cảm giác ám ảnh trong khoảnh khắc bình thường của con người mà thôi.

Thứ đến là **ảo giác xúc giác** (tactile hallucination), người bệnh thường cảm thấy như đang bị rờ mó, mơn trớn, hoặc phỏng rát, ngứa ngáy trên da thịt. **Ảo giác đau đớn** (somatic hallucination), người bệnh luôn có cảm tưởng cơ thể bị đau đớn, hoặc các cơ phận trong thân thể đang dời chỗ, hoặc đang có vật gì chuyển động trong đó. **Ảo giác thị giác** (visual hallucination), triệu chứng này bao gồm nhiều mức độ khác nhau, từ những nhận thức lơ mơ về các hình ảnh, màu sắc đến tình trạng thấy những đối tượng mà thực tế không có trong ngoại cảnh. Cần phân biệt bệnh ảo giác thị giác ở đây với trạng thái ảo giác thường tình (optical illusion) mà bất cứ ai cũng có thể phạm phải khi nhìn một đối tượng ở xa

hoặc bị phản chiếu bởi ánh sáng. Ví dụ, soi gương thấy mình cao hơn bình thường khi mặc bộ áo quần có sọc dọc, hay nhìn từ xa thấy mặt đất và chân trời chạm vào nhau. Ngoài ra, còn có **ảo giác khứu giác** (olfactory hallucination) và **ảo giác vị giác** (gustatory hallucination), người bệnh luôn cảm thấy có những mùi vị đặc biệt nào đó mà thực tế là không có.

- **Tính không phù hợp của cảm xúc:** Một số người bị bệnh tâm thần phân liệt thường biểu lộ cảm xúc của họ trái ngược với tình huống đang diễn biến trong hiện thực. Ví dụ đang gặp chuyện đau khổ nhưng lại cười sảng sặc, đang kể một chuyện vui nhưng lại mếu máo, khóc lóc; hoặc đột nhiên nổi lên phẫn nộ, tức giận, và hung dữ trong khi đang trò chuyện vui vẻ với người khác.

CÁC TRIỆU CHỨNG ÂM TÍNH

Bao gồm các triệu chứng của tính nông cạn trong phát biểu, tính cùn mòn và nghèo nàn trong cảm xúc, tính bất lực trong quyết đoán, và tính hư hỏng trong khả năng giao tiếp.

- **Tính nông cạn trong lời nói:** Người bệnh tâm thần phân liệt thường ít nói, ít trả lời và lời nói thường bị hụt hẫng, ngưng đọng và nội dung thì rất nông cạn, đôi khi là vô nghĩa. Lời nói thường không đi vào trọng tâm, từ ngữ rời rạc, không hàm chứa đầy đủ ý nghĩa. Triệu chứng này được gọi là **sự ngưng trệ lời nói** (alogia).

- **Tính cùn mòn trong cảm xúc:** Cảm xúc biểu lộ ra bên ngoài không thể hiện đúng mức và phù hợp với tâm trạng đang có bên trong. Nét mặt không có sự linh hoạt, mắt lơ đãng, thiếu tiếp xúc, và tiếng nói đều đều, không có sinh khí. Tình trạng thờ ơ, mất hết những cảm xúc thích thú và quan tâm với mọi việc đang xảy ra chung quanh của người bệnh được gọi là **tính mất cảm khoái** (anhedonia).

- **Tính thiếu quyết đoán:** Đây là triệu chứng thông thường của những cá nhân đã bị bệnh lâu năm. Vì không đủ năng lực tập trung tinh thần và khuynh hướng muốn xa lánh, không quan tâm vào mọi sinh hoạt hằng ngày, cộng với khả năng suy nghĩ và sáng kiến bị cùn mòn nên người bệnh luôn luôn có tâm trạng bối rối và lưỡng lự trước những vấn đề cần có sự lựa chọn dứt khoát cho mình.

- **Tính xa lánh xã hội:** Người bệnh thường bị bận rộn với những ý tưởng hoặc tiếng nghe riêng trong đầu nên vì thế thường không quan tâm với những gì đang xảy ra chung quanh đời sống hằng ngày của họ. Càng thiếu quan tâm và thiếu tiếp xúc với mọi người càng làm cho kỹ năng giao tiếp mỗi ngày một kém cỏi hơn khiến người bệnh trở nên lãnh đạm, không còn xúc cảm với những thay đổi buồn vui trong cuộc sống, và kết quả là muốn ẩn náu trong chốn riêng tư.

CÁC TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN VẬN ĐỘNG

Tâm thần vận động (psychomotor) được tâm bệnh học giải thích là những tác động có sự liên đới và gắn bó qua lại của hai bộ phận tâm lý và thân xác trong một cơ thể. Nói đơn giản hơn, một hành động bất bình thường biểu hiện ra bên ngoài tất nhiên phải có xuất xứ từ một ý nghĩ hay một cảm xúc bất bình thường đang có bên trong.

Một số bệnh nhân tâm thần phân liệt bị *triệu chứng trương căng* (catatonia), còn gọi là *trương lực*. Trương căng là những hình thức thể hiện quá đáng của điệu bộ và cử chỉ do bị tác động của những cảm nghĩ căng thẳng đang có bên trong, do đó mất hẳn tính tự phát và tự nhiên. Triệu chứng trương căng làm người bệnh có

những cử chỉ lặp đi lặp lại, hoặc bất động, hoặc đồ ra; chẳng hạn như tứ chi chuyển động liên tục, nhắm mắt, đứng hay nằm im như pho tượng hàng giờ, v. v. .

Các loại trương căng thường thấy như: **Trương căng đồ dẫn** (catatonic stupor) (người bệnh thường ở tư thái yên lặng, không phản ứng, không chuyển động và cảm nín trước mọi kích động từ bên ngoài). **Trương căng cứng ngắt** (catatonic rigidity) (bộ điều lúc nào cũng cứng nhắc, thiếu uyển chuyển; chẳng hạn, nếu xoay đầu người bệnh qua một bên là họ cứ giữ mãi vị thế như vậy rất lâu). **Trương căng điệu bộ** (catatonic posturing) (dáng điệu thường kỳ cục, thiếu tự nhiên; chẳng hạn, dang tay đứng yên giữa đường lộ hàng giờ). Ngược lại, một số bệnh nhân khác lại có triệu chứng **mềm nhão dễ uốn** (waxy flexibility) (người có triệu chứng này có điệu bộ rất mềm mại và thân hình hoàn toàn chiều theo ý muốn điều khiển của người khác).

Phần lớn những triệu chứng thuộc về tâm thần vận động thường chỉ xảy ra sau một thời gian người bệnh đã trải qua các triệu chứng dương hoặc âm tính của bệnh tâm thần phân liệt.

CHẨN ĐOÁN

QUÁ TRÌNH BỆNH

Bệnh tâm thần phân liệt thường phát khởi phổ biến trong khoảng thời gian từ 17 đến 35 tuổi. Vẫn có những trường hợp bệnh xảy ra ở các lứa tuổi sớm hơn hay là muộn hơn so với dãy tuổi này, nhưng số lượng được ghi nhận là ít phổ biến. Quá trình diễn biến của bệnh thường thay đổi theo từng trường hợp, tuy nhiên thông thường bệnh nhân phải trải qua ba giai đoạn: *giai đoạn tiền bệnh*, *giai đoạn toàn phát*, và *giai đoạn biến chứng* hay *di chứng*. Thời hạn của mỗi giai đoạn có thể dài ngắn khác nhau - vài ngày, vài tháng, hay vài năm - tùy theo những điều kiện và đặc tính riêng biệt của mỗi người bệnh.

- **Giai đoạn tiền bệnh** là giai đoạn chưa có những biểu hiện rõ rệt các triệu chứng dương tính như hoang tưởng và ảo giác, nhưng vẫn có những dấu hiệu tiềm ẩn và có thể lộ ra trên nhiều phương diện như, tính tình bất thường, có khi nóng giận, cộc cằn, và có khi buồn bã, âu sầu. Người bệnh đôi khi có những ý tưởng lạ lùng, kỳ cục, hoặc làm những

việc không bình thường và không thích hợp với tình hình thực tế. Giai đoạn tiền bệnh đôi khi khó phát hiện được, nhất là đối với một số bệnh nhân biết đè nén hoặc hóa giải được một số cảm xúc và hành vi không bình thường của mình qua quá trình được sự uốn nắn của giáo dục gia đình và văn hóa xã hội.

- **Giai đoạn toàn phát** là thời kỳ xuất hiện và hoành hành của những triệu chứng hoặc dương tính hoặc âm tính, hoặc cả hai trong cùng một lúc. Trong một số trường hợp, giai đoạn toàn phát khởi sự bùng phát vào lúc cá nhân đang gặp phải một tình huống căng thẳng, hay một sức ép nào đó. Sự căng thẳng và hỗn loạn tinh thần vì một biến cố ngoại tại đã tạo cơ hội cho các triệu chứng đang tiềm ẩn bên trong phát khởi, như một cơn mưa khiến một hạt mầm có cơ hội đâm chồi nảy lộc. Nói cách khác, biến cố bên ngoài chỉ là nguyên nhân phụ thêm, nguyên nhân chính của bệnh tâm thần phân liệt xuất xứ từ những mầm mống đã có sẵn từ bên trong cơ thể của người bệnh, do di truyền hay bẩm sinh (sẽ nói thêm trong phần nguyên nhân của bệnh).
- **Giai đoạn biến chứng hay di chứng** là lúc các triệu chứng cấp tính trong giai đoạn toàn phát bắt đầu lắng dịu và bệnh nhân trở lại trạng thái ban đầu của thời kỳ tiền bệnh, có nghĩa là những triệu chứng dương tính như hoang tưởng, ảo giác đã chìm lắng hay biến mất, nhưng những triệu chứng âm tính của người bệnh vẫn còn tồn tại, như cảm xúc cùn mòn, ý tưởng diễn đạt đứt quãng, tránh né giao tiếp, v.v...

Ngoại trừ những bệnh nhân thật sự hồi phục (khoảng 25% theo thống kê), còn lại đa số có thể tiến đến giai đoạn di chứng (residual). Tùy theo từng cá nhân, giai đoạn di chứng có thể kéo dài vài tháng hay vài năm rồi giai đoạn toàn phát lại tái xuất hiện để hoành hành người bệnh. Đối với một số bệnh nhân tâm thần phân liệt, tình trạng tái đi tái lại như thế có thể cứ phải diễn biến suốt đời, nhất là đối với những bệnh nhân không được sự chăm sóc chữa trị chu đáo, hoặc nằm trong những hoàn cảnh phải đương đầu với những tình huống khó khăn khiến tinh thần luôn bị xáo trộn và căng thẳng quá độ [3].

TIỀN LƯỢNG BỆNH

Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy có thể căn cứ vào một số yếu tố sau đây để phỏng đoán và tiên liệu tình trạng bệnh lý của người bệnh tâm thần phân liệt:

Những tiên lượng tốt

Những ghi nhận cho biết hầu hết bệnh nhân tâm thần phân liệt nào được hoàn toàn hồi phục đều có ít nhiều những đặc tính chung, tương tự nhau như: *bệnh chỉ khởi phát khi cá nhân đã lớn tuổi* (thường trên 40). Bệnh khởi phát đột nhiên, không có triệu chứng gì báo trước, hoặc bệnh khởi phát sau một sức ép nào đó từ ngoại cảnh (ví dụ cá nhân bị thất bại, thua lỗ, mất mát, hoặc thất tình). Trước khi bệnh khởi phát, cá nhân đã không có quá trình có những dấu hiệu gì bất thường trong mọi sinh hoạt hằng ngày (ví dụ cá nhân vẫn cảm thấy hạnh phúc, vui vẻ trong giao tế, làm việc, học hành tốt, ăn ngủ đều đặn và bình thường).

Trong quá trình bệnh, cá nhân chỉ biểu hiện những triệu

chứng dương tính nổi bật như ảo giác và hoang tưởng mà *không có những triệu chứng âm tính*. Đặc biệt, cá nhân đã thích ứng rất tốt với thuốc chữa và đang thích ứng với điều kiện và hoàn cảnh sống hiện tại của mình. Cá nhân có khả năng tự mình làm được những công việc riêng cho mình hàng ngày. Và điều thuận lợi sau cùng là cá nhân là người đang sống chung với người phối ngẫu hay dưới sự hỗ trợ tích cực của thân nhân.

Những tiên lượng xấu

Bệnh tâm thần phân liệt thường khó lành hẳn đối với những cá nhân có một vài hoặc tất cả những đặc tính như: (a) bệnh phát ra quá sớm đối với tuổi đời. (b) các triệu chứng đã có sự âm ỉ, tiềm tàng và khi phát khởi thường không phải do một sức ép nào từ bên ngoài. (c) ngay từ nhỏ cá nhân đã tỏ ra có những hành vi, cử chỉ bốc đồng, nóng nảy, hay đồ ẩu, thiếu linh hoạt và vụng về. (d) các nghiên cứu cho thấy một số bệnh nhân tâm thần phân liệt vào lúc được sinh ra thường nằm trong các trường hợp khó khăn. (e) gia đình có “gene” bệnh tâm thần phân liệt. (f) sự khởi phát của bệnh thường *bắt đầu bằng những triệu chứng âm tính* (cảm xúc khô cạn, nội dung nghèo nàn, hụt hẫng trong lời nói, thiếu tính quyết đoán, xa lánh tiếp xúc), cộng thêm thái độ lúc nào cũng có vẻ thù địch (hostility) (tư thái rất hậm hực như muốn tấn công ai).

Có những suy đoán cho rằng đa số bệnh nhân tâm thần phân liệt là người thuộc chủng tộc da đen, hoặc những người có mức sống thấp, hoặc là những người thuộc nam giới. Điều này hoàn toàn không đúng với các kiểm tra đã có. Như đã đề cập ở trên, nhiều cuộc kiểm tra gần đây cho thấy bệnh tâm thần phân liệt rải đều trên mọi chủng tộc, trên mọi quốc gia, trên mọi tầng lớp, giai cấp và trên cả nam lẫn nữ.

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2000 thì không có sự khác nhau đáng kể về số lượng người bị bệnh tâm thần phân liệt nói chung giữa các quốc gia đã phát triển và các quốc gia đang phát triển. Tuy nhiên, theo dõi các bản thống kê trong 5 năm liên tục, người ta cũng ghi nhận được một số khác biệt về tính chất và quá trình bệnh của những bệnh nhân tâm thần phân liệt trong các quốc gia này. Chẳng hạn, đa số người bệnh ở các nước thuộc thế giới thứ ba (các quốc gia đang phát triển) mặc dù các triệu chứng bệnh rất trầm trọng và tái đi tái lại nhiều lần trong giai đoạn tích cực nhưng con số bệnh nhân hồi phục lại thường ở mức cao. Nói rõ hơn, trong khi có 65% bệnh nhân tâm thần phân liệt trong các quốc gia đã phát triển không bao giờ được hoàn toàn bình phục thì con số này chỉ có 39% tại các nước đang phát triển [4 & 5].

CÁC LOẠI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT CHÍNH

Sách DSM ấn định những tiêu chuẩn chẩn đoán cho bệnh tâm thần phân liệt như sau:

- Các triệu chứng bệnh phải kéo dài ít nhất là 6 tháng và phải có ít nhất 2 triệu chứng chính kéo dài đến 1 tháng trong giai đoạn toàn phát của bệnh. Những triệu chứng chính bao gồm cả hai loại dương tính và âm tính như: hoang tưởng, ảo giác, rối loạn tư duy và lời nói, cảm xúc cùn mòn, chức năng tâm thần vận động bị bất thường, v. v... Thêm vào đó, các chức năng sinh hoạt bình thường trong mọi công việc, học hành, giao tiếp... của cá nhân phải có sự giảm sút, tụt hậu rõ rệt trong thời gian khởi phát của các triệu chứng nêu trên.

Sách DSM chia bệnh tâm thần phân liệt thành 5 loại chính:

- **Loại hỗn loạn (Disorganized type):** Loại này trước đây thường được gọi là *Hebephrenic*. Đây là dạng tâm thần phân liệt bao gồm những triệu chứng hỗn loạn thể hiện trong các

hành vi, lời nói, và cảm xúc. Bệnh nhân thuộc loại này thường tỏ ra lú lẫn, thiếu sắp xếp, vụng về trong công việc, lời nói thiếu thốn không diễn tả được ý nghĩa, nét mặt thờ ơ, không biểu hiện sự linh hoạt, thường nhăn mặt, nụ cười thường khúc khích như bị đè nén trong cổ họng, có khi phá ra cười sằng sặc mà không vì một lý do gì cả. Bệnh nhân tâm thần phân liệt loại hỗn loạn thường sinh hoạt như đang trở lại thời kỳ trẻ con của mình. Bệnh nhân mất khả năng tự chăm sóc cho mình, không duy trì được sự quan hệ và giao tiếp hằng ngày một cách bình thường.

- **Loại trương căng (Catatonic type):** Như đã trình bày, đây là tính chất *trương căng của lãnh vực tâm thần vận động*. Bệnh nhân tâm thần phân liệt loại trương căng thường có những dạng khác nhau, thể hiện qua các *tính cảm nín* (mutism), *tính cứng ngắt* (rigidity), *tính bất động* (immobility), *tính quá thụ động* (extreme negativism), hoặc là *tính mềm nhão dễ uốn* (waxy flexibility). Những triệu chứng trương căng khiến một số bệnh nhân loại này hoặc là cảm nín hoàn toàn, hoặc đôi khi ở trong tư thế đứng, nằm, ngồi bất động như một pho tượng hàng giờ, hoặc chạy ra giữa đường đứng vẩy tay liên tục như đang kêu gọi ai.
- **Loại paranoid (Paranoid type):** Những triệu chứng nổi bật của loại này là *chứng ảo giác thính giác* (bệnh nhân bị bện rộn bởi tiếng nói phát xuất từ trong tai, chẳng hạn nghe tiếng nguyên rủa, hoặc nghe lời thúc giục bắt mình phải làm một điều gì đó...), triệu chứng ảo giác trong nhiều trường hợp có thể phối hợp với chứng hoang tưởng (bệnh nhân bện rộn với ý nghĩ, chẳng hạn có ý nghĩ người ta

đang ca ngợi mình hoặc đang tìm cách ám hại mình...).

Thông thường bệnh nhân loại paranoid không bị những triệu chứng như lú lẫn, thiếu sắp xếp trong tư tưởng và lời nói, không bị chứng trương căng trong hành vi, và không bị các triệu chứng âm tính như sự cùn mòn cảm xúc, hoặc nếu có thì cũng chỉ là những triệu chứng thứ yếu mà thôi.

- **Loại không phân biệt (Undifferentiated type):** Loại này dùng để chẩn đoán cho những bệnh nhân có những triệu chứng tổng quát của loạn thần, nhưng *không có triệu chứng nào nổi bật* của dương tính hoặc âm tính, và không thể xác định để liệt vào một loại nào được.
- **Loại di căn (Residual type):** Di căn là một hình thức biến chứng của bệnh tâm thần phân liệt. Bệnh nhân loại di căn là người đã trải qua những triệu chứng loạn thần trong thời kỳ tích cực của bệnh và nay đang ở trong tình trạng ổn định, nhưng vẫn còn một số những triệu chứng, hoặc âm tính như cảm xúc cùn mòn, phát biểu nghèo nàn, thiếu quyết đoán, hoặc những triệu chứng dương tính thể hiện qua những ý tưởng lạ lùng, cử chỉ kỳ cục, lập dị.

CÁC BỆNH CÓ DẠNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Ngoài 5 loại chính của bệnh tâm thần phân liệt, sách **DSM và ICD** còn liệt kê một số các hình thức tương tự của bệnh tâm thần phân liệt như sau:

Bệnh loạn tâm thần dạng phân liệt (Schizophreniform disorder):

Đây cũng là một loại bệnh tâm thần phân liệt nhưng ở dạng nhẹ. Thông thường bệnh được hồi phục trước thời hạn 6 tháng. Bệnh nhân cũng trải qua một số những triệu chứng dương tính và âm tính tương tự như bệnh nhân tâm thần phân liệt, nhưng chỉ khác nhau là những triệu chứng này thường chỉ xảy ra trong vòng một tháng và không bao giờ kéo dài quá sáu tháng, và không có sự xuống dốc đáng kể của các khả năng hành xử bình thường trong công việc hằng ngày. Bệnh loạn thần dạng phân liệt khi đã hồi phục được thì không tái lại như các loại bệnh tâm thần phân liệt chính đã liệt kê ở trên.

Bệnh loạn tâm thần dạng rối loạn khí sắc (Schizoaffective disorder):

Những triệu chứng của bệnh này biểu hiện một sự tổng hợp đầy đủ các đặc tính của cả hai loại bệnh: **rối loạn khí sắc** (mood disorder) (bệnh nhân trải qua những thời kỳ chuyển biến lên xuống giữa các triệu chứng của trầm cảm và hưng cảm, hoặc cùng lúc cả hai triệu chứng pha trộn lẫn nhau), và **bệnh loạn thần** (psychosis) (với những triệu chứng như hoang tưởng, ảo giác đang khởi phát trong giai đoạn tích cực của bệnh). Nhưng để có sự chẩn đoán chính xác căn bệnh này, phải xác định rằng có một thời kỳ từ **hai tuần trở lên** bệnh nhân thật sự chỉ biểu hiện những triệu chứng loạn thần hoành hành mà hoàn toàn không có triệu chứng rối loạn khí sắc nào cả.

Tóm lại, có 3 trường hợp sau đây cần phải phân biệt để sự chẩn đoán khỏi bị lầm lẫn:

- Thứ nhất, đối với **bệnh loạn tâm thần dạng rối loạn khí sắc** thì dù cho các triệu chứng loạn thần luôn luôn trong tình trạng nổi bật và chính yếu, nhưng các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm của bệnh rối loạn khí sắc, dù có lúc biến mất trong vài tuần lễ, vẫn là một phần chính yếu và dai dẳng trong suốt quá trình bệnh.
- Thứ hai, đối với các loại **bệnh tâm thần phân liệt chính** thì những triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm hầu như không có, hoặc nếu có cũng chỉ là những triệu chứng rất phụ thuộc và không xuất hiện thường trực.
- Thứ ba, đây là trường hợp của những bệnh nhân bị **bệnh trầm cảm với triệu chứng loạn thần** (Depression with psychotic symptoms) (xem thêm chi tiết trong chương 7

nói về bệnh rối loạn khí sắc) thì các triệu chứng loạn thần nếu có cũng chỉ rất ngắn ngủi, thường chỉ một hai tuần hoặc vài ngày là biến mất, và chỉ còn lại các triệu chứng nổi bật của bệnh trầm cảm (không có các triệu chứng hưng cảm) trong suốt quá trình bệnh mà thôi.

CÁC CHỨNG HOANG TƯỚNG CỦA TÂM TRÍ

Có những cá nhân bị những triệu chứng hoang tưởng kéo dài, ít nhất phải từ một tháng trở lên, nhưng các triệu chứng này không có tính chất lạ lùng hay huyền hoặc mấy, không bắt nguồn từ những căn bệnh tâm thần, không biểu hiện những cử chỉ kỳ cục, và cũng không tỏ ra quá sút giảm trong các chức năng hành xử trong công việc và trong giao tiếp hằng ngày. Đó chỉ là những dạng tâm trí có những ý nghĩ hoang tưởng không bình thường trong một giai đoạn nào đó, nhưng lại không có những yếu tố khác để đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho một trong những bệnh tâm thần phân liệt nào đã nêu ra ở trên.

Những cá nhân bị bất thường tâm trí do hoang tưởng đôi khi cũng trải qua những lần bị ảo giác (chẳng hạn nghe như có tiếng nói của người yêu bên tai mình...), tuy nhiên triệu chứng này chỉ là thoáng qua, và không có tác hại gì tới các chức năng sinh hoạt

thường nhật của cá nhân. Thật ra những triệu chứng hoang tưởng này cũng không xa lạ và hiếm hoi mấy đối với người đời. Chẳng hạn, một cá nhân bị bất thường tâm trí do hoang tưởng cứ nghĩ rằng mình bị đau tim thì cảm tưởng này cũng không có gì lạ lùng đối với nhiều người khác. Nhưng nếu một bệnh nhân tâm thần phân liệt nghĩ rằng một kẻ lạ đã lén bỏ cái máy truyền tin vào trong đầu của anh ta để theo dõi thì rõ ràng là một điều huyền hoặc, hoàn toàn trái với hiện thực, không thể có được và không có người bình thường nào nghĩ như anh ta.

Sau đây là một số dạng bất thường tâm trí do hoang tưởng:

Dạng hoang tưởng được yêu (Erotomaniac type)

Cá nhân luôn bận rộn với ý nghĩ mình là người quan trọng đang được người ta chú ý thương yêu và quan tâm, nhưng điều này thật ra không có trong thực tế. Người chú ý, quan tâm tới mình thường là người nổi bật trong xã hội; ví dụ một người cấp trên trong sở làm, một hoa khôi trong trường mình đang học, một ca sĩ lừng danh, v.v....

Dạng hoang tưởng tự cao (Grandiose type)

Cá nhân luôn nghĩ rằng mình là người có tài năng thiên bẩm và trí khôn hơn người đời mặc dù thực tế không có gì chứng minh được. Người bị chứng hoang tưởng tự cao khác với người có cá tính ba hoa, khoác lác. Một bên vì triệu chứng hoang tưởng khiến cá nhân tin rằng mình thật sự có tài, còn một bên dù ý thức rõ mình là người chẳng có tài cán gì nhưng vì cá tính ưa kênh kiệu khoác lác (cá tính này có thể được hình thành từ những mặc cảm tự ti hoặc tự tôn đã chống chất lâu ngày trong tiềm thức) nên cá nhân thường cố chứng tỏ cho người khác tin rằng mình là người có tài năng.

Dạng hoang tưởng ghen tuông (Jealous type)

Cá nhân luôn luôn hồ nghi người tình của mình không trung thành mặc dù chẳng có điều gì xác định cho sự hồ nghi đó. Chứng hoang tưởng ghen tuông khiến cá nhân dựa vào những sự việc vụn vặt, buồn cười, phi lý để gán cho người yêu của mình là không trung thành. Ví dụ người vợ thường có thói quen sửa soạn và trang điểm chu đáo mỗi khi ra khỏi nhà, điều này làm người chồng bị bệnh ghen tuông tin rằng vợ anh ta rõ ràng là người có tính lẳng lơ, lẳng nhăng hoặc là đang có tình ý với ai...

Dạng hoang tưởng bị bách hại (Persecutory type)

Cá nhân luôn luôn bị ám ảnh với cảm giác rằng bản thân mình, hoặc là những thân nhân của mình đang phải bị những thiệt hại hay nguy cơ nào đó vì sự đối xử bạc đãi, không công bằng của người đời.

Dạng hoang tưởng về thân thể (Somatic type)

Cá nhân luôn luôn có cảm giác cơ thể của mình có điều gì đó không bình thường; chẳng hạn cảm thấy bị khiếm khuyết một bộ phận nào đó trong cơ thể hay đang bị đau một chứng bệnh gì ngật nghèo.

Dạng hoang tưởng không biệt định (Unspecified type)

Loại này được áp dụng để chẩn đoán cho những cá nhân có những triệu chứng hoang tưởng tổng quát, không có khía cạnh nào đặc biệt và nổi bật.

CÁC HÌNH THỨC LOẠN THẦN KHÁC

Sách DSM cũng liệt kê những trường hợp trong đó có những triệu chứng loạn thần mà tính chất, mức độ và thời hạn của nó không có những yếu tố phù hợp và đầy đủ để có thể ghép vào một trong những loại bệnh tâm thần phân liệt chính đã nêu ra ở trên. Có thể liệt kê một số hiện tượng loạn thần như sau:

Loạn thần ngắn hạn (Brief psychotic disorder)

Hiện tượng này đôi khi có thể xảy ra cho một cá nhân trong những phút chốc tinh thần quá bối rối, hoảng hốt hoặc quá xúc cảm. Cá nhân thường chỉ bị một loại triệu chứng hoặc hoang tưởng hoặc ảo giác mà thôi. Những triệu chứng này thường rất đột khởi, nhưng ngắn ngủi (khoảng vài giờ hay vài ngày, và tối đa là không quá một tháng), và sau khoảng thời gian đó thì tinh thần và tâm trí của cá nhân hoàn toàn trở lại bình thường.

Nếu hiện tượng loạn thần xảy ra sau khi cá nhân phải kinh

quá một thời gian hết sức căng thẳng với một hay nhiều vấn đề nào đó, thì trong trường hợp này phải ghi rõ là **Loạn thần ngắn hạn do stress** (Brief reactive psychosis with Marked Stressors).

Ngoài ra, cần phải phân biệt những trường hợp của một số triệu chứng loạn thần do sự kích thích của các chất liệu hay thuốc cấm gây ra. Trường hợp này gọi là **Loạn thần do lạm dụng chất liệu** (Substance-induced psychotic disorder). Chẳng hạn, người đang say thuốc cần sa thường có cảm giác khoái trá, ngây ngất, cùng với những triệu chứng của ảo giác và hoang tưởng.

Loạn thần chia sẻ (Shared psychotic disorder)

Đây là trường hợp rất hiếm nhưng không phải là không có. Có thể xem trường hợp này như là một sự lây lan. Vì trực tiếp chung đụng, gần gũi với người bệnh mà người thân đôi khi bị những triệu chứng loạn thần tương tự như triệu chứng hoang tưởng của người bệnh tâm thần phân liệt. Tâm lý bệnh học gọi trường hợp này là điên cả hai “folie à deux”.

Loạn thần do điều kiện Y học tổng quát (Psychotic disorder due to general medical conditions)

Một số triệu chứng loạn thần cũng có thể khởi phát do hậu quả của một số bệnh của cơ thể, chẳng hạn, các bệnh thuộc về tuyến nội tiết (endocrine diseases), các bệnh động kinh (epilepsies), hay bệnh Huntington (bệnh thoái hóa dần các chức năng thuộc về tri giác, cảm xúc, cử động của cơ thể, và tiến tới mất hẳn ký ức)...

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây ra bệnh tâm thần phân liệt vẫn còn là một câu hỏi chưa có câu trả lời dứt khoát. Nhiều quan điểm khác nhau đã được trình bày nhưng chưa có quan điểm nào hoàn toàn đủ sức thuyết phục. Cho đến nay, quan điểm “gene” di truyền, vẫn được sự hỗ trợ của phần đông những chuyên viên tâm lý tâm thần và thần kinh học. Nói như thế không có nghĩa là, ngoài quan điểm gene di truyền, những quan điểm khác thuộc về tâm-sinh-lý-xã-hội là không đáng để quan tâm. Những câu hỏi về sự có hay không của hai thực thể vật chất và tinh thần trong mỗi con người; hay nói cách khác, nếu có hai đời sống thể xác và tâm lý đi song đôi thì những tương quan và tác động qua lại của chúng như thế nào trong mỗi con người vẫn là những câu hỏi đã từng tạo nhiều tranh cãi kể từ mấy ngàn năm trước và cho đến ngày hôm nay vẫn cứ còn tiếp tục. Do đó, để tìm kiếm nguyên nhân làm phát khởi căn bệnh tâm thần phân liệt tưởng cũng nên lần lượt khảo sát các quan điểm khác nhau đã được các lý thuyết gia tâm lý tâm thần đưa ra dưới đây:

QUAN ĐIỂM DI TRUYỀN

Trước hết, những nhà sinh học cho rằng bệnh tâm thần phân liệt là bẩm sinh và do di truyền. Căn cứ trên các nghiên cứu về những cặp sinh đôi, anh chị em ruột, anh chị em cùng cha hoặc cùng mẹ, cha mẹ ruột, cha mẹ nuôi, những người thân gần gũi, v. v... người ta đã đúc kết được những con số thống kê về khả năng bị những bệnh giống nhau của những người có liên hệ huyết thống. Nói rõ hơn, người nào có liên hệ huyết thống càng nhiều với người bệnh tâm thần phân liệt thì người đó càng nhận được nhiều nhân tố di truyền bệnh, tức là càng có khả năng bị nhiễm bệnh [6].

Những cuộc nghiên cứu tổng hợp về số bệnh nhân tâm thần phân liệt đã đưa ra những con số thống kê về nguy cơ nhiễm bệnh như sau:

- 1% đối với những người không có quan hệ huyết thống
- 10% đối với anh chị em ruột của người có bệnh
- 13% đối với con cái của cha hoặc mẹ có bệnh
- 17% đối với anh chị em sinh đôi dị hợp tử (không cùng trứng)
- 46% đối với con cái của cả cha lẫn mẹ đều có bệnh
- 48% đối với anh chị em sinh đôi đồng hợp tử (cùng trứng)

Các con số của bản thống kê trên đây rõ ràng đã hỗ trợ cho quan điểm di truyền và bẩm sinh, theo đó quan hệ huyết thống càng gần gũi gắn bó thì càng có nhiều nguy cơ nhiễm bệnh.

Sự bất thường của cấu trúc và chức năng não bộ

Một số chuyên gia nghiên cứu về não bộ cho rằng đã tìm thấy nhiều bệnh nhân tâm thần phân liệt có sự bất thường ở một vài bộ phận trong não bộ. Đặc biệt là những rãnh não thất (ventricles) (những khoảng trống chia bộ não ra làm nhiều phần) có độ lớn bất

thường, và người bị bệnh tâm thần phân liệt có rãnh não thất bên trái nở ra lớn hơn rãnh não thất bên phải [7].

Những nghiên cứu khác lại cho thấy một số bệnh nhân tâm thần phân liệt, nhất là là những bệnh nhân tâm thần phân liệt bị những triệu chứng âm tính, có sự lưu thông máu bị giảm thiểu ở vùng chất xám phía trước vỏ não (frontal cortex) [8].

Cũng có quan điểm cho rằng bệnh tâm thần phân liệt là hậu quả của việc bào thai bị nhiễm siêu vi trước lúc sinh ra. Lý thuyết này cho rằng siêu vi trùng đã lọt vào bộ não của thai nhi và nằm yên ở đó cho tới khi cá nhân sinh ra và lớn lên ở khoảng tuổi dậy thì. Vào thời điểm này, khi có sự thay đổi sâu rộng và phát triển nhanh chóng của các chất hóa học tiết ra bởi các tuyến nội tiết và cơ thể đang trong giai đoạn phát triển cực độ thì đồng thời các siêu vi nằm tiềm ẩn đó cũng khởi sự trỗi dậy hoạt động để làm hỗn loạn não bộ [9].

Một số chuyên viên khác lại nêu lên vấn đề là họ tìm thấy phần lớn những người mẹ của các bệnh nhân tâm thần phân liệt thường bị bệnh cảm cúm trong thời gian mang thai. Thêm vào đó, những nghiên cứu khác lại cho thấy đa số bệnh nhân tâm thần phân liệt thường sinh ra vào những tháng mùa Đông hơn là vào những tháng khác. Điều này phù hợp với quan điểm cho rằng người mẹ và thai nhi thường dễ bị siêu vi trùng xâm nhập vào những thời gian tiết trời lạnh lẽo [10].

Sự bất thường của các chất sinh hóa não bộ

Những nhà nghiên cứu khác lại tin rằng mọi hoạt động của não bộ đều do sự chuyển dịch của các chất hóa học gọi là **chất dẫn truyền thần kinh** (neurotransmitters). Giả thuyết này nói rằng các chất dẫn truyền thần kinh lúc nào cũng được tiết ra và hoạt

động một cách cân bằng, nhưng khi một hay một số chất này bị dư thừa hoặc thiếu hụt thì sự sinh hoạt lành mạnh của bộ não sẽ có vấn đề. Trong nhiều thập niên qua, các nhà nghiên cứu thần kinh não bộ tin rằng bệnh tâm thần phân liệt là do sự chuyển dịch quá độ của chất *dopamine*; nói rõ hơn, chất dopamine chịu trách nhiệm chuyển đạt thông tin đi từ tế bào não này qua tế bào não khác, nếu nó bị dư thừa thì não bộ sẽ bị rối loạn.

Nhưng trong những năm gần đây giả thuyết dopamine đã tỏ ra không ổn khi nhóm thuốc chống loạn thần mới được sáng chế, gọi là *atypical antipsychotics* (như clozapine, risperidone, zyprexa, v. v...) đã tỏ ra có hiệu nghiệm chữa trị không kém gì các loại chống loạn thần truyền thống đã từng dùng. Nhận thấy các loại thuốc chống loạn thần không đặc trưng này không những điều hòa được dopamine mà còn điều hòa được hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh khác nữa, do đó các chuyên gia đi đến một kết luận bổ túc, đó là: thật ra không phải chỉ có đơn độc chất dopamine chịu trách nhiệm cho việc phát sinh ra bệnh tâm thần phân liệt mà còn có những chất dẫn truyền thần kinh khác như *norepinephrine*, *serotonin*, và *glutamate* [11 & 12].

QUAN ĐIỂM TÂM LÝ, XÃ HỘI

Mặc dù lý thuyết di truyền và sinh hóa có sức thuyết phục rất cao, nhưng vẫn còn những vấn đề mà lý thuyết này không thể giải thích được. Đồng ý rằng khi có sự can thiệp của thuốc men thì các chất dẫn truyền thần kinh trở lại cân bằng và các triệu chứng loạn thần rõ ràng được giảm thiểu, nhưng vẫn còn một số câu hỏi sau đây chưa có các giải đáp thỏa đáng. Chẳng hạn, điều gì đã khiến cho các chất dẫn truyền thần kinh bị mất cân

bằng? Đây là nguyên nhân nguyên thủy cốt lõi khiến các chất dẫn truyền thần kinh đó bị mất thăng bằng trong một số người? Các nghiên cứu còn cho thấy dopamine là chất hoá học không chỉ chịu trách nhiệm với triệu chứng loạn thần thôi, mà nó còn ảnh hưởng đến một số yếu tố khác; chẳng hạn các nghiên cứu cũng cho thấy nó dâng cao khi cơ thể cá nhân có sự kích dục. Vậy ở mức độ nào thì lưu lượng dopamine mới gây ra các triệu chứng loạn thần? Tại sao hầu như chỉ có một số chất dẫn truyền thần kinh nhất định nào đó lại chịu trách nhiệm cho nhiều căn bệnh tâm thần khác nhau? Vì những lý do đó mà các giả thiết đóng góp vào việc truy tìm nguyên nhân nào gây ra căn bệnh tâm thần phân liệt của các quan điểm đứng trên lập trường tâm lý, môi trường, và xã hội vẫn là những đóng góp cần thiết và hữu ích cho các giới nghiên cứu tiếp tục tìm hiểu.

Trước tiên, bác sĩ **Sigmund Freud** cho rằng những người bệnh tâm thần thường có một *chức năng ý thức yếu đuối* (unstable ego function) cho nên khi va chạm với thực tại khó khăn thì, lãnh vực tâm lý vô thức, có khuynh hướng trở lùi (regression) để sống lại với giai đoạn *tiền ý thức* (pre-ego) trong ý muốn được thỏa mãn với những nhu cầu của thời kỳ tự nuông chiều của trẻ thơ, gọi là *thời kỳ ái kỷ* (primary narcissism). Nhưng, người bệnh đồng thời cũng muốn (ý muốn từ vô thức) cho mình phải có khả năng tiếp tục tiếp cận và chế ngự được với thực tại. Vì vậy mà hai tính chất vô thức đối nghịch đó đã tạo nên những xung khắc và tranh chấp tâm lý bên trong. Rốt cuộc những tranh chấp đó làm phát sinh ra những triệu chứng như, suy nghĩ và nói những từ vô nghĩa mà chỉ có chính mình hiểu được (neologisms), ý tưởng diễn đạt thường bị đứt quãng, rời rạc, không phối hợp, hoang tưởng tự cao, ảo giác thị giác, thính giác, v.v...

Lý thuyết về sự *tổn thương do ngoại cảnh* (diathesis-stress) của **Mednick** thì cũng tán đồng với quan điểm di truyền. Tuy nhiên, ông nói thêm rằng mặc dù nhân tố di truyền là điều kiện tiên khởi để căn bệnh có điều kiện phát sinh, nhưng cá nhân phải là người có bản chất dễ bị tổn thương (quan điểm bẩm sinh) với môi trường ngoại cảnh thì bệnh mới dễ có cơ hội bộc phát.

Một số ý kiến khác nói thêm rằng những vấn đề của môi trường xã hội và gia đình cũng là nguyên nhân đưa đến tật bệnh. Môi trường xã hội là nơi mà con người phải lăn lộn, cọ xát với rất nhiều vấn đề nhiều khê và khó khăn liên quan đến cuộc sống hằng ngày, cho nên tinh thần con người, nhất là những người yếu đuối, dễ bị bài hoại, suy nhược, và rốt cuộc sẽ dẫn đến khủng hoảng tinh thần. Ngoài ra, những thành kiến của xã hội đối với người bị bệnh cũng là những yếu tố làm tăng thêm cảm giác tiêu cực cho cá nhân người bệnh như, cảm giác bị khinh miệt, bị bỏ rơi, bị lợi dụng, ức hiếp... Những cảm giác tiêu cực đó có thể làm cho bệnh tình của họ trở nên trầm trọng hơn, hoặc khó có cơ hội được trở lại bình thường.

Thêm vào đó, những khuôn mẫu giao tiếp và quan hệ trong đời sống gia đình cũng có ảnh hưởng quan trọng tới vấn đề làm phát khởi hay làm trầm trọng thêm bệnh tình. Có những ý kiến cho rằng đa số những gia đình hay tranh chấp, cãi cọ nhau, nuôi dạy con cái bằng những hướng dẫn nghịch lý, lời nói và việc làm mâu thuẫn nhau, thường làm cho con cái dễ bị rối loạn tâm trí và đời sống tâm lý của chúng sẽ không được lành mạnh. Một số người khác lại nhận xét rằng ý kiến này nếu đúng thì chỉ có thể là những yếu tố có nhiệm vụ kích động hoặc thúc vội chứ không thể là nguyên nhân gây ra bệnh được, nhất là loại bệnh tâm thần phân liệt.

Tuy nhiên, sự hiểu biết về bệnh tình và sự giúp đỡ, hướng dẫn thích hợp của gia đình vẫn luôn là điều kiện hết sức cần thiết cho người bệnh. Chẳng hạn, thói quen thường bảo vệ và chăm sóc quá mức (overprotective) của một số cha mẹ cũng có thể tạo ra trạng thái bối rối, lầm lẫn, lệ thuộc, và những gây đổ, thuì chột trong sự phát triển bình thường đời sống tâm lý của đứa trẻ. Tựu trung, yếu tố gia đình mặc dù không hẳn là nguyên nhân làm phát sinh bệnh cũng vẫn có tầm quan trọng trong vấn đề làm suy giảm hoặc trầm trọng hơn tình trạng của bệnh.

ĐIỀU TRỊ

DƯỢC LÝ TRỊ LIỆU

Từ xa xưa, khi các loại thuốc chống loạn thần chưa có hoặc đang trong tình trạng hiếm quý thì đa số những bệnh nhân tâm thần phân liệt được đưa vào sống chung trong những bệnh viện riêng biệt để tiện theo dõi chữa trị, và cũng để khỏi bị rối loạn trật tự và an ninh công cộng. Thực tế cho thấy sự sống chung trong các bệnh viện như thế không những không đem lại hiệu quả chữa trị mấy mà còn làm cho cuộc sống của người bệnh trở nên tù túng bí bách và vô vọng hơn. Người bệnh dường như bị bỏ rơi, bị đối xử không như một con người bình thường với nhu cầu đòi hỏi phải được đối xử công bằng và tử tế. Nhưng kể từ khi càng ngày càng có các loại thuốc chữa trị các triệu chứng loạn thần thì phần lớn bệnh nhân có thể ở nhà và được chữa trị ngoại trú bằng thuốc men và tâm lý trị liệu theo định kỳ.

Đối với căn bệnh tâm thần phân liệt thì dược lý trị liệu là phần chữa trị chính yếu. Kể từ thập niên 50, sau khi loại thuốc chống loạn thần đầu tiên tung ra thị trường là loại *chlorpromazine*

(Thorazine) đã chứng tỏ được hiệu quả làm giảm thiểu các triệu chứng của nhiều bệnh nhân tâm thần phân liệt, điều này đã khích lệ các nhà bào chế lần lượt sản xuất ra nhiều loại thuốc chống loạn thần khác.

Cho đến nay đã có rất nhiều loại thuốc chống loạn thần, đại thể được phân làm hai loại, *loại truyền thống* (conventional) để dùng cho những triệu chứng loạn thần thông thường, tức là loại có những triệu chứng rõ ràng như đã mô tả và liệt kê, và loại *không điển hình* hay *không đặc trưng* (atypical) để dùng cho những bệnh nhân có những triệu chứng không thông thường hoặc cơ thể họ không chịu được các loại thuốc truyền thống. Sau đây là một số thuốc chống loạn thần đang thịnh hành trong thị trường Hoa Kỳ:

Các loại thuốc chống loạn thần truyền thống gồm có *chlorpromazine* (Thorazine), *thioridazine* (Mellaril), *fluphenazine* (Prolixin), *thiothixene* (Navane), và *haloperidone* (Haldol). Các tác động phụ của phần lớn những loại thuốc này bao gồm khô miệng, táo bón, mờ mắt, tăng cân, giảm sút dục tính, trí nhớ và khả năng tập trung sút kém. Nếu sử dụng lâu dài sẽ bị *chứng rối loạn vận động cơ bắp* (tardive dyskinesia) làm cho bệnh nhân bị những tật như: chắt lưỡi liên tục, miệng nhai nhóp nhép, cầm uốn qua uốn lại liên hồi, chân tay rung chuyển liên tục ngoài ý muốn, thân hình hoặc cứng đơ hoặc lắc lư liên tục, khuôn mặt lạnh tanh, bắp thịt thường bị tê cứng hay vọp bẻ...

Hiện nay, các loại thuốc chống loạn thần không điển hình lại được đa số bệnh nhân ưa chuộng nhiều hơn. Các loại thường dùng là *clozapine* (Clozaril), *risperidone* (Risperdal), *aripiprazole* (Abilify), *olanzapine* (Zyprexa), *quetiapine* (Seroquel), và *ziprasidone* (Geodone). Tuy nhiên, hầu hết các loại thuốc không điển hình cũng gây ra những phản ứng phụ tương tự như các loại

truyền thống và dùng lâu dài cũng dễ bị chứng rối loạn vận động cơ bắp. Đặc biệt, Clozaril làm giảm sút bạch cầu nên người dùng thuốc cần kiểm tra máu hàng tuần. Riêng Abilify là thuốc ít làm tăng cân và giảm sút tình dục nhưng lại dễ làm nôn mửa, nhức đầu, và cảm giác bồn chồn, hồi hộp.

Các cuộc kiểm tra cho thấy các loại thuốc chống loạn thần thật sự có làm suy giảm được những triệu chứng hoang tưởng và ảo giác nơi người bệnh, tuy nhiên theo thống kê, số lượng bệnh nhân tâm thần phân liệt hoàn toàn được hồi phục sức khỏe nhờ sử dụng các loại thuốc trên vẫn ở con số rất thấp. Phần lớn các triệu chứng loạn thần có khuynh hướng mãn tính và di căn, cứ tái đi tái lại trong nhiều thời kỳ; do đó, có thể nói bệnh tâm thần phân liệt là bệnh suốt đời. Các kiểm tra cho thấy bệnh nhân nào chỉ bị những triệu chứng dương tính, còn gọi là **loại 1 (Type 1)**, như hoang tưởng và ảo giác, thường có nhiều khả năng lành bệnh hơn các bệnh nhân có những triệu chứng âm tính, còn gọi là **loại 2 (Type 2)**, như cảm xúc cùn mòn, ý tưởng và lời nói hỗn loạn, mất khả năng quyết đoán [13].

TÂM LÝ TRỊ LIỆU

Vì tính cách xa rời thực tại về mặt tâm trí của một số bệnh nhân tâm thần phân liệt cho nên tâm lý trị liệu thường không có hiệu quả trực tiếp đối với người bệnh đang trong thời kỳ cấp tính cao điểm của sự loạn thần. Nhưng dù sao tâm lý trị liệu vẫn rất cần thiết trong suốt quá trình điều trị của người bị căn bệnh có thể nói là mãn đời này. Khi thuốc men đã chặn đứng được các triệu chứng loạn thần thì vai trò của tâm lý trị liệu bắt đầu nâng cao hiệu lực.

Sự cần thiết của tâm lý trị liệu đối với bệnh nhân tâm thần phân liệt là vạch ra phương thức và mục tiêu chữa trị thích hợp trong bối cảnh và những điều kiện hiện có của người bệnh, bao gồm gia đình và môi trường họ đang sinh sống. Các phương thức và mục tiêu chữa trị bao gồm việc sắp xếp những dịch vụ chữa trị cần thiết, theo dõi, trắc nghiệm và đánh giá tiến triển của bệnh tình, khuyến khích và tập luyện cho người bệnh gia tăng khả năng sinh hoạt, tư vấn cho thân nhân của người bệnh về tình trạng bối rối và khó khăn của gia đình, và giúp họ có sự hiểu biết thêm về bản chất của căn bệnh cũng như những vấn đề tâm lý trong quan hệ với người bệnh.

Ngoại trừ số bệnh nhân tâm thần phân liệt vẫn có khả năng ăn nói và giao tiếp bình thường, những bệnh nhân không còn khả năng tập trung suy nghĩ và đối đáp bình thường được nữa thì tâm lý trị liệu bằng chuyện trò trực tiếp với họ sẽ có rất nhiều trở ngại và khó khăn nếu không nói là không có hiệu quả. Tuy thế, chuyên viên trị liệu có kinh nghiệm vẫn có thể tạo được nhiều cơ hội để kiểm tra và trắc nghiệm khả năng ý thức thực tại (reality testing) của người bệnh. Tùy theo sự tiến triển của bệnh, giúp người bệnh nói ra được những ý tưởng và cảm xúc của họ, giúp họ hiểu được và chấp nhận tính chất không có thật của những ý nghĩ và sự kiện tạo ra từ ảo giác hay hoang tưởng của họ như âm thanh, tiếng nói, hình ảnh... Điều quan trọng hơn nữa là giúp người bệnh tập trung vào việc phát triển khả năng tự chăm sóc, tự sống độc lập, khả năng tiếp xúc và giao tế, khả năng tự mình biết làm và thường thức nghề thuật sống thư nhàn bằng những sinh hoạt thường nhật. Người bệnh cũng có thể được khích lệ và giúp hướng nghề để về sau làm được những công việc nào đó phù hợp với sức khỏe và cũng để có thể đem lại ít lợi tức cho bản thân.

Tính chất tách rời thực tại và cảm giác không an toàn của người bệnh tâm thần phân liệt thường khiến họ mang tâm trạng lạc lõng, tách rời, bối rối, thiếu tin tưởng, ngờ vực, và đôi khi còn có hành vi chống đối lại những ngoại cảnh nào gây căng thẳng, bức tức cho họ. Vì thế để công việc trị liệu tiến triển, công tác chính của người trị liệu trước tiên là phải làm sao lấy được lòng tin người bệnh. Muốn tạo được lòng tin, người trị liệu phải tỏ ra quan tâm và thông cảm để làm dịu cảm giác khủng hoảng và cô đơn trong lòng người bệnh.

Để chứng tỏ sự quan tâm và thông cảm, người trị liệu phải lắng nghe, hiểu biết và thừa nhận những cảm nghĩ của người bệnh. Đối với bệnh tâm thần phân liệt, tuyệt đối tránh tranh luận, phản bác những ý nghĩ và lời lẽ vô nghĩa và xa rời thực tế của người bệnh. Cũng không nên cảm thấy rằng cần phải nói điều gì với họ trong giai đoạn người bệnh đang có những triệu chứng loạn thần cấp tính. Nhưng phải luôn luôn tỏ ra tôn trọng thật sự người bệnh, xem những ý nghĩ và hành vi bất bình thường của họ cũng chính là những sự kiện đặc biệt quan trọng và rất thực tế trong cuộc sống của con người.

Đừng bao giờ bật cười hay tỏ ra ngạc nhiên, nhưng cũng không nên giả vờ tỏ ra tin tưởng và đồng ý với những điều kỳ lạ trong lời nói hay cử chỉ của người bệnh. Thay cho những thái độ như vậy, nên tỏ ra uyển chuyển và thẳng thắn trong mọi đối xử khi làm việc với họ. Ví dụ người bệnh nói anh ta tin rằng người hàng xóm đã lên bỏ cái máy điện tử trong đầu làm cho anh ta có cảm giác rất khó chịu và đau đớn. Để tránh thái độ chất vấn, phản bác và đối đầu, nhưng đồng thời cũng để chứng minh tính chất thẳng thắn và đúng đắn trong trị liệu, câu trả lời thích hợp nhất của nhà chuyên môn có thể là: *"Tôi nghĩ rằng muốn bỏ một vật gì vào trong*

bộ não của ai thì cần phải có một cuộc giải phẫu lớn, nhưng tôi lại không thấy có dấu vết mổ xẻ gì trên đầu của anh cả. Tuy nhiên, khi anh cảm thấy đầu óc mình khó chịu và đau nhức mà phải nghỉ ra điều đó thì cũng là chuyện rất bình thường, và theo tôi thì mọi người cũng sẽ thông cảm khi nghe anh nói vậy thôi”.

Như đã nói, sự phục hồi của bệnh nhân cũng tùy thuộc rất nhiều vào phản ứng và cách cư xử của những người thân trong gia đình, nhất là người trực tiếp chăm sóc và giúp đỡ bệnh nhân. Nhiều cuộc nghiên cứu cho thấy người bệnh trong những gia đình nào có những khuôn mẫu cư xử quá trốn, chẳng hạn thường gây gổ, cãi vã nhau, thường biểu lộ những xúc cảm bùng bột, nóng nổi hoặc quá đà (quá mơn trớn, quá bảo vệ, quá thương yêu, hoặc quá giận hờn, ghét bỏ...) thì bệnh dễ bị tái đi tái lại. Ngược lại, những người bệnh sống trong những gia đình có sự đối xử thuận thảo, chừng mực, và công bằng giữa các thành viên với nhau và có sự hỗ trợ chu đáo cả tinh thần lẫn vật chất thì bệnh tình có nhiều cơ hội thuyên giảm hơn [14]. Vì vậy, đối với bệnh nhân tâm thần phân liệt thì tâm lý trị liệu phải quan tâm không những người bệnh mà còn cả gia đình của người bệnh.

Tâm lý trị liệu cho gia đình là cung cấp những kiến thức và hướng dẫn mọi vấn đề liên quan đến căn bệnh tâm thần phân liệt, huấn luyện người thân cách thức chăm sóc đúng đắn người bệnh trong những tình huống bình thường cũng như khẩn cấp. Tư vấn và giải quyết những vấn đề thuộc về vật chất, xã hội, và cảm xúc để giúp cho mọi người trong gia đình có sự hiểu biết và cái nhìn thực tế hơn đối với những trông đợi của họ, để có lối sống và cách cư xử thích hợp hơn với tình thế mới của gia đình mà trong đó mọi người biết chấp nhận và thông cảm nhau.

Trong những tình huống khẩn cấp, bệnh nhân có thể nhập

viện để được điều trị một thời gian. Sau khi đã khá hơn thì bệnh nhân có thể xuất viện để tiếp tục chữa trị tại các trung tâm chữa trị bên ngoài như các bệnh viện ban ngày hay các trung tâm sức khỏe tâm thần trong cộng đồng.

Một hình thức chữa trị khác cũng đem lại ít nhiều lợi ích cho người bệnh, nhất là những người bệnh đã tạm ổn sau những giai đoạn cấp tính, gọi là *trị liệu nhóm*. Người bệnh có thể tham dự vào những nhóm điều trị được tổ chức hằng tuần hoặc hằng tháng cho những người có cùng loại bệnh và mức độ tiến triển tương tự, dưới sự hướng dẫn của những chuyên viên tâm lý xã hội. Mục đích của trị liệu nhóm là để hỗ trợ và giúp đỡ nhau phát triển những khả năng đàm thoại, giao tiếp, và tổ chức những trò vui chơi, giải trí, cũng như để làm giảm bớt cảm giác bị cô lập, đơn chiếc và gia tăng khả năng ý thức thực tại của bản thân.

Tóm lại, thuốc men tại Hoa Kỳ hiện nay đã cứu giúp được hàng trăm ngàn bệnh nhân tâm thần phân liệt, chặn đứng được những cơn loạn thần cấp tính, làm cho họ có thể trở lại với những sinh hoạt bình thường hằng ngày. Nhưng vì bản chất của căn bệnh này là có thể tái đi tái lại, di căn và suốt đời; do đó, để tránh những trường hợp bệnh trở nên quá trầm trọng, bệnh nhân cần phải thường xuyên được điều trị bằng tư vấn tâm lý và uống thuốc lâu dài.

VÀI TRƯỜNG HỢP BỆNH ĐIỂN HÌNH

Sau đây là một số ca bệnh tượng trưng được đưa ra làm ví dụ với mục đích làm sáng tỏ thêm những sự kiện đã trình bày ở trên về căn bệnh tâm thần phân liệt, bao gồm tính chất, căn nguyên, triệu chứng, sự chữa trị, và tiên lượng bệnh. Để bảo vệ quyền riêng tư, các chi tiết về bệnh và tên tuổi đã hoàn toàn được sửa

đổi. Do đó, những ví dụ dưới đây không phải là sự sao chép của bất cứ trường hợp cụ thể nào.

Trường hợp 1

Dũng là một kỹ sư điện toán đang làm việc tại một công ty sản xuất phụ tùng máy bay. Trong 5 năm kể từ sau khi tốt nghiệp cao học, Dũng là một trong những nhân viên có nhiều uy tín với hãng nhờ tính chuyên cần và tư cách đứng đắn trong mọi công việc. Từ khi ấu thơ Dũng đã tỏ ra là một cậu bé hiền lành, ít nói và khôi ngô. Anh cũng được một số bạn bè mến chuộng. Năm nay đã gần 30 tuổi nhưng anh chưa có ý lập gia đình, mặc dù anh đang thương yêu Tâm, một cô bạn cùng sở, và cũng cảm thấy Tâm có tình cảm đặc biệt với mình. Lâu dần, hai người đã thật sự yêu thương nhau và Dũng đã nói với người yêu là anh tính đến chuyện lập gia đình với nàng.

Trong thời gian này thì công việc của Dũng có vẻ bận rộn hơn nhiều bởi lẽ cơ quan đã giảm bớt người làm và đặc biệt là người giám đốc mới đã tỏ ra gắt gỏng và khó khăn với anh. Nhưng điều khiến anh lo nghĩ và buồn phiền nhiều hơn không phải là công việc ở sở mà dạo này, trong khi anh ít có thì giờ dành cho Tâm thì thay vì thông cảm, cô bạn lại tỏ ra hời hợt với anh và thường giao du, chuyện trò với những chàng trai khác. Ban ngày công việc bù đầu nhưng ban đêm Dũng thường cảm thấy nôn nao, bồn chồn, cảm xúc vui buồn bất ổn, thường bị mất ngủ và thường mộng mị những chuyện không vui. Những tuần kể tiếp, Dũng bắt đầu cảm thấy tâm trí không được tập trung và hay bị quẩn trí. Công việc của anh trở nên bê trễ, không tới nơi tới chốn, thường bị cấp trên thúc bách và có khi anh bị khiển trách. Điều này khiến Dũng càng buồn bực và rối trí hơn.

Đột nhiên vào một buổi sáng nọ, Dũng vừa sửa soạn để đi làm, nhưng anh cảm thấy quá mệt mỏi và đột nhiên từ trong tai mình, anh nghe những tiếng người la hét ồn ào: *"Mày là thằng vô dụng. Mày phải chết đi, chết đi cho khuất mắt mọi người. Mày biết chết cách nào không chúng tao chỉ cho..."*. Dũng vừa nhón nhấc đứng lên thì cảm thấy choáng ngợp và lao đảo ngã xuống giường nằm. Sau mấy hôm nghỉ việc và được gia đình chăm sóc chu đáo, sức khỏe của Dũng khá hơn và hôm nay anh bắt đầu đi làm trở lại.

Mặc dù anh tiếp tục cảm thấy hoảng hốt và bức mình vì hằng ngày anh vẫn còn bị tiếng nói quấy rầy, ít ra là 5 lần một ngày, Dũng vẫn luôn cố gắng trong mọi công việc. Những lúc không nghe tiếng nói, trí óc được tập trung thì Dũng hoàn thành được nhiều công việc. Anh cố giữ vững nề nếp ăn ngủ điều độ và không quan tâm suy nghĩ điều gì để tinh thần được thanh thoi. Nhưng thời gian trôi qua, chẳng bao lâu anh lại bị mất ngủ và đột nhiên tâm trí anh lại bị bận rộn bởi một ý tưởng rất lạ lùng. Anh có ý nghĩ mình là một chuyên viên điện toán lỗi lạc mà cả thế giới đang ca ngợi. Ý tưởng ám ảnh này cứ quấy rầy trong tâm trí, và rốt cuộc đã ảnh hưởng tệ hại đến sinh hoạt thường nhật của anh trên nhiều phương diện. Dũng trở nên cô lập, tách rời bạn bè, không thèm nghe lời khuyên của ai, đôi khi cảm thấy rất tự mãn và bật cười khảnh khách một mình, và anh bắt đầu ăn ngủ rất thất thường.

Dù nhiều lần cố gắng, Dũng cũng không thể nào làm việc trở lại với phong độ cũ. Anh vẫn thỉnh thoảng nghe trong tai mình tiếng chửi rủa của những người hàng xóm. Một phần tiếng chửi rủa làm anh hoảng hốt, buồn khổ, lo lắng, một phần ý nghĩ thiên tài làm anh muốn làm một điều gì để trả thù những kẻ chê bai mình. Đây là hai triệu chứng làm anh rất khó chịu và bức dọc. Hậu

quả là tinh thần anh trở nên quá hỗn loạn, thân xác luôn chao đảo như muốn ngã quy, trí óc bồn thần và thiếu tập trung. Anh muốn thổ lộ cho mọi người biết những gì đang xảy ra trong anh, nhưng rồi cứ lưỡng lự mãi.

Cho đến một hôm người giám đốc mời anh đến và cho biết rằng, mặc dù rất đắn đo nhưng ông dự định cho anh nghỉ việc vì ông nhận xét lâu nay anh đã tỏ ra quá vô trách nhiệm trong các công tác được giao phó. Đến lúc này thì Dũng mới trình bày tình trạng sức khỏe của anh với đầy đủ những triệu chứng mà anh đã có. Người giám đốc hiểu chuyện đã khuyên anh đi khám bệnh.

Dũng được điều trị tại ngoại ở một trung tâm tâm thần tại địa phương. Căn cứ trên lời tường trình và một vài trắc nghiệm tiên khởi về những triệu chứng, bệnh tình của anh được chẩn đoán là **Tâm thần phân liệt, loại Paranoid**. Dũng được cấp *clozapine* (Clozaril) loại 300mg, ngày uống 2 lần, và gặp bác sĩ hàng tuần. Cứ hai tuần Dũng lại được thử máu một lần vì loại dược phẩm *clozapine* có nguy cơ gây bệnh *agranulocytosis* (bạch cầu trong máu bị giảm). Cơ thể Dũng chịu được thuốc này và không bị ảnh hưởng mấy với các phản ứng phụ. Khoảng 4 đến 5 tuần sau thì Dũng cho biết là anh không còn bị tiếng nói quấy rầy nữa và anh cũng hết có ý tưởng mình là một thiên tài rồi, nhưng bệnh mất ngủ thì vẫn còn, đúng hơn là đầu óc anh vẫn còn bứt rứt, dù dẫn và giấc ngủ chập chờn, khó chịu. Dũng được cấp thêm *zolpidem* (Ambien), loại 5 mg để giúp cho giấc ngủ. Tình trạng bệnh tiếp tục khả quan và sau 4 tháng chữa trị, Dũng có ý định đi làm bình thường trở lại. Hai cuộc trắc nghiệm *Thematic Apperception Test* (TAT) và *Halstead- Reitan Battery* được thực hiện để kiểm tra tình trạng ổn định tinh thần và khả năng nhận biết thực tại đã có những kết quả phù hợp với lời khai của Dũng, do đó anh được

đồng ý trở lại với công việc bình thường trước đây và hằng tháng chỉ đến thăm bệnh một lần để tiếp tục lấy thuốc.

Dũng trở lại công việc được khoảng 1 tháng thì anh hết chịu nổi và bắt buộc phải bỏ sở lần nữa. Chân tay anh như rã rời và đầu óc rỗng tuếch vì nhiều đêm mất ngủ. Những viên thuốc ngủ an thần trở thành quen nên không giúp gì được nhiều cho Dũng. Qua nhiều đêm mất ngủ anh lại bắt đầu nghe tiếng nói. Lần này không phải tiếng hàng xóm mà tiếng nói của một người đàn ông cứ nặng nề đòi anh phải nhịn ăn. Tiếng nói cứ lặp đi lặp lại: *“Mày muốn thành thiên tài thì phải nhịn ăn để chết đi đã”*. Bác sĩ định tăng liều lượng clozapine nhưng vì lần thử máu vừa qua thấy có triệu chứng bạch cầu giảm sút nên đã đổi qua aripiprazone (Abilify), liều 15 mg. Khoảng 3 tuần sau anh không còn nghe tiếng người thúc giục nữa, giấc ngủ có khá hơn, tuy nhiên đầu óc hay nhức nhối và choáng váng. Anh tiếp tục uống thuốc đều đặn và gặp bác sĩ tâm lý hằng tuần.

Thời gian trị liệu sau này giúp anh hiểu rõ hơn về căn bệnh của mình. Khi biết rõ những triệu chứng ảo giác (nghe tiếng chửi rủa) và hoang tưởng (nghĩ mình là thiên tài) là những sự kiện không có thật, và nguyên nhân phát sinh bệnh vẫn là vấn đề có sự phối hợp phức tạp của nhiều yếu tố nội và ngoại tại, mà không do lỗi lầm của bất cứ ai, kể cả chính anh. Lúc ấy Dũng mới dịu dần cảm giác tức tối, bức dọc và anh bắt đầu nhìn nhận được thực tế về những điều kiện và khả năng của con người của mình, và từ đó anh tuân thủ mọi hướng dẫn trong trị liệu.

Sáu tháng sau, tình trạng bệnh của Dũng tiếp tục khá hơn. Kể từ khi đổi thuốc đến nay anh không còn nghe tiếng nói và nghĩ ngợi lung tung nữa. Nhưng rõ ràng anh không thể là người bình thường như xưa kia. Anh ăn ngủ được hơn, nhưng đầu óc rất khó

tập trung và hay quên, cơ thể anh thờ ơ, chậm chạp, tay chân tê cứng, và da thịt thường có cảm giác rần rần như bị sâu bọ rúc rĩa. Bác sĩ cho biết những triệu chứng trên một phần là do tính biến chứng của bệnh, một phần là do hậu quả của phản ứng phụ của thuốc, nhưng điều tốt nhất là các triệu chứng hoang tưởng và ảo giác đã được chặn lại. Kể từ đây liều thuốc Abilify được giảm xuống còn 10 mg.

Trong vòng 2 năm, chứng loạn thần của Dũng tiếp tục ổn định và sức khỏe có chiều hướng tăng dần. Anh uống thuốc đều đặn với liều lượng như đã ấn định, tập thể dục nhẹ mỗi ngày, cố gắng tham gia sinh hoạt, chuyện trò, đôi khi đọc sách báo và tập chơi đàn, và tự làm hết các công việc vệ sinh thân thể và nhà cửa. Tuy nhiên, Dũng vẫn chưa thể làm được những công việc đòi hỏi sự suy nghĩ bén nhạy và tập trung trí óc lâu dài. Bác sĩ đặt lịch hẹn cho anh hai tháng một lần và khuyên anh tiếp tục uống thuốc và giữ mọi sinh hoạt thường nhật đều đặn như cũ. Dũng còn được khuyến khích là nên đăng ký đi học những lớp dạy nghề đơn giản và ngắn hạn trong thời gian tới, hoặc có thể đi làm những công việc nhẹ, ít đòi hỏi trí óc để có lợi tức làm vui cuộc sống.

Trường hợp 2

Anita là công nhân thuộc công ty bào chế thuốc tây. Năm nay cô 19 tuổi và đang ở với cha mẹ và 2 đứa em. Anita xin được việc làm nhờ gặp lúc công ty đang thiếu hụt một số nhân công chứ thật ra cô không phải là mẫu người đạt được những tiêu chuẩn đòi hỏi cho công việc. Công việc hằng ngày của cô rất đơn giản và không cần phải làm luôn tay; thế nhưng cô thường chậm chạp, uể oải, không sáng kiến và không quyết đoán, và đã có nhiều ngày nghỉ bệnh dù mới chỉ làm việc được một năm. Cung cách này không

phải vì cô đang buồn phiền điều gì hay vì thấy chán nản việc làm, nhưng bản tánh của cô là như vậy kể từ tấm bé. Từ nhỏ Anita đã là đứa trẻ chậm lụt, 3 tuổi mới bắt đầu biết nói vài ba chữ và sức học kém cỏi, cho nên chưa xong bậc trung học là đã rời ghế nhà trường.

Anita là đứa con ít nói, thích ngồi riêng một chỗ, ít chạy nhảy, tranh đua với em, nhưng đôi khi lại rất dễ bần gắt, cộc cằn. Bà ngoại Anita thường nói cô giống tánh ông ngoại, ít nói nhưng động một chút gì là dễ nổi cáu. Anita không thích bạn bè mà suốt ngày chỉ quanh quẩn trong nhà với mẹ. Chuyện gì cô cũng cứ ỷ ra để chờ mẹ giúp. Về vấn đề này thì mẹ cô cũng chịu trách nhiệm một phần vì bà ta là mẫu người quá mơn trớn chiều chuộng con, lúc nào cũng giành làm hết những việc mà thật ra cần phải tập luyện cho cô con gái tự làm lấy.

Càng về sau Anita càng co rút và khép kín hơn. Cô rất ít trò chuyện với ai, thường ngồi một mình nhìn ra cửa sổ ra chiều tư lự và đôi khi cười khúc khích một mình. Cô thường thức khuya, ngủ dậy trễ, không quan tâm đến ăn uống, tắm rửa, và không muốn tiếp tục đến sở làm. Cha mẹ hồ nghi con mình có lẽ bị thất tình với ai nên cố ý dò hỏi, nhưng Anita không trả lời. Có một lần cô trả lời bằng một câu gì đó mà không ai hiểu cô muốn nói gì và sau đó lại cười sằng sặc. Khi người mẹ tìm thấy một con búp bê trong tấm chăn đắp của cô thì Anita giằng lấy với vẻ mặt giận dữ. Cô ôm cứng con búp bê trong lòng và cất tiếng ru bằng những lời lẽ xa lạ. Có những đêm Anita nổi lên khóc lóc thảm thiết và vùng chạy ra ngoài đường. Trong hoàn cảnh đó, gia đình đưa cô vào bệnh viện.

Qua sự tường thuật của gia đình và kết quả của vài trắc nghiệm sơ khởi, bác sĩ cho biết Anita bị bệnh *Tâm thần phân liệt, dạng hỗn loạn*. Cô được nằm điều trị tại bệnh viện bằng thuốc chích

haloperidol (Haldol) cộng với thuốc uống *olanzapine* (Zyprexa). Sau khoảng 4 tuần, Anita được cho về để tiếp tục chữa trị ngoại trú.

Theo lời tường thuật của gia đình, tình trạng bệnh của Anita có phần khá hơn sau 4 tháng. Cô không còn ôm búp bê để ru, không còn những trận cười ngặt nghèo và nói những lời chẳng ai hiểu, nhưng cô tiếp tục ngủ li bì suốt ngày, không muốn trò chuyện với ai, mọi việc làm đều tỏ ra thụ động, phải cần có sự nhắc nhở. Những tháng sau này, Anita không còn thái độ ngang ngạnh và sừng sộ trong những lúc gặp gỡ để làm việc với bác sĩ nữa, ngược lại cô ngồi yên và lắng nghe lâu hơn, thỉnh thoảng cô trả lời được một số câu hỏi với lời lẽ có thể hiểu được. Sau hơn 6 tháng chữa trị Anita ngừng thuốc chích, và uống Zyprexa 10 mg mỗi ngày để giảm thiểu nguy cơ bị các phản ứng phụ lâu dài của thuốc chích Haldol.

Sau hơn 4 năm chữa trị, sức khỏe của Anita ổn định về mặt các triệu chứng hoang tưởng (cho rằng con búp bê là đứa con của mình) và ảo giác (nghe tiếng con khóc và tiếng thúc giục phải lo bồng bế, chăm sóc đứa con). Cũng có những lần các triệu chứng loạn thần này bị tái phát khi bác sĩ cần giảm liều lượng thuốc để tránh bớt hậu quả của các phản ứng thuốc lâu dài và cũng để tránh nghiệm khả năng tái lại của bệnh. Tuy nhiên, cảm xúc của cô càng ngày càng cùn mòn, lời nói đứt quãng, thiếu tập trung và nhiều khi vô nghĩa. Anita càng chậm lụt hơn, không tự mình làm điều gì trừ khi có sự nhắc nhở.

Ngoài ra, hậu quả của việc dùng thuốc tâm thần lâu dài đã làm cho Anita bị các chứng tê cứng bắp thịt, tiếng nói lắp bắp, môi và cằm rung rung, và nét mặt đờ đẫn. Vì tâm trí không tập trung được và lời lẽ diễn đạt không rõ ràng nên Anita không được thuận lợi trong tâm lý liệu pháp. Gia đình hiểu rằng để tiếp tục ổn định

các triệu chứng, Anita cần phải uống thuốc vô thời hạn. Càng về sau cô càng bị những hậu quả trầm trọng của các phản ứng phụ của thuốc và một số di chứng. Gia đình càng ngày càng hiểu rõ hơn tính chất của căn bệnh của con mình, biết thích ứng và chấp nhận thực tế trong gia đình, và biết cách chăm sóc và hỗ trợ cho cuộc sống đang bị xói mòn bởi một căn bệnh tâm thần nặng nề của Anita.

Trường hợp 3

Wei Mei là thư ký kế toán cho sở giáo dục thành phố. Cô năm nay đã ngoài 40, có chồng và một con trai được 7 tuổi. Wei Mei người thấp nhỏ nhưng trông chắc chắn, sức khỏe bình thường ngay từ tấm bé, ngoại trừ một trận sốt thương hàn thập tử nhất sinh vào năm 8 tuổi. Wei Mei là người chị đầu trong một gia đình có 6 anh chị em. Cô thường giúp em và đỡ đần nhiều công việc cho mẹ vì được biết mẹ cô là người bị trầm cảm mãn tính, trong khi cha cô thường phải vắng nhà vì công vụ. Cô là học sinh chăm chỉ nhưng chỉ học xong trung học và một năm kế toán là xin đi làm. Wei Mei từ nhỏ là đứa trẻ nhút nhát, kín đáo, ít chuyện trò, thường tránh né những cuộc tranh luận, cãi vã, và biết nghe lời người trên. Đối với chồng con cũng như với mọi người trong công sở, Wei Mei luôn luôn giữ sự điềm đạm, ít nói, thụ động và chiều ý, không muốn làm gì để quấy rầy người khác. Tựu trung, kể từ khi lập gia đình cuộc sống của Wei Mei là những ngày tháng êm ả và bình lặng. Mỗi sáng cô lái xe đưa con trai đến trường rồi đến sở làm, chiều tan sở lại đón con về và lo công việc nhà cùng với chồng.

Một buổi sáng nọ trong khi đang lái xe đưa con đến trường thì rủi ro một chiếc xe lớn đâm thẳng vào xe cô. Hai mẹ con đều phải vào cấp cứu, nhưng Wei Mei chỉ bị xây xát nhẹ, riêng đứa

con trai bị gãy hai xương sườn và phải nằm lại nhà thương mất hai tuần. Wei Mei không bị gì nặng nhưng cô tiếp tục khóc lóc trong những ngày kế tiếp, tinh thần hoảng hốt, không màng đến việc ăn uống, giấc ngủ rối loạn và hay giật mình vì những cơn mộng mị, mê sảng.

Cô được chồng đưa tới trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng để xem xét. Tình trạng của Wei Mei được chẩn đoán là *Rối loạn điều chỉnh, dạng trầm cảm và lo âu* (Adjustment disorder with Anxiety and Depressed Mood). Cô được cấp *lorazepam* (Ativan) 1mg, và làm việc với chuyên viên tư vấn 2 lần mỗi tuần. Theo tường thuật của người chồng, trong 3 tuần đầu cô ngủ được nhiều hơn nhờ thuốc an thần và không bị nhiều cơn mê sảng nữa, nhưng hành vi của cô bây giờ rất khác lạ. Suốt ngày cô có vẻ mặt xa xôi và rất lạnh nhạt với chồng con, chỉ thích ngồi thu mình trong phòng riêng, đóng kín các màn cửa và không nói chuyện với ai. Thỉnh thoảng cô la lên: "*Khóa cửa! Khóa cửa! Tụi nó vào đó! Vào bắt tôi đó!*". Khi người chồng hỏi chuyện thì cô cho biết là cô đang bị cảnh sát theo dõi và tìm mọi cách để vây bắt cô. Dò hỏi thêm thì cô trả lời rằng rõ ràng cô đang nghe tiếng cảnh sát ồn ào bàn tán với nhau về kế hoạch để truy tìm cô.

Những triệu chứng mới của Wei Mei được chồng thuật lại trong buổi trị liệu, và cô được cấp thêm *risperidone* (Risperdal), một loại thuốc chống loạn thần ít bị phản ứng phụ. Sau 6 tuần uống thuốc đều đặn tình trạng cô có phần khá hơn. Tuy nhiên, mặc dù cô ăn ngủ bình thường hơn, không còn la hoảng lên những lời vô nghĩa nữa, và có chiều hướng gần gũi hơn với chồng con, nhưng tư thái e dè, sợ sệt thì vẫn như cũ; vẫn thích kéo hết màn cửa để ngồi bên trong, và khi hỏi chuyện cô trả lời là vẫn còn tin rằng cảnh sát đang âm mưu vây bắt cô.

Sau 3 tháng theo dõi bệnh trạng, căn bệnh của Wei Mei được sửa đổi lại cho thích hợp hơn là *Rối loạn tâm thần dạng phân liệt* (Schizophreniform). Cô được tiếp tục chữa trị như cũ với liều thuốc tăng gấp đôi. Cô được chống chăm sóc rất chu đáo và đúng theo lời chỉ dẫn của bác sĩ.

Qua 6 tháng liên tục chữa trị, sức khỏe Wei Mei đã tiến triển nhiều. Cô trở nên gần gũi chồng con hơn, nhạy cảm và thích thú hơn trong các sinh hoạt thường ngày, đặc biệt là không còn vẻ sợ hãi khi cùng chồng con đi ra ngoài mua sắm. Trong những phiên tâm lý trị liệu cô xác định là không còn nghe tiếng nói và không tin có ai rình rập, theo dõi nữa, và kết quả những mẫu trắc nghiệm tâm lý đã chứng tỏ tinh thần của cô được ổn định. Wei Mei được giảm liều thuốc dần dần và tiếp tục được hỗ trợ bằng tâm lý trị liệu. Một năm sau sức khỏe cô vẫn tiếp tục bình thường và càng ngày càng tỏ ra quan tâm và gần gũi hơn với cuộc sống của gia đình và ngoài xã hội. Cô bắt đầu đi tìm việc làm trở lại.

KẾT LUẬN

Cả ba trường hợp bệnh nêu trên đều nằm trong một số các thứ loại đã được liệt kê của căn bệnh tâm thần phân liệt, nhưng mỗi trường hợp đều có những yếu tố khác biệt liên quan đến nguyên nhân, triệu chứng, mức độ trầm trọng, và kết quả trị liệu của nó.

Trong ví dụ 1 và 3, các triệu chứng bệnh của Dũng và Wei Mei bắt đầu khởi phát trong khoảng thời gian họ đang gặp phải một sức ép từ môi trường bên ngoài. Dũng gặp nhiều khó khăn trong công sở và trong tình yêu, còn Wei Mei thì bị hốt hoảng và đau buồn vì tai nạn xe và thương tích của con trai. Ngoài ra, trước khi có những biến cố đó thì sức khỏe và tinh thần của Dũng cũng như Wei Mei đã không có những dấu hiệu gì báo động cho những cơn bệnh tâm thần sau đó cả. Riêng trong ví dụ 2, Anita bắt đầu ngã bệnh không vì tác động của một biến cố ngoại tại nào, nhưng trường hợp của cô cho thấy từ trong cuộc sống của tuổi trẻ đã có rất nhiều dấu hiệu báo trước cho một căn bệnh tâm thần sẽ xảy ra trong tương lai.

Đặt câu hỏi là nếu Dũng và Wei Mei đã không gặp những biến cố như thế thì liệu họ có bị bệnh không? Trước khi trả lời câu hỏi này ta cần khẳng định rằng trong cuộc sống hầu như không có ai không có những lúc gặp xui xẻo, rủi ro, tai nạn, những giây phút căng thẳng, phải đương đầu, chịu đựng với những đau buồn, rắc rối, khó khăn và nguy cơ đe dọa từ bên ngoài, tuy vậy đâu phải ai cũng vì thế mà bị ngã bệnh? Như vậy có thể nói chỉ có cá nhân nào có sẵn những yếu tố tinh thần và thể chất đặc biệt như thế nào đó thì mới dễ bị tổn thương với sức ép từ ngoại cảnh. Nói rõ hơn, cá nhân phải có sẵn những yếu tố không bình thường từ bẩm sinh và chúng chỉ chờ cơ hội thuận lợi là bắt đầu phát sinh. Có thể nói, Dũng cũng như Wei Mei là những cá nhân nằm trong số này. Vậy thì sức ép từ môi trường chỉ là yếu tố thúc vọt, và những điều kiện sức khỏe tinh thần và thể chất bẩm sinh của cá nhân mới là yếu tố nguyên nhân tiên quyết.

Về mặt triệu chứng bệnh thì trường hợp 2 của Anita là quá trầm trọng, thể hiện đầy đủ các triệu chứng vừa dương tính và âm tính. Các triệu chứng này ít nhiều đều thấy hiện diện trong cả ba giai đoạn tiến bệnh, toàn phát và di chứng của cô. Sau khi các triệu chứng dương tính (nghe tiếng nói, xem búp bê là đứa con) được lắng dịu, tình trạng sức khỏe cũng chẳng có gì khả quan. Những triệu chứng âm tính (dáng điệu chậm chạp, lời nói vô nghĩa, cảm xúc cùn mòn) càng ngày càng trầm trọng hơn trong thời kỳ di căn. Như đã nói, trường hợp bệnh của Anita được xếp vào loại 2, là loại thường có kết quả chữa trị rất kém cỏi.

Đối với trường hợp 1, Dũng mặc dù cũng cần phải tiếp tục được chữa trị lâu dài hơn nữa nhưng tình trạng sức khỏe của anh rõ ràng có tiến triển đều đặn. Về khả năng tâm trí anh không thể như xưa, nhưng anh vẫn có khả năng tự sinh sống và hoạt động

bình thường trong nhiều lãnh vực của cuộc sống. Ngoài những triệu chứng do các phản ứng phụ của thuốc, anh không bị nhiều di chứng sau khi các triệu chứng dương tính đã được chặn đứng (nghe tiếng thúc giục, nghĩ rằng mình là thiên tài). Dũng đã tuân thủ mọi phương thức chữa trị bằng cách dùng thuốc và tập luyện đều đặn trong quá trình trị liệu. Bệnh của anh thuộc loại 1 và thường có tiên lượng tốt.

Trong ví dụ 3, các triệu chứng tâm thần phân liệt của Wei Mei đều ở vào trường hợp nhẹ. Cô chỉ bị các triệu chứng dương tính (nghe tiếng đe dọa của cảnh sát) nổi lên trong một thời gian và không kéo dài quá sáu tháng. Từ đó triệu chứng hoang tưởng tiếp tục ổn định, không tái phát, không có di chứng và tình trạng sức khỏe của cô được cải thiện dần cho đến mức bình thường. Bệnh của cô thuộc loại loạn tâm thần dạng phân liệt, tức là một loại nhẹ so với các bệnh tâm thần phân liệt chính. Một vài yếu tố thuận lợi trong trường hợp này là cô chỉ bắt đầu phát bệnh khi đã lớn tuổi, bệnh có thể do tác động bởi sức ép từ môi trường, tuyệt nhiên không có những triệu chứng âm tính, và cũng không có những dấu hiệu của tiền bệnh.

Nói tóm lại, tâm thần phân liệt là một loại bệnh khó chữa, khi đã khởi phát thì có thể có nguy cơ kéo dài suốt đời hoặc biến thành di căn. Từ ngàn xưa, nhiều người xem nó như là một hình thức trừng phạt của ma quỷ. Để chạy chữa, người ta thường dùng sự cúng bái và cầu khẩn, hoặc có khi bắt con bệnh phải chịu nhiều cực hình oan uổng, như bị nhận nước, bị trói chặt, bị đánh đập dã man... Người ta tin rằng những cách chữa trị như thế là làm cho hồn ma sẽ bỏ đi khỏi thân xác người bệnh, và như thế cá nhân sẽ được lành bệnh.

Ngày nay sự tiến bộ của khoa học đã làm giảm thiểu những ý

tưởng mê tín dị đoan đối với những vấn đề thuộc về bệnh tật con người. Khoa học cũng đã có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán và chữa trị các bệnh tâm thần qua những công trình nhằm vào việc nghiên cứu những yếu tố hoàn toàn thuộc về bản chất của hai mặt đời sống thân xác và tinh thần của người bệnh. Nhưng cho đến nay, bệnh tâm thần phân liệt vẫn là một trong những bệnh rất khó chữa cho khỏi hẳn. Các loại thuốc chống loạn thần hiện nay đã có thể giảm thiểu được các triệu chứng của căn bệnh, nhưng bên cạnh đó thuốc men lại có nhiều nguy cơ gây ra những phản ứng phụ trầm trọng và lâu dài, và trong nhiều trường hợp thuốc chữa cũng có thể có những tác dụng nghịch của nó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: APA.
2. Regier, D. A. , et al (1993). *The de facto US Mental and Addictive Disorders Service system: Epidemiologic Catchment Area prospective one year prevalence rates of disorders in services*. Arch. Gen. Psychiat. , 50, 85- 94.
3. Putnam, K. M. , et al (1996). *Symptom stability in geriatric chronic schizophrenic inpatients: A one- year follow- up study*. Bio. Psychiat. , 39, 92- 99.
4. Varna, V (2000, Jan). *Transcultural perspective on schizophrenia: Epidemiology manifestation, and outcome*. Transcultural Psychiatry Newsletters.
5. Hegarty, J. D. , et al (1994). *One hundred years of schizophrenia: A meta- analysis of the outcome literature*: American Journey of Psychiatry 151, 1409- 1416.
6. Gottesman, I. K (1991) *Schizophrenia Genesis: The Origin of Madness*. NY: Freeman.
7. Stevens, J. R (1997). *Anatomy of Schizophrenia revisited*. Schizophrenia Bulletin, 23 (3), 236- 240.
8. McKenna, P. J (1994). *Schizophrenia and Related Syndroms*, Oxford: Oxford University Press.
9. Torrey, E. F (1991). *A viral- anatomical explanation of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin 17(1), 15- 18.
10. Sponheim, S. R. , et al (1997). *Season of birth and electroencephalogram power abnormalities in schizophrenia*. Bio Psychiat, 41, 1020- 1027.
11. Meltzer, H. Y (1995). *The role of serotonin in schizophrenia and the place of serotonin-*

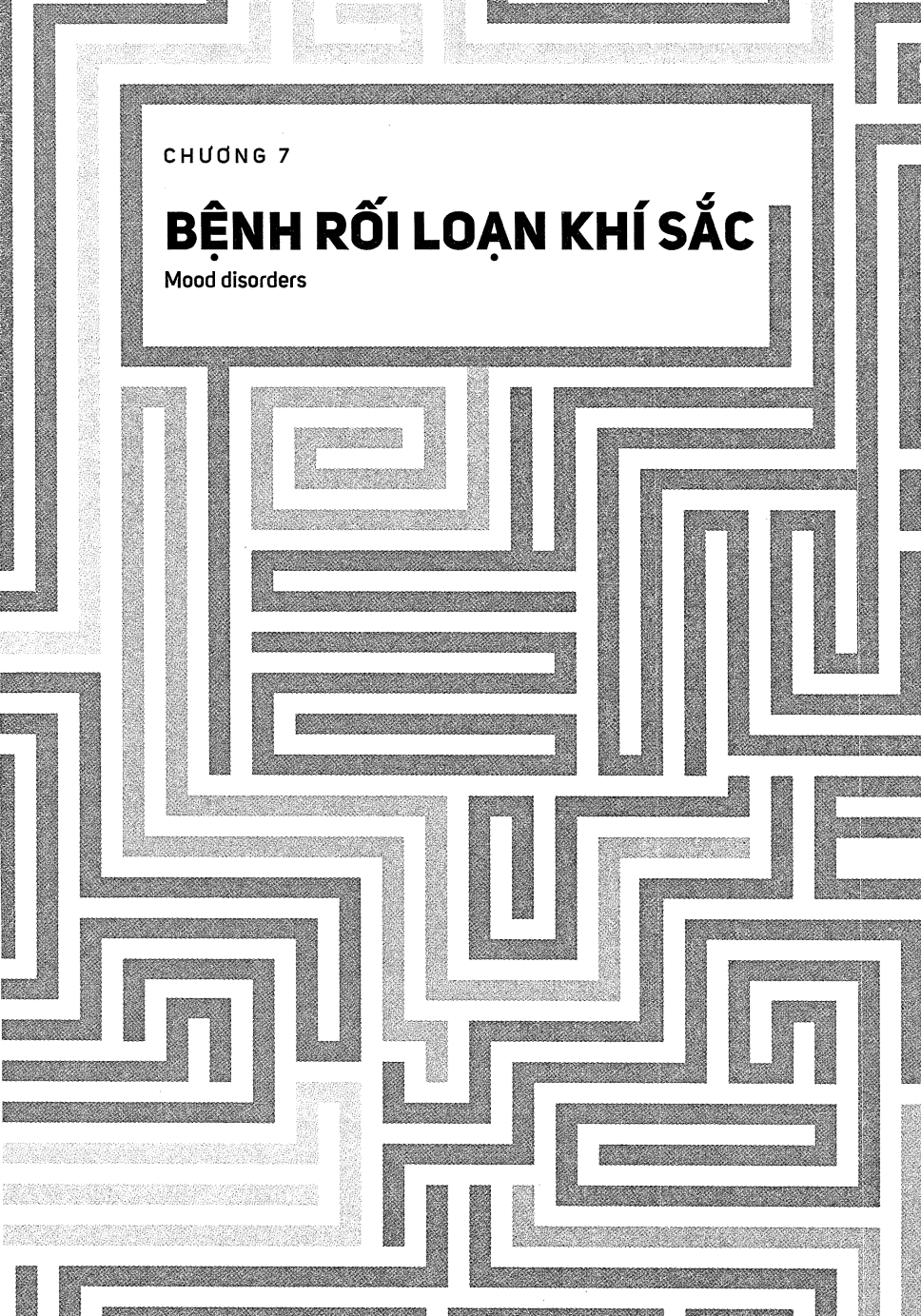
dopamine antagonist antipsychotics. Journal of Clinical Psychopharmacology 15 (1, suppl 1), 28- 35.

12. Breier, A (1994). *Clozapine and noradrenergic function*. Support for a novel hypothesis for superior efficacy. Journal of Clinical Psychiatry, 55 (Suppl B), 122- 125.
13. Linstrom, L. H (1996). *Clinical and biological markers for outcome in schizophrenia: A review of a longitudinal follow- up study in Uppsala schizophrenia research project*. Neuropsychopharmacology 14, 235- 265.
14. Milkowitz, D. I, et al (1995). *Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients*. Journal of Abnormality Psychology 104 (2), 268- 276.

CHƯƠNG 7

BỆNH RỐI LOẠN KHÍ SẮC

Mood disorders



KHÁI NIỆM

Khí sắc của mọi người thường thay đổi, lúc vui tươi lúc buồn rầu, là chuyện rất bình thường. Trong cuộc sống hằng ngày, mọi cá nhân đều có thể bị tác động bởi những sự việc xảy ra ngoài sự trông đợi của mình, do đó trạng thái tâm hồn và cảm xúc của cá nhân thường biến chuyển và khó giữ được tình trạng bền vững và ổn định. Tuy nhiên, nếu sự biến chuyển và thay đổi khí sắc vừa có tính cách chu kỳ, khuôn mẫu, và mức độ biến chuyển lại sâu rộng và dai dẳng, với những cảm xúc quá trốn, thái cực, hoặc quá hưng phấn hoặc quá âu sầu, tác động trực tiếp đến các chức năng hành xử bình thường, cũng như làm nguy hại đến mọi công ăn việc làm thường nhật của cá nhân thì đó là những dấu hiệu của căn bệnh rối loạn khí sắc.

Rối loạn khí sắc làm cho cảm xúc của cá nhân luôn luôn bị nghiêng lệch, hoặc quá buồn rầu, ủ dột, được gọi là trạng thái *trầm cảm* (depression), hoặc quá vui nhộn, phấn chấn, được gọi là trạng thái *hưng cảm* (mania).

Bệnh rối loạn khí sắc được chia ra làm hai loại chính, loại **rối loạn khí sắc đơn cực** (Unipolar disorders) hay thường được gọi tổng quát là **bệnh trầm cảm** (Depression), tức là tinh thần luôn ở trạng thái tiêu cực, buồn khổ và thất vọng, và loại **rối loạn khí sắc lưỡng cực** (Bipolar disorders), cũng thường được gọi là **bệnh hưng - trầm cảm**, là trạng thái hai chiều của khí sắc, lúc trầm cảm lúc hưng cảm.

Theo thống kê hàng năm tại các bệnh viện, rối loạn khí sắc là căn bệnh phổ thông đứng hàng thứ 3 sau các **chứng rối loạn lo âu** và **rối loạn do nghiện ngập**. Phụ nữ có số lượng bị rối loạn khí sắc đơn cực gấp đôi nam giới, nhưng cả hai đều có số lượng người bị rối loạn khí sắc lưỡng cực ngang nhau [1].

Những tiêu chuẩn căn bản để chẩn đoán cho các loại bệnh rối loạn khí sắc bao gồm các hình thức đặc biệt như sau: **giai đoạn hưng cảm**, **giai đoạn hạ hưng cảm**, **giai đoạn pha trộn**, và **giai đoạn trầm cảm chính hệ**. Cần lưu ý là những giai đoạn hưng cảm, hạ hưng cảm, hay trầm cảm mà cá nhân đang trải qua không phải là hậu quả của sự đau ốm cơ thể, của thực phẩm ăn uống, của các dược chất, hay thuốc cấm. Ví dụ, cá nhân bị bệnh tai biến mạch máu não thường có những triệu chứng trầm cảm, hay cá nhân đang say thuốc phiện thường có những cảm giác phấn chấn, sôi nổi, sáng khoái, bông bột...

- **Giai đoạn hưng cảm (manic episode):** Trong giai đoạn này, ít nhất phải kéo dài từ một tuần lễ trở lên, cảm xúc của cá nhân luôn ở trạng thái cao độ của sự bồn chồn, phấn chấn, bông bột, và dễ bần gất. Những triệu chứng đi kèm theo trạng thái hưng cảm thường bao gồm những đặc điểm như tính phô trương, hăng say công việc quá độ, ý tưởng chuyển đổi liên tục, nói năng huyền thuyên, ngủ

rất ít nhưng năng lực không bị sút giảm, rất đáng trí, dễ có những quyết định liều lĩnh, táo bạo và nguy hiểm, v. v... Đôi khi những triệu chứng này còn đi kèm với các hiện tượng loạn thần có tính chất hoang tưởng hay ảo giác.

Giai đoạn hưng cảm thường làm cho mọi chức năng sinh hoạt và giao tế hằng ngày của cá nhân luôn có tính chất quá đáng, sai lệch, hư hỏng, và đôi khi rất thiệt hại và nguy hiểm. Trong một số trường hợp cần phải đưa đi nhập viện để điều trị. Cá nhân có thể làm nhiều hành vi rất bốc đồng, thiếu suy xét như vung tiền mua sắm nhiều thứ không cần thiết, hào phóng và rộng lượng không đúng chỗ; quyết định làm những việc tệ hại và nguy hiểm, chẳng hạn, phóng xe chạy như bay, liều lĩnh mở ra một dịch vụ làm ăn không cần tính toán và nghiên cứu thị trường, hoặc dấn thân vào những hành động hiếu chiến, bạo lực hay nhục dục vô độ mà không có chút đắn đo, suy nghĩ. Tuy nhiên, những cảm xúc quá bốc đồng và bùng nổ như thế thông thường sẽ biến mất sau một thời gian để thay vào đó là những giây phút hậm hực, giận dữ và cáu gắt.

- **Giai đoạn hạ hưng cảm (hypomanic episode):** Trong giai đoạn này những hiện tượng thuộc về cảm xúc và các triệu chứng của cá nhân cũng tương tự như giai đoạn hưng cảm, nhưng ở mức độ nhẹ, ít trầm trọng hơn. Theo đó, những dấu hiệu biểu hiện tính loạn thần có vẻ chìm lắng và các chức năng sinh hoạt thường nhật của cá nhân không sút giảm rõ ràng và trầm trọng như giai đoạn hưng cảm. Thời hạn của giai đoạn này thường ngắn hơn, khoảng 4 ngày thay vì một tuần như giai đoạn trước.

- **Giai đoạn pha trộn (mixed episode):** Đây là giai đoạn mà cá nhân thường có những chuyển biến khí sắc lên xuống rõ rệt ngay trong ngày, khi thì quá hưng cảm lúc thì quá trầm cảm. Cảm xúc của cá nhân thay đổi từ trạng thái phấn khởi tốt độ qua trạng thái chìm đắm trong u sầu, ủ dột và cứ xoay vòng như vậy trong thời gian ít nhất là một tuần. Do đó, sự lên xuống của khí sắc làm ảnh hưởng nặng nề tới các chức năng sinh hoạt thường nhật của cá nhân.
- **Giai đoạn trầm cảm (major depressive episode):** Đây là giai đoạn hoàn toàn khác biệt với những giai đoạn kể trên. Trầm cảm chính hệ là căn bệnh chính (là một loại bệnh trầm cảm nặng) của loại rối loạn khí sắc đơn cực (xem thêm chi tiết ở phần B trong mục “Phân loại” bên dưới). Những dấu hiệu của hiện tượng trầm cảm chính hệ có thể phát hiện qua những đặc tính của cảm xúc và triệu chứng như: 1) tâm trạng ảm đạm, buồn rầu, thất vọng (trẻ em thì có cử chỉ cau có, bần gắt); 2) không có cảm giác thích thú và quan tâm đến những sinh hoạt thường phải làm hằng ngày; 3) cảm thấy cá nhân mình quá tầm thường, chẳng có giá trị gì hoặc như có bị lỗi lầm quá đáng nào đó; 4) tư tưởng cứ bị ám ảnh với sự chết chóc, tự tử hay thật sự có ý định tự tử; 5) đầu óc thiếu tập trung và thiếu quyết đoán; 6) tâm trí lơ đãng và lú lẫn; 7) khó ngủ hoặc ngủ li bì suốt ngày; 8) cảm thấy mệt mỏi, hết năng lực; 9) bị sụt cân mà không phải do ăn kiêng, hoặc bị lên cân quá đáng do liêu lĩnh ăn uống vô độ. Giai đoạn trầm cảm chính hệ chỉ được chẩn đoán khi cá nhân có ít nhất là 5 trong số những triệu chứng nêu trên trong một thời hạn tối thiểu là 2 tuần lễ.

PHÂN LOẠI

A- RỐI LOẠN KHÍ SẮC LƯƠNG CỰC

Sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần **DSM** liệt kê 3 loại rối loạn khí sắc lưỡng cực, gồm có *rối loạn khí sắc lưỡng cực I*, *rối loạn khí sắc lưỡng cực II*, và *rối loạn khí sắc chu kỳ* [2].

Rối loạn khí sắc lưỡng cực I (Bipolar I disorders)

Cá nhân nằm trong trường hợp rối loạn khí sắc lưỡng cực I phải trải qua ít nhất là một giai đoạn hưng cảm hay một giai đoạn pha trộn của hưng và trầm cảm vào một lúc nào đó. Cũng có khi cá nhân kinh qua một đôi lần những triệu chứng của giai đoạn trầm cảm chính hệ. Bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực I được chia làm **6 tiêu loại**:

- Loại chỉ có một giai đoạn hưng cảm và chưa bao giờ trải qua giai đoạn trầm cảm nào trong quá khứ.
- Loại mới vừa hoặc hiện tại đang trải qua giai đoạn hạ hưng cảm và trong quá khứ đã trải qua một đôi lần giai đoạn hưng cảm hay giai đoạn pha trộn.
- Loại mới vừa hoặc hiện tại đang trải qua giai đoạn hưng

cảm, và trong quá khứ cá nhân đã từng có ít nhất là một lần một trong những giai đoạn trầm cảm, hưng cảm hay pha trộn.

- Loại mới vừa hoặc ngay trong hiện tại đang trải qua giai đoạn pha trộn giữa hưng cảm và trầm cảm và trong quá khứ cá nhân đã từng trải qua ít nhất là một lần của giai đoạn trầm cảm, hưng cảm hay pha trộn.
- Loại mới vừa hoặc ngay trong hiện tại cá nhân đang ở trong giai đoạn trầm cảm chính hệ và trong quá khứ cá nhân đã có ít nhất một giai đoạn hưng cảm hay pha trộn.
- Loại rối loạn khí sắc lưỡng cực không biệt định, nghĩa là mới đây hoặc trong hiện tại cá nhân có những *triệu chứng* (không phải là giai đoạn) tương tự như hưng cảm, hạ hưng cảm, pha trộn, hay trầm cảm chính hệ, và trong quá khứ cá nhân đã có lần trải qua các giai đoạn hưng cảm hay pha trộn.

Rối loạn khí sắc lưỡng cực II (Bipolar II disorders)

Hình thức chẩn đoán này áp dụng cho những cá nhân đã có ít nhất là một giai đoạn hạ hưng cảm cộng với một hay nhiều giai đoạn trầm cảm chính hệ. Thêm vào đó, để phân biệt với các chẩn đoán của loại I đã nêu trên, cá nhân phải là người chưa từng kinh qua những giai đoạn *trầm trọng của các triệu chứng hưng cảm hay giai đoạn pha trộn*. Ngoài ra, những triệu chứng hiện tại phải thật sự gây ra khó chịu, buồn khổ, cũng như có tác động tiêu cực đến mọi chức năng sinh hoạt của cá nhân.

Tóm lại, sự phân loại ở trên chỉ có mục đích cho việc chẩn đoán được rõ ràng chứ cá nhân vẫn có thể được chẩn đoán là bị rối loạn khí sắc lưỡng cực mà không đòi hỏi phải có những giai đoạn trầm cảm trong quá khứ. Thật ra, nhiều quan sát từ các bệnh nhân

cho thấy những giai đoạn trầm cảm thường hay đi theo sau những giai đoạn hưng cảm, để rồi chu kỳ lên xuống cứ tiếp diễn như vậy nếu cá nhân không được chữa trị.

Thống kê cho biết khoảng từ 10 - 15% các cá nhân nằm trong trường hợp rối loạn khí sắc lưỡng cực trầm trọng đã rồi cuộc quyết định tự tử và chết. *Các chứng rối loạn khí sắc lưỡng cực thường trầm trọng và có nhiều nguy cơ hơn là các chứng rối loạn khí sắc đơn cực.* Bệnh nhân bị rối loạn khí sắc lưỡng cực thường có những giai đoạn trầm cảm lâu dài, dễ tái phát, dễ phát triển những triệu chứng loạn thần qua các hình thức hoang tưởng và ảo giác, và dễ có ý tưởng tự tử [3]. Nét nổi bật của rối loạn khí sắc lưỡng cực là trong những thời kỳ hưng cảm kèm theo các triệu chứng loạn thần, cá nhân có thể có những hành động liều lĩnh và nguy hiểm ngoài sự kiểm soát của lý trí như tấn công, gây hấn, sát hại người khác, hoặc tự làm hại bản thân, hay làm những việc hoàn toàn thiếu cần trọng, không cần suy xét như xao lãng, nghiện ngập, hoang phí, hoặc quá keo kiệt...

Rối loạn khí sắc chu kỳ (Cyclothymic disorder)

Cá nhân thuộc loại này thường có khí sắc thay đổi lên xuống giữa những thời kỳ hưng cảm và trầm cảm, nhưng những triệu chứng hưng cảm và trầm cảm không bao giờ ở mức độ quá trầm trọng như những cá nhân nằm trong trường hợp rối loạn khí sắc lưỡng cực I và II. *Những triệu chứng nhẹ của hưng cảm và trầm cảm cứ luân phiên nhau và kéo dài cho tới ít nhất là 2 năm* (đối với trẻ em và vị thành niên thì tiêu chuẩn chẩn đoán là 1 năm). Vì tình trạng rối loạn khí sắc của dạng này luôn luôn ở mức độ nhẹ nên tác động của nó trên các chức năng hành xử tổng quát hằng ngày của cá nhân thường không tạo ra nhiều giảm sút hay hư hỏng.

B- RỐI LOẠN KHÍ SẮC ĐƠN CỰC

Rối loạn khí sắc đơn cực còn được gọi là *bệnh trầm cảm*, là tình trạng suy sụp của tinh thần, tâm trí và thể chất với những triệu chứng buồn rầu, rũ rượi, ngủ nhiều, chán đời, và kiệt sức... *Cá nhân mắc chứng rối loạn khí sắc đơn cực chỉ biểu hiện những giai đoạn trầm cảm* mà không có quá trình trải qua những giai đoạn hưng cảm, hạ hưng cảm, hay pha trộn. Bệnh rối loạn khí sắc đơn cực được chia ra làm nhiều tiểu loại. Sau đây là bản tóm lược một số loại chính:

Trầm cảm chính hệ (Major depressive disorders)

Còn có tên là *trầm cảm lớn*. Đây là loại trầm cảm có tính trầm trọng hơn hết. Sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần DSM ấn định rằng tiêu chuẩn chẩn đoán cho bệnh trầm cảm chính hệ là các chức năng sinh hoạt bình thường trước đây của người bệnh phải có dấu hiệu suy giảm rõ ràng và các triệu chứng phải liên tục kéo dài ít nhất là 2 tuần trở lên. Các triệu chứng thường tệ hại nhất vào buổi sáng sớm. Cá nhân phải hội đủ 5 trong số 9 triệu chứng liệt kê trong giai đoạn trầm cảm chính hệ (đã nêu ra ở trên). Trong trường hợp trầm trọng, bệnh nhân có thể có những thời kỳ xuất hiện ngắn hạn của chứng loạn thần, với các triệu chứng hoang tưởng hoặc ảo giác, cũng như có ý nghĩ hay hành động muốn tự tử. Cần chú ý là nếu không có những triệu chứng trầm cảm mà chỉ bị các triệu chứng loạn thần kéo dài từ hai tuần trở lên thì người bệnh có thể mắc một chứng bệnh tâm thần khác, chẳng hạn như bệnh tâm thần phân liệt, v.v...

Đối với loại bệnh trầm cảm chính hệ này thì yếu tố bẩm sinh và di truyền đóng vai trò rất quan trọng trong vấn đề nguyên nhân gây ra bệnh. Tác động của các yếu tố ngoại cảnh đương thời thường

chỉ đóng vai trò thúc vội. Thống kê hằng năm ước tính là khoảng 15% số bệnh nhân trầm cảm chính hệ đã tự kết liễu đời mình [4].

Trầm cảm thứ đẳng (Dysthymic disorder)

Còn có tên là *loạn khí sắc* (theo tác giả thuật ngữ này có tính cách chung chung, không rõ ràng và dễ bị lẫn lộn với các dạng bệnh khác). Trước đây giới chuyên gia trong ngành thường xếp bệnh này vào loại bệnh *trầm cảm tâm căn* (Depressive neurosis). Trầm cảm thứ đẳng là bệnh thường ít trầm trọng và những dấu hiệu khởi đầu của triệu chứng thường không có những nguyên nhân rõ ràng. Những triệu chứng trầm cảm thứ đẳng được phỏng đoán là hậu quả của những sự kiện tâm lý có quá trình tranh chấp tiềm ẩn trong nội tâm, hay là do những tác động lâu dài của ngoại cảnh (ví dụ, cá nhân phải trải qua những hoàn cảnh sống, khốn khó, nghiệt ngã triển miên...).

Các triệu chứng trầm cảm thứ đẳng bao gồm thiếu năng lực, uể oải, biếng ăn, khó ngủ, ít ham muốn giao tiếp, đầu óc không tập trung, bi quan, vô vọng, v.v.... Ngoài những triệu chứng ít trầm trọng như thế, cá nhân bị trầm cảm thứ đẳng thường không có những triệu chứng loạn thần. Khác với trầm cảm chính hệ, các triệu chứng của cá nhân bị trầm cảm thứ đẳng thường tẻ hơn vào buổi chiều thay vì là vào buổi sáng. Để chẩn đoán bệnh trầm cảm thứ đẳng, các triệu chứng này phải kéo dài liên tục từ 2 năm trở lên, và đối với trẻ em và vị thành niên thì thời gian là 1 năm.

Trầm cảm sau sinh (Postpartum depression)

Trầm cảm sau sinh còn gọi là *bệnh sản hậu*. Khoảng 50% phụ nữ sau khi sinh con, thường là 30 ngày trở đi, đều có trải qua những triệu chứng như mất ngủ, dễ xúc cảm, dễ bần gất, uể oải,

khó chịu, v.v... Nhưng trong số này lại có khoảng 10 đến 20% có thể mắc những triệu chứng trầm trọng hơn. Ngoài những triệu chứng trầm cảm, đôi khi còn có thêm những triệu chứng loạn thần; chẳng hạn trí óc lơ lửng những ý tưởng liên quan đến tai nạn, rủi ro, tang thương, hay chết chóc có thể xảy ra cho mình hay những người thân trong gia đình, hay ngay cả đứa con sơ sinh của mình. Ví dụ, có người mẹ ôm đứa con sơ sinh mà đầu óc cứ lơ đãng ý tưởng muốn vất nó xuống đất... Các triệu chứng thường kéo dài từ 2 đến 8 tuần là tự nhiên chấm dứt, nhưng trong một vài trường hợp các triệu chứng này cũng có thể kéo dài đến cả năm.

Trầm cảm sau sinh dễ xảy ra cho những phụ nữ bẩm sinh có khí sắc dễ bị dao động, tinh thần yếu đuối, hay thay đổi bất thường. Tuy nhiên, ngoại cảnh cũng dễ làm nảy sinh và thúc đẩy các triệu chứng. Thời gian sức khỏe đang hồi phục sau khi sinh cũng là thời gian rất nhạy cảm về mặt tinh thần, do đó, những gì đem đến đau khổ, buồn phiền vào lúc này sẽ có thể có tác động to lớn cho sức khỏe tâm thần của người phụ nữ mới vừa sinh con [5].

Trầm cảm do tiết trời (Seasonal affective disorders)

Khi thời tiết đổi mùa, thường vào mùa Thu và Đông, một số cá nhân có thể cảm nghiệm những triệu chứng trầm cảm, nhưng những triệu chứng thường không trầm trọng và thường biến mất vào mùa Xuân và Hạ. Các triệu chứng thường thấy là ngủ gà ngủ gật suốt ngày dù không bị thiếu ngủ, ăn uống quá độ, uể oải và chậm chạp. Loại trầm cảm này được phỏng đoán là do sự chuyển hóa không bình thường chất *melatonin* (một loại hormone được tiết ra bởi tuyến Pineal nằm sâu ở phần dưới bộ não, có tác dụng giúp giữ quân bình cho khí sắc). Vì lượng melatonin trong cơ thể chịu ảnh hưởng bởi những chu kỳ tối - sáng (light - dark cycles)

của ngày và đêm, cho nên có gợi ý là bệnh nhân nên ở ngoài trời khoảng 2 tiếng đồng hồ mỗi ngày trước khi trời mọc hoặc sau khi trời lặn để tạo sự cân bằng lượng melatonin trong cơ thể [6].

Bệnh mất trí giả hiệu (Pseudodementia)

Hiện tượng này cũng được liệt kê như một hội chứng trầm cảm. Gọi là mất trí giả hiệu bởi vì tính lú lẫn và dễ quên của người bị bệnh mất trí giả hiệu là do các triệu chứng trầm cảm gây ra chứ không phải thật sự do sự thoái hóa của não bộ, hay do ảnh hưởng của sự lạm dụng các chất ma túy hay được liệu. Do đó, khi một người cao tuổi bị bệnh trầm cảm thì những triệu chứng đờ đẫn của trí óc do trầm cảm gây ra thường được chẩn đoán lầm lẫn như là *chứng mất trí tuổi già* (Senile dementia).

Tuy nhiên cần chú ý những sự khác biệt giữa bệnh mất trí giả hiệu do bị trầm cảm và các loại bệnh mất trí vì tuổi già. Người mất trí giả hiệu có thể biết được trí óc của họ bắt đầu tồi tệ từ khoảng thời gian nào, trong khi người mất trí tự nhiên vì tuổi tác không thể nào biết được. Người bị bệnh mất trí giả hiệu thường phàn nàn và quan tâm tới trí óc tồi tệ của họ, trong khi người bị mất trí tự nhiên vì tuổi tác thường không chú ý tới vấn đề này. Ngoài ra, bệnh mất trí giả hiệu sẽ giảm dần khi các triệu chứng trầm cảm càng ngày càng được phục hồi, trong khi đó bệnh mất trí tự nhiên vì tuổi tác thì tình trạng càng ngày sẽ càng tệ hại hơn.

Bệnh trầm cảm trẻ em (Depression in children)

Trầm cảm trẻ em là loại bệnh đã được các giới y học ngày nay xác định không phải là hiếm hoi. Những dấu hiệu và triệu chứng trầm cảm nơi trẻ em cũng không khác mấy với người lớn, tuy nhiên chúng thường được khuất lấp dưới những hành vi như

trốn lớp, bỏ học, không vâng lời, cưỡng chống luật lệ, bỏ nhà ra đi, thường có những hành động thiếu suy nghĩ, tự làm hại mình như tập chứng nghiện ngập và đôi khi cũng có hành vi tự tử.

Sau hết, cần đề cập đến một số những hành vi và triệu chứng đau buồn, rủ rui, tinh thần sa sút, v. v... nhưng lại không được liệt vào danh sách các loại bệnh trầm cảm. Đó là những hành vi thương khóc, sầu khổ, tiếc nuối vì những mất mát, tang tóc (grief, bereavement) v.v... Phản ứng bình thường của mọi người là buồn khổ, nuối tiếc khi có sự mất mát quá to lớn, hay khi có tang chế người thân. Kèm theo những hành vi khóc lóc, còn có nhiều triệu chứng trầm cảm như biếng ăn, mất ngủ, đau mỏi cơ thể, không tha thiết với sinh hoạt, tiếp xúc hằng ngày, v.v...

Nhưng không như người bệnh trầm cảm, sự đau buồn này có nguyên nhân rõ ràng và triệu chứng của nó cũng đơn giản, thường không đưa tới những tư tưởng quá bi quan, quá tuyệt vọng làm hỗn loạn tâm trí và tinh thần. Thông thường các triệu chứng này sẽ dần dần được phục hồi và có thể chấm dứt sau 6 tháng hoặc một năm. Thời gian và sự hỗ trợ của người thân là liều thuốc tốt nhất cho các trường hợp này. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp các phản ứng buồn khổ do sự mất mát, hay tang chế... rốt cuộc lại biến thành một căn bệnh trầm cảm lâu dài về sau [7].

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của các bệnh rối loạn khí sắc là vấn đề đã từng được giải thích theo nhiều quan điểm khác nhau dựa trên các khía cạnh tâm sinh lý và xã hội, nhưng vẫn chưa có quan điểm nào có thể giải thích một cách đầy đủ mọi vấn đề để tạo sự tin cậy cho các giới chuyên viên trong ngành.

QUAN ĐIỂM SINH HỌC

Trước hết, quan điểm sinh học cho rằng bệnh rối loạn khí sắc phát sinh từ những điều kiện đặc biệt của các yếu tố thuộc về thể chất chứ không liên hệ gì đến lãnh vực tâm lý của cá nhân.

Lập luận hỗ trợ cho quan điểm sinh học phần lớn dựa trên các kết quả nghiên cứu của những yếu tố thuộc về *bẩm sinh*, hoạt động của *các chất dẫn truyền thần kinh* trong não bộ, và trữ lượng *hợp chất hóa học sodium ion* trong cơ thể.

- Yếu tố bẩm sinh (Genetics)

Nhiều nghiên cứu cho thấy rối loạn khí sắc là một trong những loại bệnh có mầm mống di truyền. Những yếu tố bẩm sinh đóng góp từ 50 đến 60% nguy cơ phát sinh bệnh và thân nhân của những bệnh nhân rối loạn khí sắc có khả năng nhiễm bệnh này từ 4 - 25% so với 1% đối với dân số nói chung [8].

Một số nghiên cứu cho rằng bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực có liên quan đến sự di truyền của các *nhễm sắc thể* (chromosome) đặc biệt của một chủng tộc hay một dòng họ. Ví dụ, năm 1987 cuộc kiểm tra những gia đình người Amish (gốc dân Âu châu theo đạo Quaker, đến Mỹ từ trên 200 năm nay và hiện định cư tại tiểu bang Pennsylvania) đã đi đến kết luận là bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực có liên hệ tới nhiễm sắc thể số 11. Tuy nhiên, những cuộc nghiên cứu tiếp theo về sau với những đối tượng chủng tộc khác lại cho thấy bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực còn dính líu đến các nhiễm sắc thể số 18, 4, 6, 13, và 15. Những nghiên cứu nêu trên rõ ràng đã không đưa ra những kết luận trước sau như một và phù hợp nên quan điểm về nhiễm sắc thể đã không đem lại những giá trị khả tín [9 & 10].

Ngoài ra, một số nghiên cứu khác dựa trên những cặp sinh đôi cũng đã có kết luận liên quan đến tính chất bẩm sinh của bệnh là khi một cặp sinh đôi đồng hợp tử (cùng trứng) mà người này có bệnh rối loạn khí sắc đơn cực thì người kia có đến 46% khả năng sẽ bị những triệu chứng tương tự [11].

- Chất dẫn truyền thần kinh (Neurotransmitters)

Các chuyên gia thần kinh não bộ cho rằng các bệnh rối loạn khí sắc phát sinh từ sự hoạt động hỗn loạn của nhóm chất dẫn truyền thần kinh *catecholamines*, trong đó bao gồm các chất

epinephrine, *norepinephrine*, và *dopamine* có tác động quan trọng tới các sinh hoạt của hệ thống thần kinh trung ương và thần kinh ngoại vi. Ý kiến này cho rằng sự thiếu hụt *norepinephrine* gây ra tình trạng trầm cảm, và ngược lại, nếu nó quá dư thừa thì sẽ tạo ra tình trạng hưng cảm. Bằng chứng là các loại thuốc làm tăng chất *norepinephrine* như *Tricyclics* và *MAO Inhibitors*, đã tỏ ra có hiệu nghiệm trị liệu đối với các triệu chứng trầm cảm, trong khi đó những loại thuốc làm giảm *norepinephrine* như *Lithium*, lại có hiệu nghiệm chữa trị các triệu chứng hưng cảm [12].

Về sau này lại có thêm ý kiến là nguyên nhân phát sinh các bệnh rối loạn khí sắc không phải chỉ vì mức độ gia tăng quá đáng của lượng *norepinephrine* mà còn do có sự thiếu hụt đồng thời của chất dẫn truyền thần kinh *serotonin*. Như vậy, ý kiến này cho rằng trầm cảm được xem là tình trạng *thiếu hụt cả hai chất norepinephrine và serotonin*, và hưng cảm là tình trạng vừa có sự dư thừa của *norepinephrine* và *thiếu hụt của serotonin* [13].

- Hợp chất **Sodium ion**

Sodium ion là một hợp chất có trong muối ăn, được dự trữ trong cơ thể và nằm trong hai lớp màng mỏng của mỗi tế bào não, nó đóng vai trò quan trọng trong việc chuyển vận mọi thông tin từ thân bào xuống phần cuối của trục bào (axon) để rồi chuyển qua tế bào kế cận (xem thêm chương 2, phần “Quan điểm sinh học”). Lý thuyết này cho rằng khi tế bào thần kinh bị kích thích thì *sodium ion* từ bên ngoài di chuyển vào trong thân bào để bắt đầu một tiến trình điện hóa, gọi là *hành động khai hỏa*, cho tế bào thần kinh. Nếu mọi thông tin trong não bộ được truyền đi bình thường và đều đặn thì *sodium ion* cũng chuyển vận ra vào giữa các màng tế bào thần kinh đều đặn và bình thường. Nhưng khi những hợp

chất *sodium ion* di chuyển không đều đặn và bình thường thì các tế bào thần kinh thường bị “khai hỏa” quá dễ dàng, dẫn tới việc tạo ra những triệu chứng hưng cảm cho cá nhân [14].

Một số nghiên cứu khác lại cho rằng những cá nhân bị rối loạn khí sắc lưỡng cực cũng có thể do sự khiếm khuyết hay hư hỏng của các màng tế bào thần kinh đã làm cho hoạt động của *sodium ion* không được điều hòa và bình thường [15].

- Yếu tố hormone

Một số lập luận khác cho rằng hệ thống các tuyến nội tiết (endocrine glands) là nguyên nhân của các chứng rối loạn khí sắc. Các tuyến nội tiết có trách nhiệm sản xuất nhiều loại hormone để trực tiếp đưa vào máu, và những chất hóa học này làm nhiệm vụ kích thích toàn bộ hoạt động của cơ thể và não bộ. Một trong những loại hormone có tên là *cortizol* được giả thiết là nguyên nhân gây ra trầm cảm, bởi vì các nhà nghiên cứu nhận thấy nó thường được tiết ra rất nhiều khi một cá nhân đang bị stress. Theo đó, sau những giai đoạn bị stress, cá nhân thường trải qua thời kỳ trầm cảm. Một loại hormone khác là *melatonin* cũng là nguyên nhân gây ra rối loạn khí sắc. Theo đó, khi lượng melatonin bị thiếu hụt thì cá nhân thường có triệu chứng trầm cảm như buồn bực, khó ngủ, mệt mỏi...[16]

Tóm lại, dù cho quan điểm sinh học trên đây có những lập luận khá thuyết phục, quan điểm này vẫn không thể giải thích được những hiện tượng rối loạn khí sắc không có những triệu chứng rối loạn rõ ràng của các yếu tố thuộc về thể chất, nhất là những hiện tượng rối loạn khí sắc đơn cực (trầm cảm dạng thứ đẳng). Ngoài ra, khi cho rằng một số chất hoá học trong não bộ có vai trò then chốt

quyết định mọi sinh hoạt của cá nhân, thế thì cái gì trong bộ não điều khiển lưu lượng và sự vận chuyển của các chất ấy, hay sự luân chuyển đó chỉ là do sự ngẫu nhiên, tình cờ hay tự động?

Một số chuyên gia lại nêu ra sự khác biệt của hai loại trầm cảm: một loại gọi là *trầm cảm ngoại sinh* (exogenous depression), là những triệu chứng trầm cảm khởi phát từ những phản ứng tiêu cực của cá nhân đối với ngoại cảnh (ví dụ, bị mất tài sản hay người thân, bị bỏ rơi, bị hành hạ hay ức hiếp, bị tước đoạt quyền sống...), và một loại là *trầm cảm nội sinh* (endogenous), là những triệu chứng trầm cảm phát sinh từ những yếu tố không hiểu được từ bên trong thể chất.

Để có cái nhìn tổng quát hơn, cần nói thêm vài quan điểm khác về nguyên nhân phát sinh bệnh rối loạn khí sắc liên quan đến lãnh vực tâm lý và hành vi.

QUAN ĐIỂM TÂM LÝ SINH ĐỘNG

Quan điểm này tin rằng những triệu chứng trầm cảm là hậu quả của những *xung đột nội tâm* (intrapsychic conflicts). Các chuyên gia tâm lý sinh động quan niệm rằng nền tảng then chốt khởi đầu cho việc hình thành và phát triển đời sống tâm lý của đứa trẻ là mối quan hệ giữa nó với cha mẹ và người thân trong gia đình. Bản năng thôi thúc tự nhiên của mọi đứa trẻ là ham muốn được thương yêu, được thỏa mãn mọi nhu cầu đòi hỏi, và được có cảm giác an toàn tuyệt đối. Chính trong thời kỳ nhạy cảm này đứa trẻ sẽ rất dễ bị tổn thương với những tác động, nếu có, của sự mất mát, thiếu hụt, ức chế, tước đoạt, hay quá nuông chiều... Những cảm giác yêu, ghét, hoài nghi, thỏa mãn, hạnh phúc, giận hờn, mong chờ, chán nản, hay quá thừa mứa vv... của đứa trẻ thuở ban

đầu hướng về người nuôi dưỡng trực tiếp, sẽ dần dần được giữ lại trong tâm khảm của nó một cách vô thức, để trở thành phần nội tâm phức tạp của bản thân nó về sau.

Trong diễn tiến của cuộc sống, đứa trẻ sẽ có khuynh hướng nhìn thấy mọi sự việc xuyên qua sự phản chiếu của tấm gương nội tâm đã từng được hình thành của nó. Theo đó, những cảm giác vô thức như bị mất mát, bị bỏ rơi, phẫn uất, giận hờn, hay buồn chán từng nằm sâu kín trong nội tâm, khi có cơ hội sẽ xuất hiện trong ý thức dưới dạng thức của những triệu chứng trầm cảm. Bác sĩ Sigmund Freud còn lập luận rằng trạng thái hưng cảm chính là một hiện tượng được phát sinh để chống lại trạng thái trầm cảm, sự xuất hiện của nó như là một phản ứng tâm lý tự vệ.

QUAN ĐIỂM NHẬN THỨC

Nhà tâm lý học **Aron Beck** cho rằng nhận thức là nguyên nhân của mọi cảm xúc và hành động. Nói khác đi, nhận thức thế nào thì cảm xúc và hành động sẽ thế ấy. Nếu anh nhìn một sự việc hoàn toàn theo chiều hướng tiêu cực thì cảm xúc của anh cũng sẽ hoàn toàn ở trạng thái tiêu cực, và ngược lại một tâm trạng hoàn toàn tiêu cực sẽ sản sinh những nhận thức tiêu cực. Beck cho rằng người ta ai cũng có riêng cho mình một *nếp suy nghĩ* (schemas), là một khuôn mẫu bao gồm những hiểu biết, kinh nghiệm, niềm tin, suy đoán, và phán xét cá biệt được phát triển và hình thành qua quá trình sống. Nếp suy nghĩ của mỗi người thường cố định và khó thay đổi cho nên nó rất dễ mâu thuẫn với những sự việc nào trong cuộc sống xảy ra không đúng như ý muốn. Tình trạng mâu thuẫn giữa nhận thức riêng tư của mình và ngoại cảnh chính là cơ hội cho những hiện tượng trầm cảm nổi lên trong cá nhân.

Một nhà tâm lý trị liệu khác trong nhóm quan điểm nhận thức, bác sĩ **Albert Ellis**, lại nhấn mạnh rằng phần lớn những cảm xúc và hành vi bất thường đều xuất xứ từ những *niềm tin phi lý* (irrational beliefs). Niềm tin không có cơ sở lý luận khách quan và phù hợp với thực tế thường dẫn tới các nhận định sai lầm, tiêu cực để sau đó biến thành những cảm xúc trầm cảm, như giận hờn, phiền muộn và thất vọng, đau đớn v.v....

QUAN ĐIỂM NHẬN THỨC/HÀNH VI

Quan điểm nhận thức/hành vi cho rằng các triệu chứng trầm cảm thường bắt nguồn từ những hành động có *tính củng cố* hay *tính trừng phạt* (xem thêm phần “Quan điểm hành vi” ở mục B, chương 2 “Các lý thuyết về tâm bệnh”). Qua quan sát các bệnh nhân trầm cảm, các chuyên gia hành vi nhận xét rằng những triệu chứng trầm cảm thường được cải thiện rõ rệt khi cá nhân được kích thích bằng những hành động hay sự việc có tính *củng cố tích cực* (positive reinforcement). Ví dụ, một môi trường mới với những điều kiện sống thuận lợi và vui tươi và những quan hệ tốt đẹp diễn tiến hằng ngày sẽ làm cho cá nhân bị trầm cảm lần hồi lấy lại được lòng tin yêu và thay đổi những cảm nghĩ luôn có khuynh hướng tiêu cực của mình. Trong khi đó, lý thuyết *tập nhiễm bất lực* (learned helplessness) của nhà tâm lý **Martin Seligman** lại cho thấy trừng phạt cũng là hành động tạo ra các triệu chứng trầm cảm.

Seligman làm những đợt thí nghiệm bằng cách nhốt các con vật vào một nơi và cho điện giật liên tục vào vị trí mà chúng định trốn thoát. Mặc dù những con vật xoay xở đủ mọi cách nhưng vẫn không thể nào trốn thoát khỏi sự đau đớn vì điện giật. Thoạt đầu

chúng lỏng lẻo với sự giận dữ, kiếm đủ mọi cách để thoát ra khỏi tình thế, nhưng sau đó chúng dần dần trở nên bất hoà, thất vọng, tiêu cực, và rốt cuộc là bất động. Trong đợt thí nghiệm lần hai, cũng những con vật này bị nhốt và bị cho điện giật trở lại, nhưng trong lần này Seligman thiết kế thêm một dụng cụ thật đơn giản để con vật có thể tháo gỡ dòng điện, chỉ cần sờ hay đập nhẹ vào là dòng điện bị cắt ngay. Thế nhưng những con vật lại vẫn cứ thụ động; không còn cố gắng làm bất cứ điều gì. Hình như sự chịu đau đã trở thành thói quen, nên lần này chúng không hoà công làm bất cứ điều gì nữa để mong thoát khỏi tình huống. Seligman cho rằng bản năng chống chọi để sinh tồn của con vật đã bị đánh gục đến mức hoàn toàn trở nên bất động, và sự bất động đó chính là hậu quả của một kinh nghiệm được học hỏi và trải qua để tự biến bản thân trở thành bất lực một cách vô thức và vô vọng.

Đối với con người cũng thế, những áp lực bức thiết của ngoại cảnh cũng làm cho cá nhân phát triển những phản ứng tập nhiễm bất lực. Seligman cho rằng *người bị tập nhiễm bất lực là người không còn sức kháng cự trước mọi biến cố*, không quan tâm và tự tin với những nỗ lực hay sáng kiến của mình và luôn luôn than thân trách phận, cho rằng bản thân mình không thể làm gì khác hơn là buông xuôi và chấp nhận mọi điều xảy ra. Nói rõ hơn, trạng thái tập nhiễm bất lực là một hiện tượng đồng nghĩa với bệnh trầm cảm [17].

ĐIỀU TRỊ

Thông thường các loại bệnh rối loạn khí sắc được điều trị bằng sự kết hợp của dược lý và tâm lý trị liệu. Tuy nhiên, do những tính chất đặc biệt của hai loại đơn cực và lưỡng cực của các bệnh rối loạn khí sắc, những kỹ thuật áp dụng trong trị liệu thường khác nhau. Đối với các bệnh rối loạn khí sắc đơn cực thì lãnh vực tâm lý trị liệu được nhấn mạnh, nhưng đối với các bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực thì dược lý trị liệu là hình thức trị liệu chính.

ĐIỀU TRỊ BỆNH RỐI LOẠN KHÍ SẮC ĐƠN CỰC

Dược lý

Nhiều loại thuốc hiện có trên thị trường đã chứng tỏ tính công hiệu trong việc trị liệu các bệnh trầm cảm, trong đó bao gồm các nhóm *tricyclics* (TCAs), *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs), *serotonin norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRIs) và *MAO Inhibitors*.

Nhóm TCAs gồm có *immipramine* (Tofranil), *clomipramine* (Anafranil), và *amitriptyline* (Elavil). Các loại thuốc này có tác dụng phục hồi các triệu chứng rối loạn ăn và ngủ. Tác động phụ của chúng thường ghi nhận được là khô miệng, mờ mắt, táo bón, bí tiểu, ngứa da, và nhịp tim gia tăng, v. v... Nhóm SSRIs bao gồm các loại *fluoxetine* (Prozac), *sertraline* (Zoloft), và *paroxetine* (Paxil) được sử dụng rất phổ biến để giảm thiểu các triệu chứng buồn phiền, khó ngủ, thiếu năng lực, và đặc biệt chúng không gây ra nhiều tác động phụ như các loại trong nhóm TCAs. Nhóm SNRIs gồm có các loại *venlafaxine XR* (Effexor) và *duloxetine* (Cymbalta) cũng có công hiệu và những phản ứng phụ cũng xảy ra tương tự như loại SSRIs. Riêng nhóm MAOIs, bao gồm các loại *phenelzine* (Nardil) và *tranylcypromine* (Parnate), thường dùng cho những trường hợp trầm cảm đi kèm với các triệu chứng ám ảnh sợ hãi, lo âu.

Dược lý trị liệu thường rất hữu dụng trong những trường hợp bệnh trầm trọng và cần cấp cứu. Theo thống kê, khoảng 60% bệnh nhân trầm cảm được chữa trị bằng dược liệu thường khỏi bệnh sau thời gian 6 tháng uống thuốc liên tục. Tuy nhiên, nếu sự điều trị chỉ bằng dược lý không thôi thì khả năng tái phát bệnh có thể lên đến mức 30- 50% sau một năm [18].

Tâm lý

Điều trị các bệnh trầm cảm bằng tâm lý bao gồm nhiều phương thức khác nhau, phổ biến nhất là các phương thức trị liệu theo quan điểm *tâm lý sinh động*, quan điểm *hành vi*, quan điểm *nhận thức*, và quan điểm *cá nhân liên đới* (Interpersonal psychotherapy) (IPT).

- **Quan điểm tâm lý sinh động** cho rằng trầm cảm là hậu quả của những nỗi sầu muộn vô thức về những mất mát,

hoặc có thật hoặc chỉ do tưởng tượng, liên hệ đến những đối tượng mà cá nhân đã có quá trình chịu nhiều lệ thuộc, gắn bó trong cuộc sống (cha mẹ, người nuôi dưỡng, người phối ngẫu, người yêu...). Nếu những nỗi sầu muộn vô thức này được hướng dẫn để gọi lên và nhận thức rõ trong ý thức thì cá nhân sẽ hiểu được nguồn gốc và bản chất của những triệu chứng đau khổ của mình, và từ đó sẽ học cách làm sao dứt bỏ chúng. Tâm lý sinh động sử dụng kỹ thuật giải thích những ý nghĩ, tình cảm, và cảm xúc có sự phối hợp và liên kết lẫn nhau, những giấc mơ, những phản ứng vô thức của cá nhân, để giúp cá nhân nhận định lại và đánh giá những gì đã xung đột nhau trong quá khứ của nội tâm có ảnh hưởng đến những triệu chứng trầm cảm trong hiện tại. Mục tiêu của tâm lý sinh động là giúp bệnh nhân trầm cảm có khả năng nội thị (insightfulness), tức là thấy rõ và hiểu được những phần sâu kín trong nội tâm mình và từ đó độc lập hơn trong mọi ý tưởng và hành vi, ít bị lệ thuộc vào người khác và có khả năng vượt qua được cảm giác đau buồn vì những thiệt hại, mất mát, và tự mình tạo ra những thay đổi tích cực hơn trong cuộc sống.

- **Quan điểm hành vi** sử dụng các kỹ thuật *củng cố và huấn luyện* những khả năng giao tiếp để cá nhân tiếp cận và hòa mình vào những sinh hoạt tích cực của xã hội nhằm giảm thiểu dần những hành vi tiêu cực. Sửa đổi được hành vi tức là sửa đổi được tư tưởng và cảm xúc. Cá nhân được hướng dẫn lựa chọn những sinh hoạt nào có thể cảm thấy thích thú nhất để sau đó được khích lệ thực hành hằng ngày theo một lịch trình liên tục và có hệ thống. Sự thực hành của cá nhân được theo dõi và củng cố bằng những

hình thức tưởng thưởng theo từng thời gian.

- **Quan điểm nhận thức** cho rằng cảm xúc và hành động của một người phần lớn bị tác động bởi khung nhận thức riêng tư, hay là *nếp suy nghĩ* có sẵn của họ. Nếp suy nghĩ của một cá nhân được hình thành và phát triển bởi lòng tin, kinh nghiệm, và những học hỏi được trong suốt cuộc sống. Hiện tượng trầm cảm là hậu quả của một nếp suy nghĩ bị sai lệch, méo mó với những ý tưởng tự động, những định kiến và phỏng đoán không có sự chứng nghiệm bằng thực tại. Để chữa trị những hiện tượng trầm cảm, cần giúp cá nhân nhận thức và thay đổi những quan niệm sai lệch của họ. Thông thường các chuyên viên quan điểm nhận thức phác họa một kế hoạch chữa trị bao gồm 4 giai đoạn được tóm tắt như sau:
- Khích lệ cá nhân phải năng động và tự tin hơn trong các sinh hoạt thường nhật. Trong mỗi buổi làm việc, cá nhân phải tự soạn cho mình những chi tiết của chương trình sinh hoạt trong tuần tới và thảo luận với chuyên viên.
- Khi khí sắc của cá nhân, nhờ những sinh hoạt tích cực và đều đặn hằng ngày làm cho được năng động và linh hoạt hơn, thì lúc đó giai đoạn thảo luận và đánh giá lãnh vực nhận thức sẽ bắt đầu. Tất cả những ý tưởng máy móc, lệch lạc, không có cơ sở chứng minh cụ thể đều được nêu ra để bàn bạc, mổ xẻ, và cá nhân được giao phó công việc ghi nhật ký tất cả những ý tưởng hiện ra trong tâm trí hằng ngày để sau đó sẽ thảo luận chi tiết trong mỗi buổi làm việc với người trị liệu.
- Bằng lý luận và chứng minh cụ thể, giúp cá nhân nhận rõ sự hư hỏng và nguy hại trong các ý tưởng tự động và

những định kiến trong nếp suy nghĩ của mình, giúp cá nhân thấy được sự liên quan giữa chúng với những triệu chứng đang có.

- Sau cùng là khích lệ cá nhân tích cực và kiên trì thay đổi nếp suy nghĩ cũ.
- **Quan điểm cá nhân liên đới (IPT)** cho rằng vì con người luôn luôn có thuộc tính xã hội, cho nên những triệu chứng trầm cảm cũng thường bắt nguồn từ những vấn đề thuộc về những mối quan hệ trong xã hội. Mọi sự tiếp xúc và quan hệ đều để lại những ấn tượng (vui buồn, tốt xấu, sâu đậm hay nhạt nhẽo...) cho mỗi cá nhân. Tư tưởng, cảm xúc, và phản ứng của cá nhân luôn luôn chịu tác động bởi kết quả của những lần tiếp xúc và quan hệ với người ngoài. Do đó, liệu pháp cá nhân liên đới là thảo luận và giúp cá nhân nhận định rõ những tiếp xúc, quan hệ nào cần phải tiếp tục, cần thay đổi, hay phải chấm dứt; giúp cá nhân hiểu đúng vai trò và vị trí của mình trong gia đình, trong xã hội; giúp cá nhân chấp nhận những tính chất tương đối trong mọi mối tương quan, và sẵn sàng thích ứng tốt đẹp với những giai đoạn chuyển tiếp trong đời.

LIỆU PHÁP SỐC ĐIỆN

Như đã có đề cập trong các chương trước, liệu pháp sốc điện (Electroconvulsive) (ECT) là một lối chữa trị theo quan điểm sinh học, đôi khi cũng áp dụng cho những bệnh nhân bị rối loạn khí sắc trầm trọng, nhất là dạng rối loạn khí sắc đôi lúc có pha trộn với các triệu chứng loạn thần, mà những hình thức chữa trị và thuốc men đã đề cập ở trên không tỏ ra có kết quả. Phương pháp

của nó là cho một dòng điện nhẹ, từ 65- 145 volts, chạy xuyên qua đầu bệnh nhân để tạo ra cơn co giật của bộ não trong khoảng 30 giây cho tới vài phút. Trước khi làm công việc này, phải cho bệnh nhân ngủ bằng thuốc ngủ để cơn co giật của bộ não được trọn vẹn và không làm bệnh nhân cảm thấy đau đớn. Thông thường bệnh nhân tỉnh dậy sau khoảng 10 phút sau khi áp dụng dòng điện. Nhiều bệnh nhân trầm cảm thấy các triệu chứng của mình giảm hẳn sau khoảng 7- 10 lần chạy điện, nhất là những trường hợp trầm cảm nặng và có các triệu chứng loạn thần. Tuy nhiên liệu pháp sốc điện có thể gây ra những hậu quả xấu, như lú lẫn tâm trí và rối loạn ký ức. Một số trường hợp rủi ro, người bệnh có thể bị nứt sọ não. Kinh nghiệm cho thấy thay vì áp dụng liệu pháp sốc điện cho cả hai vùng trán bên phải và trái, chỉ áp dụng nó cho vùng trán bên phải thì sẽ giảm thiểu nhiều nguy hại về tâm trí cho người bệnh hơn [19].

Ngoài những phương pháp chữa trị trên, gần đây bác sĩ **Mark Hyman** trong cuốn *The UltraMind Solution* (Giải pháp cho một tinh thần tối ưu) lại có ý kiến rằng bệnh trầm cảm là hậu quả của một cơ thể bị thiếu hụt trầm trọng các chất mỡ loại *Omega-3* (có nhiều trong cá hoang dã) và *Vitamin B12*, hoặc bị nhiễm độc trường kỳ chất *Mercury* (chất này thường có nhiều trong một số loại cá ở biển), và cũng vì sự hoạt động yếu kém của tuyến giáp trạng (thyroid) (tuyến này có nhiệm vụ tiết ra các loại *hormone* để nuôi dưỡng, phát triển tâm trí và cơ thể). Từ quan điểm đó, Hyman giới thiệu một phương pháp trị liệu mới cho các bệnh tâm thần không bằng dược lý trị liệu mà bằng lối sống lành mạnh, dinh dưỡng đúng cách, và tránh dùng các dược liệu, vật chất có hại cho não bộ [20].

ĐIỀU TRỊ BỆNH RỐI LOẠN KHÍ SẮC LŨNG CỰC

Điều trị bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực thông thường cũng bằng sự kết hợp của dược lý và tâm lý trị liệu. Tâm lý trị liệu áp dụng phải chú trọng nhiều hơn vào việc theo dõi và khuyến khích người bệnh tuân thủ mọi hướng dẫn về thuốc men, giúp họ thấy rõ và kịp thời nói ra để có biện pháp ngăn chặn những ý nghĩ và hành vi nào của họ có thể gây nguy hại cho bản thân hay cho người khác. Đồng thời, cần giúp người bệnh hiểu rõ những khó khăn và hạn chế của họ trong mọi quan hệ và giao tế, cũng như hỗ trợ họ phát triển được những phương pháp giải quyết những khó khăn về vấn đề gia đình và công việc làm ăn có thể xảy ra do hậu quả của căn bệnh.

Ngoài những trường hợp khẩn cấp cần đưa bệnh nhân vào bệnh viện, như các trường hợp tự tử, lạm dụng chất liệu, hay tai nạn, v.v... bệnh nhân thường được điều trị tại ngoại với các loại thuốc giúp ổn định khí sắc, như *lithium carbonate* (Eskalith, Lithonate), *carbamazepine* (Tegretol), *divalproex* (Depakote), *gabapentin* (Neurontin), và *lamotrigine* (Lamictal)... Bệnh nhân đồng thời cũng được chữa trị bằng các loại thuốc trong nhóm *benzodiazepines* để chống các cảm xúc lo âu, bồn chồn và cáu gắt, và các loại thuốc trong nhóm *antipsychotics* để chống các triệu chứng hoang tưởng và ảo giác.

Lithium carbonate là chất bột trắng lấy từ hợp chất muối sodium, được xem là rất hiệu nghiệm để ngăn chặn các triệu chứng hưng cảm cấp tính. Trị liệu chứng hưng cảm bằng lithium thường được bệnh nhân ưa chuộng và chấp nhận vì nó là một chất liệu lấy từ thiên nhiên, chứ không phải là một dược chất. Nhiều kết quả kiểm tra tìm thấy có đến hơn 60% bệnh nhân được chữa trị bằng lithium đã cải thiện các triệu chứng hưng cảm của họ [21].

Thông thường lithium bắt đầu hiệu nghiệm sau khoảng 10 ngày sử dụng, và có thể ngưng nếu cá nhân không còn có thời kỳ hưng cảm nào nữa trong thời gian 6 tháng liên tục. Nhưng cũng có ý kiến cho rằng tùy mỗi trường hợp bệnh và điều kiện thể chất của cá nhân, một số bệnh nhân rối loạn khí sắc lưỡng cực cần phải sử dụng lithium suốt đời để ngăn ngừa sự tái phát của các triệu chứng. Điều cần lưu ý là sự dư thừa lithium có thể gây ra những triệu chứng nôn mửa, run tay, và suy hoại thận... Vì vậy, cá nhân được chữa trị bằng lithium phải kiểm tra máu thường xuyên.

KẾT LUẬN

Bệnh rối loạn khí sắc, nhất là loại rối loạn khí sắc đơn cực, là một trong những loại bệnh phổ thông đối với con người. Bệnh rối loạn khí sắc không phân biệt quốc gia, cộng đồng, chủng tộc, nam nữ, già trẻ, giàu nghèo, địa vị và giai tầng xã hội. Nữ hoàng Victoria của Anh quốc, tổng thống Abraham Lincoln của Hoa kỳ đã từng bị những giai đoạn trầm cảm tái đi tái lại. Những nhân vật tài danh như nhà soạn nhạc Frideric Handel, văn sĩ Ernest Hemingway, họa sĩ Van Gogh, thi sĩ Lord Byron và còn nhiều người nổi tiếng nữa, cũng là những cá nhân đã phải chống chọi với những chu kỳ rập khuôn của các triệu chứng hưng cảm - trầm cảm của căn bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực.

Trầm cảm là căn bệnh có liên hệ nhiều đến những vấn đề thuộc về môi trường sống. Theo ước tính của các chuyên viên tâm thần, do những điều kiện sống càng ngày càng phức tạp hơn trong xã hội con người, số lượng người bị trầm cảm trên thế giới có khuynh hướng gia tăng hằng năm. Riêng tại Hoa Kỳ, trong những năm gần

đây có khoảng 15- 20 triệu người bị trầm cảm đã được trị liệu với hậu quả phí tổn kinh tế (tiền bệnh viện, thuốc men, tổn thất công việc làm...) tổng cộng kháis quát là khoảng 40 tỷ đô la [22].

Thống kê tại Hoa Kỳ cho thấy phụ nữ thường dễ bị trầm cảm hơn nam giới và thường bị khi tuổi đời còn non trẻ, bệnh có thể kéo dài hơn, và thường khó chữa hơn [23]. Có những quan điểm khác nhau thường nêu ra để giải thích cho vấn đề này.

Một quan điểm cho rằng thật ra nam giới hay nữ giới cũng đều có số lượng người bị trầm cảm ngang nhau, nhưng phái nam thường che giấu, hoặc không quan tâm nhiều vào những triệu chứng của mình, và do đó, không tìm kiếm sự chữa trị. Trong khi đó, một mặt những dấu hiệu trầm cảm của nữ giới thường lộ ra bên ngoài nên dễ được phát hiện, như sự buồn rầu, than khóc, và mặt khác họ cũng thường ít chịu đựng và chế ngự được những cảm xúc như nam giới, và do đó phụ nữ thường tìm kiếm sự giúp đỡ từ người khác nhiều hơn nam giới.

Quan điểm thứ hai cho rằng bệnh rối loạn khí sắc chịu ảnh hưởng bởi mức độ thăng bằng của các hormone. Cơ thể người phụ nữ, từ tuổi dậy thì đến tuổi tắt kinh, thường trải qua nhiều sự xáo trộn và thay đổi các lượng hormone trong cơ thể, và do đó nữ giới thường dễ bị các triệu chứng trầm cảm hơn nam giới.

Một quan điểm khác nữa lại cho rằng hầu hết trong mọi cộng đồng xã hội trên thế giới, người phụ nữ thường bị xem thường, dễ bị ức hiếp, ngược đãi, bị phong tục và luật lệ xã hội hạn chế và cấm kỵ nhiều điều, và thường phải làm những công việc cực nhọc, nhưng dù cho trách nhiệm nặng nề mà thù lao lại không tương xứng (ví dụ, trông nom công việc nhà và nuôi dạy con cái...). Tất cả những vấn đề này đã làm cho người phụ nữ luôn luôn có tâm trạng thua thiệt, mặc cảm, tiêu cực, và dễ đi đến trầm cảm. Phụ nữ lại thường

có khuynh hướng nhút nhát, thiếu tự tin nên dễ trở thành mục tiêu cho các vụ trộm cướp, hiếp dâm, và lường gạt trong xã hội.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cũng cho thấy số nam giới độc thân lại có con số bệnh trầm cảm cao hơn số nữ giới độc thân. Trong khi đó, đối với những cặp vợ chồng ly thân, ly dị, hay góa bụa thì con số tỷ lệ bị trầm cảm giữa hai giới lại tương đối ngang nhau.

Nói tóm lại, rối loạn khí sắc là căn bệnh phổ thông và nguyên nhân của nó có thể bao gồm hai yếu tố, bẩm sinh và môi trường ngoại cảnh. Đối với bệnh trầm cảm thì môi trường ngoại cảnh đóng vai trò rất quan trọng trong việc góp phần vào nguyên nhân làm phát khởi các triệu chứng bệnh. Nhưng đối với loại rối loạn khí sắc lưỡng cực thì yếu tố bẩm sinh, những gì có sẵn trong phần thể chất và tâm lý của cá nhân mới là nguyên nhân chủ chốt, và yếu tố ngoại cảnh chỉ là thứ yếu.

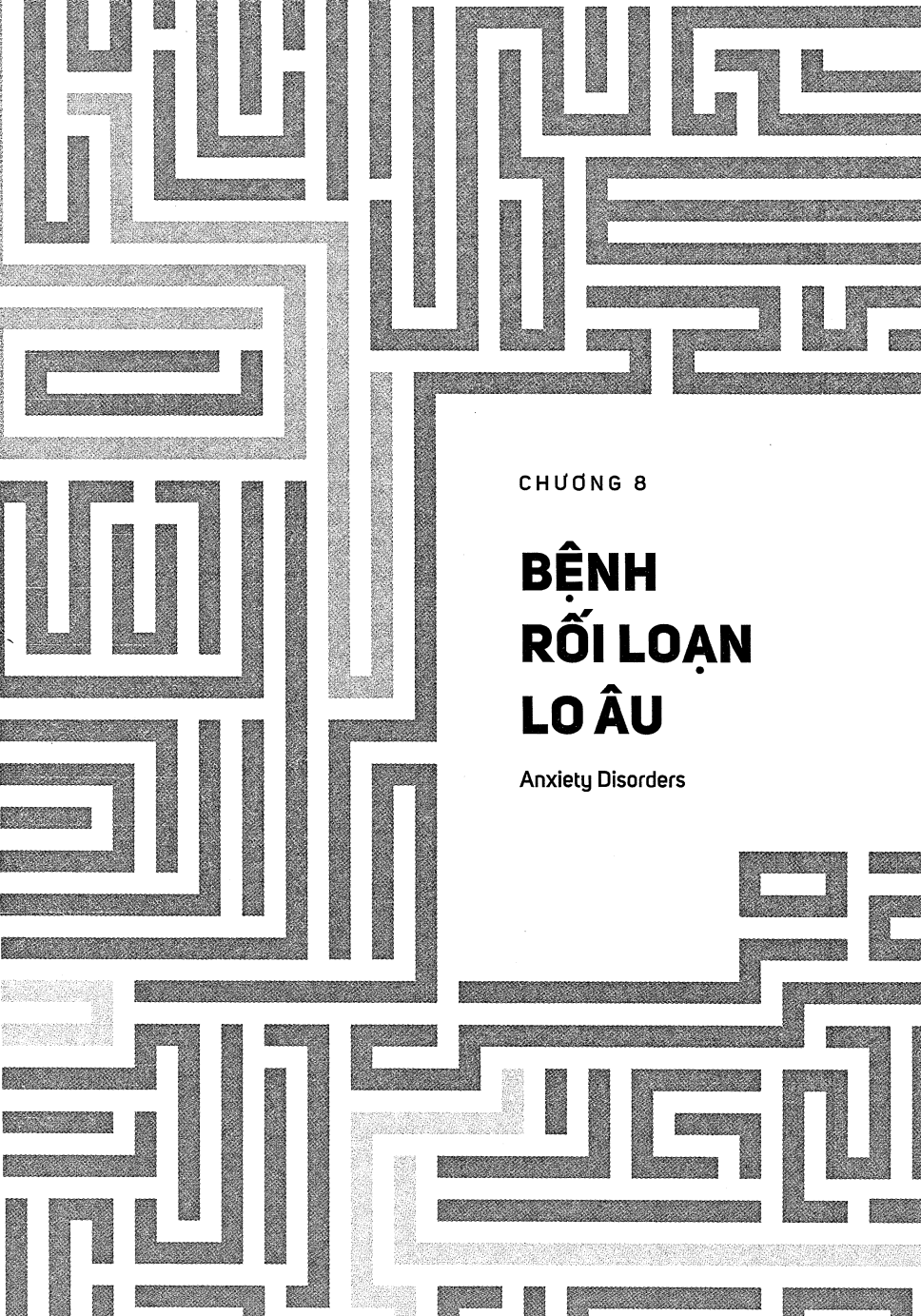
Chữa trị các loại bệnh trầm cảm thường phải đặt trọng tâm vào lãnh vực tâm lý trị liệu, nhưng chữa trị các loại bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực thì phải chú trọng vào dược lý trị liệu.

Khả năng điều trị các loại bệnh rối loạn khí sắc đơn cực (trầm cảm) thường đạt nhiều kết quả hơn so với các loại bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực (hưng - trầm cảm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kessler, R. C., McGonagle, K. A & Nelson, C. H (1994). Life-time and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-12.
2. APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
3. Coryell, W., Endicott, J., Andreasen, N. C & Keller, M (1985). Bipolar I, Bipolar II, and nonbipolar major depression among the relatives of affectively probands. *Amer. Journal of Psychiat.*, 142, 817-821.

4. Sainsbury, P (1986). , *Depression, suicide and suicide prevention*. In a Roy (Ed). , Suicide (pp. 73- 88), Baltimore: Williams and Wilkins.
5. Terry, D. , Mayocchi, L. , % Hynes, G. (1996). Depressive symptomatology in the mothers: A stress of coping perspective. *J. Anorm. Psychol.* , 105(2), 220- 231.
6. Dilsaver, S. C (1990). , Onset of winter depression earlier than generally thought? *Journal of Clin. Psychiat.* , 51(6), 258.
7. Gilbert, K. (1996). "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death Stud.* , 20, 269- 283.
8. Winikor, G. , Coryell, WW. , Keller, M. , Endicott, J. (1995). A family study of manic-depressive (bipolar I) disease. Is this a distinct illness from primary unipolar depression? *Arch. Gen. Psychiat.* 52(5), 367- 373.
9. Berrettini, W. H. , Ferraro, J. N. , Goldin, L. R (1997). A linkage study of bipolar illness. *Arch. Gen. Psychiat.* 54, 27- 35.
10. Blackwood, D. H. R. , He, L. , Morris, S. W (1996). A locus for bipolar affective disorder on chromosome 4P. *Nature Genetics*, 122, 427- 430.
11. McGuffin, P. , Katz, R. , Walkins, S. , & Rutherford, J. (1996). A hospital- based twin register of the heritability of the DSM- IV unipolar depression. *Arch. Gen. Psychiat.* , 53, 129- 136.
12. Telner, J. L. , Lapiere, Y D. , Horn, E, & Browne, M. (1986). Rapid duration of mania by means of reserpine therapy. *Amer. J. Psychiat.* , 143 (8), 1058.
13. Price, H. (1990). Serotonin reuptake inhibitors in depression and anxiety: An overview. *Am Clin. Psychiat.* , 2(3), 165- 172.
14. Kato, T. , Takahashi, S. , Shioiri, T. , & Inubushi, J (1993). Alterations in brain phosphorus metabolism in bipolar disorder detected by in vivo ³¹P and ⁷Li magnetic resonance spectroscopy. *Journal Affect. Disorders*, 27, 53- 60.
15. El Mallakh, R. S. , & Wyatt, R. J (1995). The Na. K- AT Pase hypothesis for bipolar illness. *Bio. Psychiat.* 37 (4), 235- 244.
16. Hedaya, R. J. (1996). *Understanding biological psychiatry*. New york: Norton.
17. . Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness. San Francisco: W. H. Freeman.
18. Weisman, M. M. (1979). The psychological treatment of depression: Evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 36, 1261- 1269.
19. APA (1993). Practice guideline for major depression disorders in adults. Washington, DC: Author. Hyman, M. (2009). *The Ultramind Solution*. New York: Scribner.
20. Suppes, T. C. , Calabrese, J. R. , Mitchell, P. B. , & Zarin. D. A (1995). B. Algorithms for the treatment of bipolar, manic- depressive illness. *Psychopharmac. Bull.* , 31 (3), 469.
21. Simmen, G. E. , & Katzelnick, D. J (1997). Depression, use of medical services and cost- offset- effects. *J. Psychosom. Res.* , 42 (4), 333- 344.
22. Brems, C. (1995). Women and depression: A comprehensive analysis. In W. Beckham and W. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd Ed). , New York: Guilford.
23. Radloff, L. S (1980). Risk factors for depression: What do we learn from them. In D. Belle. , & S. Salasin (Eds) *Mental Health of Women: Fact and Fiction* (pp. 93- 109). New York: Academic.



CHƯƠNG 8

**BỆNH
RỐI LOẠN
LO ÂU**

Anxiety Disorders

KHÁI NIỆM

Lo âu là một trạng thái tâm lý rất thông thường của mọi người. Lo âu, trong những điều kiện bình thường, là một phản ứng tâm lý thể hiện ý thức, trách nhiệm, và mối quan tâm của cá nhân trong cuộc sống của riêng mình. Cảm giác lo âu như thế là bản tính tự nhiên và có lợi vì nó giúp cho cá nhân thấy trước được những gì có thể xảy ra ngoài sự trông đợi, cũng như giúp cá nhân có những phản ứng chuẩn bị thích hợp để tìm cách giải quyết vấn đề. Tuy nhiên, nếu những cảm giác lo âu không có nguyên nhân chính đáng, có tính cách rập khuôn, tái đi tái lại, bền vững và kiên trì, vượt ra ngoài khả năng chế ngự của cá nhân, tới mức gây ảnh hưởng tệ hại đến đời sống tinh thần và thể chất của cá nhân thì tình trạng lo âu đó được chú ý như là một hiện tượng của căn bệnh rối loạn lo âu.

Cá nhân bị chứng rối loạn lo âu là người mắc những triệu chứng lo lắng, hốt hoảng, hay sợ hãi tới mức độ bị ám ảnh và luôn luôn tìm cách tránh né những gì sẽ đưa đến cho mình cảm giác lo lắng, hốt hoảng, hay sợ hãi. Bệnh rối loạn lo âu có nhiều loại, loại

biểu hiện bằng những *cơn hốt hoảng*, hay hoảng sợ (panic attack), loại biểu hiện bằng những *chứng sợ những nơi xa lạ trống vắng* (agoraphobia), và loại biểu hiện với sự kết hợp của cả hai loại triệu chứng này. Sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần DSM- IV của hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ APA [1] giải thích và định nghĩa hai triệu chứng trên như sau:

Cơn hốt hoảng là một *giai đoạn*, hay một *triệu chứng* hỗn loạn của cả hai mặt tâm lý và sinh lý. Mặt tâm lý thể hiện bằng cảm giác khó chịu, bối rối, căng thẳng, hoang mang, hoảng sợ, tâm trí thiếu tập trung, phát biểu không mạch lạc... Mặt sinh lý bao gồm ít nhất là 4 trong số những triệu chứng như cảm giác ngạt thở, hụt hơi, gia tăng hô hấp, gia tăng nhịp tim, tức ngực, đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, cảm thấy choáng váng, yếu đuối, nhức đầu, mờ mắt, cơ thể run lạnh, tê cóng, ngứa ngáy, và toát mồ hôi... *Cơn hốt hoảng* thường chỉ kéo dài khoảng 10 phút.

Chứng sợ những nơi xa lạ trống vắng là một phản ứng chủ yếu về mặt tinh thần, một triệu chứng tâm lý tiềm tàng có sẵn và luôn luôn ám ảnh trong tâm trí. Phản ứng sợ hãi những nơi trống trải và xa lạ thể hiện bằng tâm trạng lo âu, sợ sệt khi bản thân bị đặt vào những nơi chốn hay tình huống làm cho mình cảm thấy lúng túng và bối rối, khó làm sao trốn thoát hay khó có sự giúp đỡ của người khác trong trường hợp có điều gì tại chỗ tạo ra cơn hốt hoảng cho mình. Triệu chứng sợ nơi trống trải thường xảy ra ở những tình huống và nơi chốn không quen thuộc, như khi đứng trong một đám đông người lạ, khi đang di chuyển trong thang máy, trên máy bay, xe tàu, khi đang ở những nơi có độ cao, nơi xa xôi, lạ lẫm... Triệu chứng sợ những nơi trống vắng làm cho khả năng sinh hoạt và ứng xử của cá nhân tại hiện trường bị hạn chế rất nhiều. Nỗi lo sợ không có sự an toàn ở những nơi xa lạ làm cho

cá nhân luôn luôn muốn tránh né, không dám đi đến những nơi không quen thuộc, và khi bị đặt trong tình huống như vậy thì cá nhân thường mất hẳn tính tự chủ và dễ bị điều khiển, ảnh hưởng và lệ thuộc vào người khác.

Ở đây cần lưu ý là một số loại bệnh tâm thần khác đôi khi cũng có những triệu chứng tương tự như những triệu chứng hoảng sợ. Chẳng hạn, tâm lý gia **Brenner** cho rằng rối loạn lo âu và rối loạn trầm cảm là hai dạng bệnh có cùng một số triệu chứng tương tự, nhưng sự khác nhau giữa chúng là: Rối loạn lo âu là một cảm giác bối rối và căng thẳng trong trạng thái của sự chờ đợi hay sự báo động những gì sẽ có thể xảy tới cho mình. Trong khi đó, trầm cảm cũng gây cho cá nhân một cảm giác bối rối và căng thẳng, nhưng chỉ với những gì đã thực sự xảy ra cho mình và mình đang phải đương đầu với nó, chứ không phải những gì sẽ xảy ra [2].

Điểm lưu ý khác nữa là những cơn hoảng hốt hay sợ hãi chỉ mới là những triệu chứng, tự chúng chưa phải là bệnh. Chẳng hạn, không có gì bất bình thường khi một cá nhân đột nhiên có những phản ứng hốt hoảng vì nhìn thấy căn nhà mình bị cháy, hay có những phản ứng khiếp đảm hỗn vĩa khi đang đi trên vệ đường mà nghe tiếng súng nổ ngay sau lưng mình. Trong những tình huống đặc biệt như vậy, có lẽ người nào cũng có ít nhiều những phản ứng tâm lý và sinh lý hốt hoảng tương tự nhau. Do đó, cần nhấn mạnh lại rằng *những phản ứng hốt hoảng hay sợ hãi chỉ được chú ý như là một căn bệnh khi chúng có biểu hiện những dấu hiệu và tính chất trầm trọng, trở thành nỗi ám ảnh mãn tính, hay cứ tái đi tái lại liên tục, làm cản trở mọi sinh hoạt bình thường của cá nhân.*

PHÂN LOẠI

Rối loạn lo âu là một trong những chứng bệnh phổ thông nhất của con người. Tại Hoa Kỳ, hằng năm có từ 15 đến 17% dân số (khoảng 23 triệu người) mắc phải các chứng rối loạn lo âu. Sách DSM và ICD đều có phân ra nhiều loại rối loạn lo âu theo sự mô tả tóm lược như sau:

CHỨNG HỐT HOẢNG (Panic Disorders)

Triệu chứng hoảng sợ là một loại chính của nhóm bệnh rối loạn lo âu, liên hệ đến những cá nhân có những cơn hốt hoảng thường xảy ra đột ngột và lặp đi lặp lại. Sau những cơn hoảng sợ, cá nhân hoặc có tâm trạng lo sợ là sẽ bị một cơn khác ập đến, hoặc là hành vi cư xử của cá nhân trở nên khác thường vì hậu quả tác động của cơn hoảng sợ vừa qua. Cần chú ý là những cơn hốt hoảng này thường xảy ra đột xuất chứ không phải do tác động và ảnh hưởng của các chất liệu (ví dụ say cà phê, thuốc phiện...) hay do hậu quả tác động của một loại bệnh nào của thể chất (ví dụ các

bệnh thuộc về tim hay thuộc về tuyến giáp trạng). Khoảng cách giữa mỗi cơn hoảng sợ đối với mỗi bệnh nhân thường khác nhau. Có người bị những cơn hốt hoảng cứ xảy ra đều đặn hàng tuần, có người lại thường bị bất chợt và không đều đặn, có lúc xảy ra hàng ngày và có lúc hàng tuần.

Để chẩn đoán, cá nhân phải trải qua tối thiểu 2 cơn hốt hoảng liên tiếp nhau trong một tháng liên tục, cộng thêm với tâm trạng luôn lo sợ sẽ bị lại một cơn hốt hoảng kế tiếp.

Có hai loại rối loạn hốt hoảng, loại ***rối loạn hốt hoảng kèm theo chứng sợ những nơi xa lạ trống vắng*** (Panic Disorder with Agoraphobia) (tức là cơn hốt hoảng có kèm theo sự lo lắng và tránh né để khỏi bị lâm vào những nơi chốn hoặc tình huống dễ gây lúng túng, bối rối, nguy hiểm... cho mình), và loại ***rối loạn hốt hoảng không kèm theo chứng sợ những nơi xa lạ trống vắng*** (Panic Disorder without Agoraphobia), tức là sự hốt hoảng thường xảy ra tự động mà không đòi hỏi có sự tác động của môi trường ngoại cảnh.

Trẻ em có bị chứng hốt hoảng hay không là vấn đề còn nhiều bàn cãi. Một ý kiến cho rằng do sự hạn chế về khả năng nhận thức của tuổi ấu thơ, các cơn hốt hoảng, lo sợ không thể có nơi trẻ nhỏ được. Vì trẻ nhỏ chưa có những ấn tượng hoặc cảm nhận rõ ràng về những tình huống có thể xảy ra nguy cơ cho chúng (ví dụ sợ bị chết, sợ bị chê cười, ý thức được nỗi sợ...), do đó những triệu chứng hốt hoảng về mặt sinh lý không thấy hiện ra khi chúng đang ở trong những tình huống đó. Nhưng một số ý kiến khác lại cho rằng đã có những trường hợp cho thấy trẻ em cũng có khả năng cảm nhận những nguy cơ hay tai họa có thể xảy ra cho chúng và thật sự chúng cũng có những cảm giác sinh lý biểu hiện sự hốt hoảng. Cả hai lập luận đều có lý xét theo độ tuổi và mức phát triển của trí tuệ.

CHỨNG ÁM ẢNH SỢ HÃI (Phobic Disorders)

Ám ảnh sợ hãi cũng là một loại chính của nhóm bệnh rối loạn lo âu, dùng để mô tả những cá nhân thường có sự sợ sệt triền miên, quá đáng, không hợp lý, và luôn luôn tìm cách tránh né đối với những hành động, sự việc, hay tình huống đặc biệt nào đó, chẳng hạn như sợ đứng trước đám đông, sợ chuột, sợ đứng một mình trong thang máy, sợ bóng tối, v. v... Sợ hãi là cảm giác bình thường của mọi người khi phải đối đầu với sự vật hay sự việc không quen, lạ lẫm hay nguy hiểm... Tuy nhiên, nếu sự sợ hãi trở thành nỗi ám ảnh triền miên, không có lý do chính đáng, làm cá nhân luôn luôn cảm thấy căng thẳng và khổ sở và làm ảnh hưởng đến những sinh hoạt bình thường trong đời sống hằng ngày thì với mức độ đó, sự sợ hãi mới được xem là một chứng bệnh.

Sách DSM và ICD phân ra nhiều loại ám ảnh sợ hãi:

- **Chứng ám ảnh sợ nơi xa lạ trống vắng nhưng không có quá trình bị các cơn hốt hoảng** (Agoraphobia without history of panic disorder). Chứng này được chẩn đoán cho những cá nhân có những triệu chứng sợ hãi triền miên thuộc về cảm giác (feeling), hoặc cảm thấy thẹn thùng, xấu hổ hoặc mất khả năng tự chủ khi đứng trước một hiện trường xa lạ nào đó hay ở một nơi chốn đông người. Cá nhân bị chứng sợ khoảng trống thường không có tình trạng bị hốt hoảng đến tột cùng, nhưng đang khi trong tâm trạng hoảng sợ đó, cá nhân vẫn có những phản ứng bối rối, lo lắng, choáng váng, run rẩy, buồn nôn, bụng quặn đau như bị tiêu chảy, v. v... Qua những nhận xét lâm sàng, một số chuyên gia cho rằng thật ra phần lớn những bệnh nhân của chứng bệnh này đều có kèm thêm chứng ám ảnh sợ hãi đặc hiệu (xem

bên dưới). Nói cách khác, những bệnh nhân bị chứng ám ảnh sợ nơi xa lạ trông vắng không có quá trình bị các cơn hốt hoảng và chứng ám ảnh sợ hãi đặc hiệu dù được DSM phân ra làm hai loại bệnh khác nhau, nhưng lại vẫn thường có những triệu chứng tương tự.

- **Chứng ám ảnh sợ hãi đặc hiệu** (Specific phobia, trước đây gọi là Simple phobia) là loại để chẩn đoán cho những cá nhân luôn luôn có những sợ hãi quá đáng và phi lý, và thường tìm mọi cách tránh né một hay những sự vật hay đối tượng đặc thù nào đó. Ám ảnh sợ hãi đặc hiệu bao gồm rất nhiều hình thức; chẳng hạn chứng **sợ bóng tối** (nyctophobia, scotophobia, hay là achluophobia), **sợ chỗ kín đáo** (claustrophobia), **sợ chiều sâu** (bathophobia), **sợ độ cao** (acrophobia), **sợ đau** (algophobia), **sợ máu** (hematophobia), **sợ người lạ mặt** (xenophobia), vv... Nếu phải bị đối diện trực tiếp với tình huống hay sự cố mà mình từng sợ sệt, cá nhân bị chứng ám ảnh sợ hãi đặc hiệu sẽ vô cùng lo âu, bối rối và có thể bị cơn hốt hoảng, lo sợ nổi lên hoành hành. Vì vậy, cá nhân thường cố tránh trực diện với tình huống hay sự cố, hoặc nếu không thể được thì cá nhân sẽ phải có những đối phó rất bối rối, khó nhọc và khổ sở.

Trẻ em thường không có hoặc không nhận thức rõ ràng về sự phi lý và quá đáng của cảm giác sợ hãi của mình, nhưng cảm giác sợ hãi của chúng thường được diễn tả dưới những hình thức như, khóc lóc, cáu gắt, tê cứng, run rẩy, hay bám chặt vào người lớn... Chứng ám ảnh sợ hãi đặc hiệu chỉ chẩn đoán cho trẻ em dưới 18 tuổi khi nào các triệu chứng kéo dài liên tục từ 6 tháng trở lên.

- **Chứng ám ảnh sợ xã hội** (Social phobia, còn gọi là Social anxiety disorder) là loại chẩn đoán dành cho những cá nhân luôn luôn tìm cách tránh né mọi tiếp xúc ở những nơi công cộng, những tình huống mà cá nhân phải có những sinh hoạt hay trình diễn trước mọi người. Cá nhân bị chứng ám ảnh sợ xã hội luôn luôn lo sợ bị quần chúng quan sát, soi mói, phán xét, hay phê bình... Khi trực diện với tình huống, cá nhân có thể bị tấn công bởi một cơn hốt hoảng hay bởi những triệu chứng rối loạn tinh thần, khiến khả năng hành xử của cá nhân bị giảm sút một cách tối tệ, và cá nhân phải đối phó với tình huống trong tình thần hết sức căng thẳng và khổ sở.

Người bệnh ở tuổi trưởng thành dù biết rõ sự lo sợ của mình là vô căn cứ và quá đáng, nhưng vẫn không sao kiểm chế được. Một số trường hợp phổ thông của bệnh thường ghi nhận được như, sợ phát biểu trước công chúng, không dám đề xướng những cuộc chuyện trò, tiếp xúc, sợ giao tiếp với các cấp chức cao, không dám ăn uống hay viết lách gì ngoài công cộng... Tuy nhiên, cần lưu ý là những cảm giác e thẹn, lo lắng, hay sợ sệt mà nhiều người thường trải qua nơi đông người nếu không thật sự gây ra tâm trạng khổ sở quá đáng khiến cho các chức năng tinh thần và thể chất của cá nhân trở nên tệ hại trong lúc hành xử thì vẫn là những phản ứng tâm lý bình thường như đã nói ở trên.

CHỨNG RỐI LOẠN ÁM ẢNH CƯỜNG BỨC

(Obsessive-Compulsive Disorder - OCD)

Ám ảnh và cưỡng bức là hai đặc tính phối hợp và gắn bó với nhau của căn bệnh này. **Ám ảnh** là hiện tượng dùng để mô tả những ý tưởng hay suy nghĩ dai dẳng và cứ tái diễn trong tâm trí làm cho cá nhân cảm thấy khó chịu, bối rối, và không kiểm chế, kiểm soát được. Những ý tưởng ám ảnh này thường không phải là những điều gì quá thiết yếu, đáng phải quan tâm, có khi rất vô lý nhưng chúng vẫn cứ lờn vờn trong tâm trí mà không cưỡng lại được. **Cưỡng bức** là hiện tượng dùng để mô tả những việc làm máy móc, những hành vi lặp đi lặp lại như một tập quán hay nghi thức để đáp ứng cho ý nghĩ đang ám ảnh trong đầu. Mặc dù những hành vi có tính cưỡng bức này có khuynh hướng là muốn làm giảm thiểu nỗi lo âu, buồn bực hoặc là để tránh né những nguy cơ đang ám ảnh trong tâm trí, chúng thường được cá nhân thực hiện một cách quá đáng, không thực tế, và không cần thiết. Chẳng hạn, rửa tay sạch sẽ lúc cần thiết là điều kiện vệ sinh bình thường của mọi người, nhưng người bị chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức về sự dơ dáy và nhiễm trùng sẽ bị buộc phải rửa tay liên tục suốt ngày và có thể không bao giờ dám đụng chạm hay bắt tay với ai trong khi giao tiếp.

Chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức được biểu hiện trên nhiều hình thức khác nhau trong đời sống, từ hành động cho đến tinh thần, như rửa tay, kiểm tra khóa cửa, đếm tiền, cầu nguyện, lặp đi lặp lại mãi một chữ hay một ý tưởng gì trong đầu, v.v...

Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy những cá nhân mắc chứng tật rối loạn ám ảnh cưỡng bức thường là những cá nhân bị bệnh trầm cảm, và trong số đó đa phần là bị bệnh trầm cảm chính hệ (major depressive disorder). Các nghiên cứu cũng phát hiện ra đa số cá

nhân bị chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức đều nằm trong tầng lớp có điều kiện kinh tế và học thức cao. Bệnh nhân chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức cũng thường là những người đã trưởng thành. Tuy nhiên, những dấu hiệu và triệu chứng bệnh thường vẫn có thể phát hiện được bắt đầu từ tuổi vị thành niên hoặc sớm hơn nữa.

CHỨNG RỐI LOẠN LO ÂU TỔNG QUÁT

(Generalized Anxiety Disorder - GAD)

Rối loạn lo âu tổng quát là chứng dùng để mô tả những cá nhân thường có những triệu chứng hoang mang, bối rối, và lo lắng liên hệ tổng quát đến nhiều vấn đề cùng một lần trong một giai đoạn hay trong suốt cuộc sống.

Sách DSM đề ra điều kiện chẩn đoán thích hợp cho chứng bệnh này là cá nhân phải có ít nhất 6 triệu chứng kéo dài liên tục trong một thời hạn ít nhất là 6 tháng, bao gồm:

- Tinh thần luôn bị căng thẳng,
- Thể chất mỏi mệt,
- Trí óc không thể tập trung,
- Luôn có cảm giác khó chịu,
- Giấc ngủ bị quấy rầy
- Các cơ bắp thường căng cứng hay co thắt...

Tuy nhiên, trước khi quyết định chẩn đoán căn bệnh này, cần phải thăm dò và loại ra những chứng bệnh tâm thần khác có những triệu chứng tương tự. Hoặc để cẩn thận hơn thì nên ghi xuống cùng một lượt tất cả những chẩn đoán khác nhau vào Trục I (xem chương 3). Ngoài ra, khi chẩn đoán cũng cần chú ý phân biệt để tránh lẫn lộn giữa chứng rối loạn lo âu tổng quát không

rõ nguyên nhân và những trạng thái rối loạn lo âu bình thường có những lý do rõ ràng và mức độ lo âu không quá vượt qua khả năng chế ngự của cá nhân.

Sau hết, còn hai loại bệnh khác cũng thuộc về nhóm bệnh rối loạn lo âu là **rối loạn stress hậu chấn thương** (Posttraumatic stress disorder) và **rối loạn stress cấp tính** (Acute stress disorder). Nhưng, do những tính chất đặc biệt thuộc về nguyên nhân và triệu chứng của chúng, hai loại bệnh này sẽ được trình bày chi tiết trong chương 9.

NGUYÊN NHÂN

Khả năng cân bằng nội môi (homeostasis) là một tiến trình tự hoạt động của cơ thể để điều hòa và làm cân bằng mọi thay đổi, nếu có, của các mặt tâm - sinh lý của cá nhân. Nó là một khả năng tự nhiên và đặc biệt của *hệ thống thần kinh tự chủ* (automatic nervous system - ANS) trong mỗi con người.

ANS là mạng lưới bao gồm những nhóm dây thần kinh liên kết giữa não bộ và thần kinh cột sống, giúp điều hành các sinh hoạt tự động của tim, phổi, máu huyết, tiêu hóa, và các tuyến mồ hôi, cơ quan sinh dục, v.v....

ANS gồm có hai thành phần, gọi là *hệ thần kinh giao cảm* (sympathetic nervous system) và *hệ thần kinh đối giao cảm* (parasympathetic nervous system). Khi gặp nguy biến, bộ não kích động hệ thần kinh giao cảm làm gia tăng nhịp tim, hô hấp, và cơ thể trở nên run rẩy, ớn lạnh hay toát mồ hôi... gây ra cảm giác sợ sệt, lo âu cho cá nhân. Nhưng khi cơn nguy biến đã qua thì nhóm hệ thần kinh đối giao cảm có nhiệm vụ giúp cơ thể bình phục trở

lại, tức là giúp vắng hồi sự bình thường cho mọi sinh hoạt của cơ thể. Tóm lại, cả hai bộ phận của hệ thống thần kinh tự chủ cùng đóng vai trò vừa thích ứng với mọi biến cố đến từ bên ngoài và lại vừa duy trì sự hoạt động bình thường và lành mạnh của cơ thể.

Tuy nhiên, những phản ứng lo âu và sợ hãi của mỗi người thường khác nhau. Có người luôn luôn trầm tĩnh nhưng có người rất dễ bị hoảng hốt ngay cả trước những tình huống không có gì quá kích động. Như vậy, điều gì gây ra sự khác nhau đó?

Một số chuyên gia cho rằng các phản ứng lo âu và sợ hãi phản ánh những kinh nghiệm đã trải qua của cá nhân trong tuổi ấu thơ; một số khác cho rằng khả năng ứng xử với tình huống là kết quả của những gì đã học hỏi, thu đắc được trong cuộc sống; một số khác nữa lại tin rằng xã hội và sức khỏe của cơ thể là những yếu tố chính gây nên các phản ứng lo âu và sợ hãi; và một số khác thì cho rằng phản ứng lo âu và sợ hãi là một đặc tính có sẵn từ bẩm sinh. Những ý kiến nêu trên đều hàm chứa trong các quan điểm được tóm lược sau đây:

QUAN ĐIỂM TÂM LÝ SINH ĐỘNG

Bác sĩ Freud cho rằng rối loạn lo âu là căn bệnh phát sinh từ sự bất lực của lãnh vực tâm lý trong việc đè nén những ý tưởng xung động, hay ký ức đau đớn của cá nhân. Khả năng kiểm soát và ức chế, không cho những ý tưởng hay ký ức đau đớn hiện ra trong ý thức là thuộc về một năng lượng tâm lý, gọi là *cơ chế tự vệ* (Ego defense mechanism).

Khi năng lượng tâm lý được sử dụng cho nỗ lực đè nén này trở nên yếu đuối hoặc quá căng thẳng, không còn đủ sức để tiếp tục đè nén nữa thì những ý tưởng hay ký ức đó sẽ xuất hiện trong

phần ý thức của tâm trí, nhưng lại dưới một hình thức đã được *ngụy trang*. Chẳng hạn, sau một thời gian dài đè nén được những ký ức về sự áp bức và hành hạ mà mình đã phải chịu trong quá trình sống trước đây, một lúc nào đó bỗng nhiên cá nhân lại cảm thấy mình bị những cơn hoảng sợ không có nguyên nhân ập đến, với những triệu chứng như: tâm tư bồn chồn, bối rối, lo âu, ngạt thở, nhức đầu, tim co thắt, và rối loạn tiêu hóa... Cơn hốt hoảng này, bao gồm các triệu chứng của thể chất và tâm lý, được Freud gọi là một *phản ứng ngụy trang* cho những ý tưởng và ký ức đau khổ đã từng bị đè nén trong tiềm thức.

Một số chuyên viên khác cũng thuộc trường phái tâm lý sinh động còn tin rằng những trẻ em có quá trình nuôi dạy hoặc quá cứng nhắc hoặc quá chiều chuộng thường phát triển tâm lý sợ hãi, hoặc sợ bị tấn công bởi những đối tượng xấu (bad objects) hoặc sợ bị mất đi những đối tượng tốt (good objects). Và xuyên qua quá trình phát triển tiềm tàng những ý tưởng sợ hãi đó, đứa trẻ có nhiều nguy cơ bị chứng rối loạn lo âu khi lớn lên [5].

QUAN ĐIỂM HÀNH VI

Các lý thuyết gia thuộc trường phái hành vi cho rằng phản ứng sợ hãi trước một đối tượng hay một tình huống có thể là kết quả của một hình thức gọi là điều kiện hóa (conditioning).

Theo phương thức điều kiện hóa cổ điển (classical conditioning) của Pavlov thì phản ứng sợ hãi sẽ hình thành theo cách áp dụng lối đánh cặp hai sự kiện. Chẳng hạn, cho hai sự kiện xảy ra cùng một lần trước mắt đứa bé, nếu biến cố này làm bé sợ hãi thì biến cố kia cũng gây cho bé phản ứng sợ hãi tương tự khi chỉ một mình nó xảy ra.

Phương thức điều kiện hóa thao tác (operant conditioning) của Watson và Skinner thì cho rằng sự sợ hãi cũng như nhiều phản ứng cư xử khác thường được hình thành và trở nên sâu rộng xuyên qua các hình thức củng cố và lặp đi lặp lại một hành động. Chẳng hạn, một đứa trẻ thường bị chúng bạn trêu chọc bất cứ lúc nào trẻ có ý định phát biểu. Sự trêu chọc thường xuyên khiến sau này người đó luôn có cảm giác lo âu và sợ hãi bất cứ khi nào muốn phát biểu hay làm một điều gì trước đám đông.

Một hình thức khác của việc phát triển các phản ứng sợ hãi là học làm theo người mẫu (modeling). Ví dụ đứa trẻ quan sát thấy người khác thường sợ sệt hay hốt hoảng khi trực diện với một đối tượng hay một tình huống nào đó (ví dụ bỏ chạy khi thấy rắn...) thì rất cuộc trẻ cũng bắt đầu cảm thấy sợ sệt hay hốt hoảng khi trực diện với đối tượng hay tình huống đó.

QUAN ĐIỂM XÃ HỘI

Các nghiên cứu về môi trường xã hội cho thấy người dân ở trong những khu vực và điều kiện sống nào có quá nhiều sức ép và mối đe dọa thường trực thì thường có những cảm giác căng thẳng, hoang mang, bối rối, và lo lắng triền miên... giống như những triệu chứng của bệnh rối loạn lo âu tổng quát.

Những sức ép và mối đe dọa xã hội bao gồm nhiều mặt, như sự đàn áp hay ngược đãi của chính quyền; kỳ thị chủng tộc; chiến tranh; khủng bố của các nhóm tội phạm; tình trạng nghèo khó và ô nhiễm của đời sống kinh tế và khu vực môi trường; tình trạng thay đổi hoặc cạnh tranh quá nhanh của xã hội liên quan đến khoa học, kỹ thuật và công ăn việc làm... Các nghiên cứu cũng cho thấy người dân ở các đô thị đông đúc thường bị nhiều triệu

chứng rối loạn lo âu hơn những người ở các vùng ngoại ô hoặc thôn quê hẻo lánh.

Căn cứ trên những kết quả kiểm tra trong năm 1993 tại Hoa Kỳ, với số người bị chứng rối loạn lo âu là 3,8%, các lý thuyết gia xã hội tin rằng bệnh rối loạn lo âu sẽ càng ngày càng gia tăng cùng chiều với tình hình cuộc sống mỗi ngày một tiến triển phức tạp hơn trong toàn bộ cộng đồng nhân loại [6].

QUAN ĐIỂM SINH HỌC

Một số nghiên cứu cho thấy chứng rối loạn lo âu cũng có khuynh hướng di truyền. Sự liên hệ huyết thống càng gần thì khả năng di truyền càng cao. Khoảng 15% những bệnh nhân bị chứng rối loạn lo âu tổng quát đều có thân nhân là những người cũng đã từng bị bệnh này, so với chỉ có gần 4% được tìm thấy trên toàn dân số nói chung [7].

Gần đây, một số ý kiến cho rằng chứng rối loạn lo âu là vấn đề có liên hệ đến sự hoạt động của các chất sinh hóa trong não bộ. Bằng chứng là các loại thuốc trong nhóm **benzodiazepines** như *diazepam* (Valium), *alprazolam* (Xanax)... dùng để nâng cấp các khu vực tiếp nhận chất dẫn truyền thần kinh **gamma-aminobutyric acid** (GABA) trong bộ não đã tỏ ra hiệu nghiệm nhất định trong việc giảm thiểu chứng bệnh rối loạn lo âu tổng quát [8].

Những nghiên cứu khác lại tìm thấy hầu hết bệnh nhân bị chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức thường bị thiếu hụt chất dẫn truyền thần kinh **serotonin**. Khi cho bệnh nhân dùng các loại thuốc làm gia tăng hoạt động của serotonin trong các tế bào não như *clomipramine* (Anafranil) và *fluoxetine* (Prozac)... thì các triệu chứng bệnh có chiều hướng thuyên giảm [9].

Những nghiên cứu khác cũng đưa ra giả thuyết là các chứng rối loạn lo âu có liên hệ đến những đặc tính của cấu trúc não bộ. Chẳng hạn, chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức là do sự bất thường chức năng của hai bộ phận não, **vùng vòng đai** của phần chất xám ở thùy trán (frontal cortex) (gần phía trên của hai con mắt) và **vùng caudate nuclei** (một nhóm sợi thần kinh thuộc vùng hạch đáy (basal ganglia) nằm bên dưới vỏ não. Hai vùng này được cho là có nhiệm vụ điều hành và chuyển biến các cảm giác trở thành ý tưởng và hành động. Nếu một trong hai vùng này có những hoạt động quá nhạy bén thì sẽ dẫn đến những rối loạn của các ý tưởng, cảm nhận và hành động cho cá nhân [10].

ĐIỀU TRỊ

Dược lý và tâm lý trị liệu vẫn là hai phương thức luôn luôn được phối hợp để chữa trị các chứng rối loạn lo âu, nhưng phương thức nào được xem là trọng tâm trong tiến trình điều trị là tùy thuộc vào mức độ và thứ loại của căn bệnh.

- **Trị liệu các chứng rối loạn lo âu nhẹ:** Tâm lý trị liệu thường là phương thức trị liệu chính đối với những triệu chứng lo âu, căng thẳng, hoảng hốt, hay sợ hãi có lý do; hay nói khác là những triệu chứng này xuất xứ từ một hay nhiều tác động cụ thể từ môi trường bên ngoài. Chẳng hạn, một cá nhân đang có tâm trạng căng thẳng, lo sợ, và hoang mang vì sẽ phải dính vào một vụ kiện tụng sắp đến, hay một đứa bé mới bắt đầu đi học có những phản ứng hoảng hốt sợ sệt mỗi khi tới trường. Những kỹ thuật trị liệu của phân tâm học và tâm lý sinh động, những kỹ thuật của quan điểm nhận thức và hành vi, v.v... cũng có hiệu lực chữa trị đối với các chứng hốt hoảng ít trầm trọng hay các chứng thuộc dạng ám ảnh sợ hãi, như ám ảnh sợ hãi đặc hiệu, ám ảnh sợ hãi xã hội...

Phân tâm học và tâm lý sinh động thường nhắm vào việc phát hiện những thôi thúc (drives), tranh chấp (conflicts) và xung động (impulses) nào trong quá trình sống của người bệnh được phỏng đoán là gốc rễ gây ra các triệu chứng hoảng hốt hay lo sợ, và giúp người bệnh biết ý thức và kiểm chế chúng. Chẳng hạn, giúp cho một người bệnh thấy được sự liên hệ giữa các triệu chứng rối loạn lo âu tổng quát đang có với quá trình bị những chấn thương hay ký ức đau đớn nào đó đã xảy ra cho họ trong thời kỳ ấu thơ.

Trị liệu theo quan điểm nhận thức và hành vi thì lại chú ý đến việc giải thích sự liên hệ giữa những ý tưởng tự động, nhận thức và lòng tin sai lầm và các triệu chứng ám ảnh sợ hãi của người bệnh. Để giúp người bệnh vượt qua các triệu chứng, các chuyên gia nhận thức và hành vi tập luyện cho họ những phương pháp để *tự hướng dẫn mình* (self-instruction) và phương pháp *giải cảm có hệ thống* (systematic desensitization). Người bệnh cần biết rõ cách làm sao để loại bỏ những ý tưởng làm gia tăng lo lắng, sợ sệt và thay vào đó bằng những ý nghĩ và lời tự tuyên bố tích cực về bản thân mình. Chẳng hạn, thay vì nghĩ “Người ta sẽ chế nhạo khi tôi phát biểu” thì phải luôn luôn nghĩ “Tôi sẽ chuẩn bị tốt để có những lời phát biểu gây sự chú ý và thích thú cho nhiều người”. Người bệnh đồng thời sẽ học những phương pháp để tự làm thư giãn các cơ bắp trong thân thể và thư giãn tâm trí cho mình.

- **Trị liệu các chứng rối loạn lo âu trầm trọng và mãn tính:** Đối với các loại rối loạn lo âu trầm trọng như, người bệnh bị những cơn hốt hoảng tấn công liên tục và thường xuyên, hoặc bị những triệu chứng ám ảnh sợ hãi hay ám ảnh cưỡng bức làm suy giảm rõ rệt khả năng sinh hoạt hằng ngày thì song song với tâm lý trị liệu, người bệnh phải được điều trị bằng các loại thuốc chống rối loạn lo âu (antianxiety drugs).

Trị liệu các chứng rối loạn lo âu bằng dược liệu là vấn đề đã được áp dụng từ nhiều thập niên qua, đặc biệt là các nhóm thuốc *barbiturates* và *benzodiazepines*. Barbiturates đã được sử dụng trên thị trường Hoa Kỳ kể từ thập niên 50. Nhóm thuốc này có hiệu quả gây hôn mê, giúp đỡ giấc ngủ, và thư giãn. Nhưng bất lợi của nó là bệnh nhân có thể chết ở một liều lượng cao và lại rất dễ bị nghiện thuốc. Benzodiazepines cũng đã được giới thiệu từ lâu, nhưng chỉ mới gần đây nhóm thuốc này mới được cả hai giới chuyên môn và bệnh nhân xác định tính hiệu quả và an toàn của nó.

Benzodiazepines có công hiệu làm thuyên giảm các chứng rối loạn lo âu, nhất là chứng rối loạn lo âu tổng quát, mà lại ít hoặc là không gây ngộ độc cũng như cảm giác mỗi một cho người bệnh như barbiturates. Các loại thuốc trong nhóm benzodiazepines được lần hồi sản xuất và trở nên phổ thông trên thị trường hiện nay, như *diazepam* (Valium), *clonazepam* (Klonopin), *lorazepam* (Ativan), *alprazolam* (Xanax), *oxazepam* (Serax), và *triazolam* (Halcion).

Tuy nhiên, kinh nghiệm lâm sàng về sau cho thấy benzodiazepines cũng mang lại nhiều phản ứng phụ và cũng dễ gây nghiện. Ngoài ra, sử dụng benzodiazepines lâu dài có thể gây hư hỏng các chức năng thuộc về tri giác và tâm lý, như dễ quên, uể oải, thiếu tập trung, triệu chứng trầm cảm, và tính nóng nảy... [11 & 12].

Vào thời gian sau này, nhóm thuốc *beta blockers*, như *divalproex* (Depakote), *lamotrigine* (Lamictal), và *gabapentin* (Neurontin) cũng được sử dụng để chữa các chứng rối loạn lo âu, nhất là chứng ám ảnh sợ hãi xã hội. Beta blockers rất được ưa chuộng đối với những cá nhân thường phải xuất hiện trước công chúng để nói chuyện hoặc trình diễn.

Ngoài ra, các nhóm thuốc thường dùng trị liệu các bệnh trầm cảm, như *selective serotonin re- uptake inhibitors* (SSRIs) và *monoamine oxidase inhibitors* (MAOIs) cũng chứng tỏ có công hiệu khi đem chữa trị các chứng rối loạn lo âu, nhất là các chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức. Các loại thuốc thuộc nhóm SSRIs, như *fluoxetine* (Prozac), *sertraline* (Zoloft) và *paroxetine* (Paxil) có khả năng làm dịu những cơn hốt hoảng mà lại ít gây những phản ứng phụ.

TỔNG KẾT

Tựu trung, những cá nhân bị chứng rối loạn lo âu tổng quát thường có tâm trạng lo lắng triền miên; cá nhân bị chứng ám ảnh sợ hãi luôn luôn có những cảm giác sợ sệt phi lý, không thể giải thích được, về một đối tượng, một tình huống, nơi chốn, hay một hành vi đặc biệt nào đó; cá nhân bị chứng hốt hoảng thường trải qua những cơn hỗn loạn, khiếp đảm tinh thần không có lý do; và những cá nhân bị chứng ám ảnh cưỡng bức luôn có trong tâm trí những ý tưởng thúc bách khiến cho họ mang tâm trạng lo lắng và nhu cầu cần phải làm một việc nào đó liên tục như là một tập quán hay một nghi thức.

Sống trong một xã hội càng ngày càng phức tạp, con người phải ra sức phấn đấu với mọi khó khăn để thỏa mãn và tồn tại. Nền văn minh hiện đại vừa một mặt nâng cao các nhu cầu sinh sống, nhưng mặt khác lại tạo ra không biết bao nhiêu sự nhiễu nhương, căng thẳng và chấn thương tinh thần cho con người. Nhân loại luôn luôn bị cuốn hút với những thay đổi nhanh chóng và không

lường được của khoa học, kỹ thuật, công việc, điều kiện sống, môi trường, đô thị hóa... những tranh chấp, cạnh tranh trong chính trị, tôn giáo, chủng tộc, văn hóa, luật pháp, tập tục... những tai họa vì cường lực thiên nhiên, khủng bố, áp bức, chiến tranh, tai nạn xe tàu... Dù có một đời sống vật chất tốt đẹp hơn, có thể nói con người ngày hôm nay dễ chuốc lấy nhiều căng thẳng và khủng hoảng tinh thần hơn hẳn các thế hệ cha ông trong các thời đại cổ xưa.

Dù cho ngoại cảnh không phải là yếu tố đơn độc gây ra nguyên nhân của các bệnh rối loạn lo âu, ở một mức độ nào đó nó cũng có những tác động nhất định lên trên đời sống tinh thần của con người, nhất là những người không có khả năng chịu đựng dẻo dai. Quan điểm tâm lý sinh động không phải là không có lý khi cho rằng cử chỉ và hành vi của một người phản ánh những tính chất đặc thù của những kinh nghiệm và quá trình sinh sống của họ. Kinh nghiệm lâm sàng ghi nhận một số bệnh nhân bị các chứng hoảng hốt và rối loạn lo âu tổng quát đều đã có kinh qua những biến cố gây nhiều chấn thương tinh thần to lớn cho họ trong quá khứ. Và qua quá trình tâm lý trị liệu nhắm vào việc giải tỏa những kinh nghiệm chấn thương cũ, những triệu chứng rối loạn lo âu của các bệnh nhân này rõ ràng có sự thuyên giảm.

Kinh nghiệm lâm sàng cũng cho thấy các loại thuốc chống rối loạn lo âu đã thật sự giúp giảm thiểu được nhiều chứng bệnh thuộc dạng ám ảnh sợ hãi và rối loạn ám ảnh cưỡng bức. Thuốc men làm tốt hơn sự sinh hoạt bình thường của khả năng cân bằng nội môi (homeostasis), tinh thần thư giãn, giấc ngủ gia tăng, giảm thiểu những ý nghĩ không cần thiết nhưng rất trói buộc...

Thế nhưng, thuốc lại dễ gây nghiện ngập, cũng như những phản ứng phụ có hại cho sức khỏe, và trong một số trường hợp, thuốc cũng không có tác dụng gì đến việc làm giảm các triệu

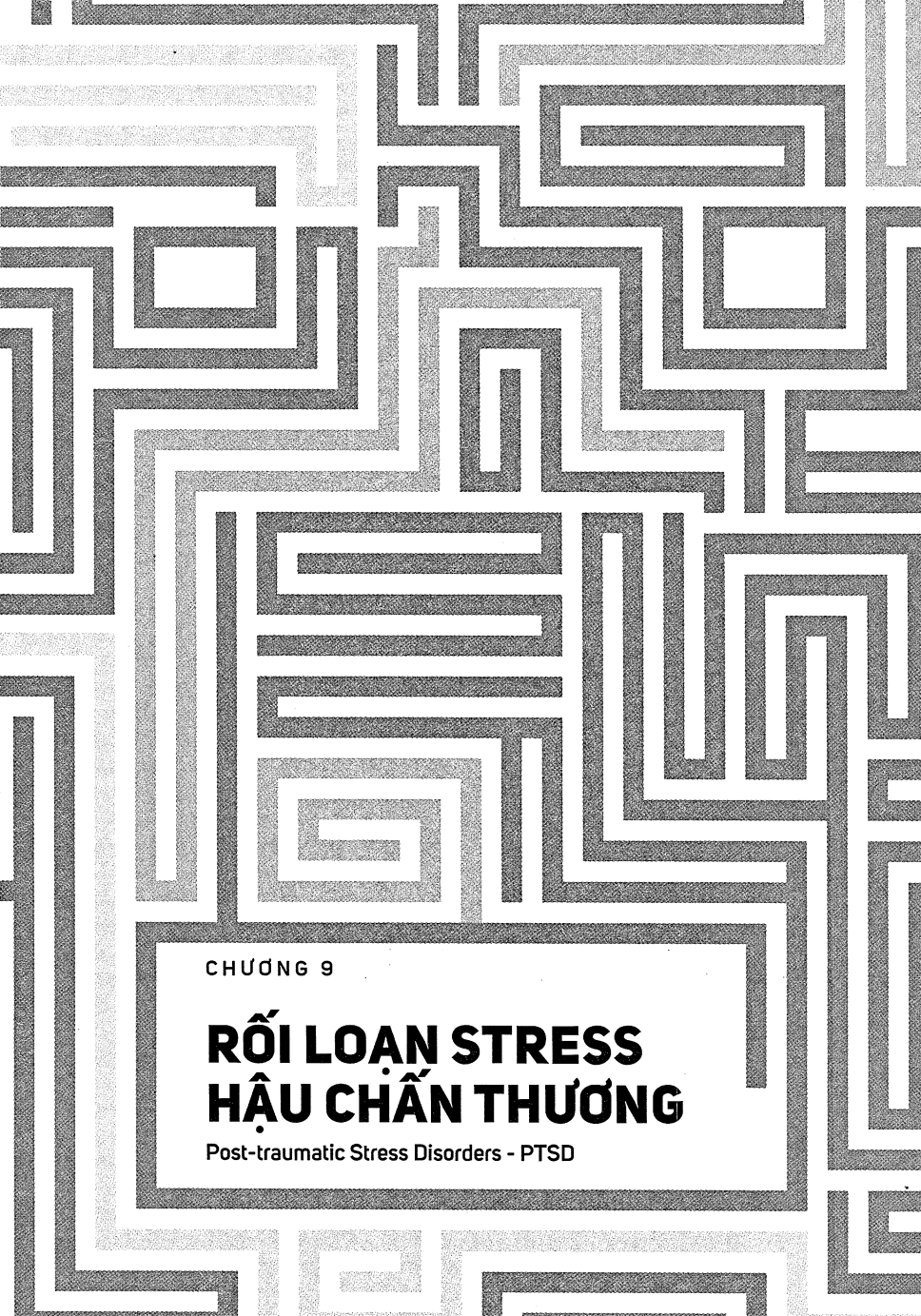
chứng. Điều này không phải gọi cho ta sự hồ nghi về mức độ khả tín của khoa nghiên cứu sinh học khi chứng minh rằng bệnh rối loạn lo âu thường cho thấy có liên hệ với sự thiếu cân bằng của các chất dẫn truyền thần kinh trong não bộ. Nhưng nó đặt cho ta câu hỏi là các chất dẫn truyền thần kinh có phải là nguyên nhân chính làm phát sinh các chứng rối loạn lo âu, hay chúng chỉ là kết quả của một nguyên nhân nào khác còn khởi thủy hơn nữa? Nguyên nhân tâm lý chẳng hạn? Đây chính là vấn đề vẫn còn nhiều bàn cãi.

Nhà tâm lý học Mỹ, **William James**, nói rằng sự hoảng sợ và lo âu là một phản ứng điều kiện có tính chủ quan, đi theo sau các triệu chứng sinh lý của cơ thể như, hồi hộp, hơi thở và nhịp tim gia tăng, tay chân run rẩy, và sự mất cân đối của các chất dẫn truyền thần kinh... Nói tóm lại, theo James sự hoảng hốt hay sợ hãi là do sự thay đổi sinh lý của cơ thể [13]. Nhưng trong khi đó, các chuyên gia khác vẫn tin rằng những yếu tố tâm lý của sự hoảng sợ và lo âu mới là nguyên nhân gây ra các điều kiện hỗn loạn sinh lý của thể chất. Nói cách khác, theo các chuyên gia này thì những phản ứng tâm lý thường đi trước những phản ứng sinh lý. Vậy quan điểm nào đúng hơn?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
2. Brenner, C (1974a). Depression, anxiety, and affect theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 25- 36.
3. Zajecka, J (1997). Importance of establishing the diagnosis of persistent anxiety. *Jour. Clin. Psychiat*, 58 (Supple 3), 9- 13.
4. Kessler, R. C. , McGonagle, K. A. , Zhao, S. , Nelson, C. B. , Hughes, M. , & Kendler, K. S (1994). Life and 12- month prevalence of DSM psychiatric disorders in the USA. *Arch. Gen. Psychiat*, 51, 8- 19.

5. Zerbe, K. J. , (1990). Through the storm: Psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. , *Bull. Menninger. Clin*, 54 (2) 171- 183.
6. Regier, D. A. , Narrow, W. E. , Rae, D. S. , & Goodwin, F. K (1993) The de facto US Mental and Addictive Disorder Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders in services. *Arch. Gen. Psychiat*, 50, 85- 94.
7. Mark, J. M (1986) Genetics of fear and anxiety disorders, *Brit. J. Psychiat*, 149, 406- 418.
8. Haefely, W (1990). Benzodiazepine receptor and ligands: Structural and functional differences. In I. Hindmarch. , G. Beaumont. , S. Brandon and B. E Leonard (Eds). *Benzodiazepine current concepts* (Pt. 1). Chichester, England: Wiley.
9. Klerman, G. L. , Weissman, M. M. , Markowitz, J & Shear, M. K (1994) Medication and psychotherapy. In A E Bergin & S. L Garfiel (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed). New York: Wiley.
10. Salloway, S. , & Cummings, J (1996) Subcortical structures and neuropsychiatric illness., *Neuroscientist*, 2, 66- 75.
11. Elsesser, K. , Sartory, G. , & Maurer, J (1996) The efficacy of complaints management training in facilitating benzodiazepines withdrawal. *Behav. Res. Ther*, 34 (2), 149- 156.
12. Foy, A. , OConnell, D. , Henry, D. , Kelly, J. , et al (1995). Benzodiazepines use as a cause of cognitive impairment in elderly hospital inpatients. *Journal of Gerontology*, 50 A (2).
13. James, W. (1893). *The principles of Psychology*. New York: H. Hold & Co.



CHƯƠNG 9

RỐI LOẠN STRESS HẬU CHẤN THƯƠNG

Post-traumatic Stress Disorders - PTSD

KHÁI NIỆM

Rối loạn stress hậu chấn thương (PTSD) là cái tên mới được các chuyên gia y tế đặt ra trong thập niên 60 trong thời gian có chiến tranh Việt nam, nhưng thật ra nó là một căn bệnh rất xưa cũ đối với loài người mà các giới chuyên môn cũng đã phát hiện và quan tâm nghiên cứu từ lâu.

Căn bệnh tâm thần này là hậu quả của những chấn thương, tinh thần hoặc thể chất, đã để lại cho người đã từng chứng kiến hay trực tiếp can dự vào những biến cố kinh khủng, có tầm mức đe dọa đến mạng sống của họ hay của người thân trước đây. Nói cách khác, nó là một phản ứng có tính bệnh hoạn sau một thời gian cá nhân phải đương đầu với một hay nhiều chấn động mạnh (shock) xảy ra từ môi trường bên ngoài. Nói khác nữa, phản ứng này là hậu quả của một trải nghiệm chấn thương làm tâm thần cá nhân bị rối loạn, bao gồm cảm giác bất hoại, chán chường, khó ngủ, hay hốt hoảng, giấc ngủ hay bị quấy rầy với những cơn mê sáng, những cơn ác mộng, hoặc mộng mị những chuyện bực mình

và phiền não, tâm trí cứ bị ám ảnh, nhớ lại những ký ức đau buồn cũ, v.v... Và các triệu chứng này có thể ảnh hưởng rất bất lợi đến tâm tư, tình cảm, sức khỏe thể chất và sinh hoạt hằng ngày của người bệnh.

Dưới nhiều tên gọi khác nhau qua nhiều thời kỳ trong lịch sử, cho đến cuối thập niên 1960, khi một số cựu chiến binh Mỹ trở về từ chiến trường Việt nam mang theo các triệu chứng căng thẳng tinh thần, mất ngủ, ác mộng, và tâm tư luôn bị ám ảnh với cảnh chết chóc, hoang tàn trên trận tuyến, các giới chuyên viên đã nghiên cứu và kiểm chứng lại căn bệnh này. Sau đó chứng bệnh được đặt tên lại và chính thức đưa vào *Sách Hướng dẫn Phân loại và Chẩn đoán Bệnh tâm thần (DSM)* của Hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ APA, và liệt kê nó vào một trong các bệnh thuộc nhóm *bệnh rối loạn lo âu (Anxiety disorders)*.

Từ thời xa xưa, sách sử cũng đã ghi chép lại một số trường hợp của những chiến sĩ đột nhiên bị mù lòa, hoặc tay chân trở nên tê bại, hay bị mất trí vĩnh viễn sau những thời gian đã kinh qua những cảnh chém giết, tàn sát khủng khiếp ngoài trận tuyến. Hoặc những kẻ độc ác, hung bạo, giết người không chút thương tiếc, khi cuối đời thường bị khủng hoảng tinh thần vì những ám ảnh của quá khứ và chết dần mòn trong điên loạn. Những triệu chứng này được gọi là *rối loạn chuyển hoá (conversion disorders)*.

Lịch sử trong thời cận đại cũng có ghi nhận những câu chuyện tương tự, chẳng hạn trong trận hỏa hoạn khủng khiếp giữa thế kỷ thứ 16 xảy ra tại London, nhiều người sống sót sau biến cố đó đã kể lại rằng những chấn thương tinh thần to lớn do trận hỏa hoạn để lại đã làm họ bị trầm trở lâu dài với những triệu chứng cấp tính, bao gồm các chứng mất ngủ, những cơn mê sảng, ác mộng, những

cơn thịnh nộ, giận dữ đột ngột, hay những cảm giác tội lỗi, đau buồn, ân hận, ồ dột, bi quan v. v...[1]

Đến cuối thế kỷ 19, một bác sĩ thần kinh người Pháp là **Jean-Martin Charcot** cho biết ông quan sát thấy một số bệnh nhân trong các nhà thương tâm thần thường nổi lên những triệu chứng điên loạn mà ông gọi là *chứng điên tiết tâm căn* (Hysterical neurosis). Người bệnh thường có những triệu chứng như những cơn đau bụng, đau đầu, đau lưng, co giật, động kinh, ngất xỉu, tê liệt tứ chi, và mất trí nhớ mà qua xét nghiệm y học không thấy có bằng chứng hư hỏng gì của cơ thể. Để tìm hiểu lý do, Charcot áp dụng *liệu pháp thôi miên* (hypnotism) và phát hiện được kết quả là hầu hết các bệnh nhân này đều đã trải qua những quá khứ thảm hại hầu như tương tự nhau với những biến cố đau đớn đã xảy ra cho họ; chẳng hạn nhiều người trong số này đã từng bị ức hiếp, đánh đập, bị tước đoạt, hoặc bị cưỡng bức tình dục đến nỗi phải trốn khỏi nhà để trở thành người đầu đường xó chợ và rốt cuộc phải trở thành điên loạn. Charcot kết luận rằng chính những biến cố gây ra nhiều đau buồn và hoảng sợ đã kinh qua trong tuổi ấu thơ là nguyên nhân của những triệu chứng điên tiết bất thường và những cơn đau giật cơ thể của các bệnh nhân này [2].

Các ghi nhận qua nghiên cứu của Charcot được nhiều chuyên gia y tế sau này xem là một đóng góp quan trọng trong việc tìm hiểu nguyên nhân phát sinh của một số các căn bệnh tâm lý cũng như sinh lý của một số bệnh nhân mà không có sự giải thích thỏa đáng nào qua các xét nghiệm y tế.

Tiếp tục công trình nghiên cứu của Charcot, các bác sĩ **Sigmund Freud** và **Pierre Janet** sau này cũng xác định rằng chứng điên tiết tâm căn nói trên là hậu quả của những chấn thương tâm lý to lớn mà người bệnh đã kinh qua trong quá trình

sống. Mặt khác, căn cứ vào kết quả từ những cuộc khảo sát ở một số bệnh nhân nữ, Freud còn phỏng đoán rằng những cơn điên tiết bất thường của những người này có thể là hậu quả của những vụ hiếp dâm có tính cách loạn luân mà họ đã trải qua. [3].

Trong thời gian xảy ra Đệ nhất thế chiến, khi có khoảng 10% số binh sĩ ngoài tiền tuyến bị bắt lực vì các chứng rối loạn tâm thần, phải được đem về hậu cứ để chữa trị, các bác sĩ vào lúc này phỏng đoán rằng sự rối loạn tâm trí của số quân nhân trên là vì ảnh hưởng tiếng dội của bom và đạn pháo binh. Vì thế, vào lúc này các chuyên viên gọi tên căn bệnh là **rối loạn stress do chấn động của bom** (shell shock).

Tuy nhiên, đến kỳ Đệ nhị thế chiến, nhiều binh sĩ của cả hai bên đồng minh và phát xít Đức, cũng lâm vào tình trạng bất kỉnh dụng với những triệu chứng căng thẳng và rối loạn stress tương tự. Những cuộc điều tra bằng các phương pháp và dụng cụ tân tiến thời ấy cho thấy kết quả con số các chiến binh bị rối loạn stress lần này có một tỷ lệ gần gấp ba lần so với hồi Đệ nhất thế chiến. Căn cứ theo thống kê thì đa số những quân nhân nào phải chiến đấu quá lâu dài trong các địa đạo và hầm hố lấy lợi, dơ bẩn, và ẩm mốc thì tinh thần thường mau chóng suy sụp hơn. Do đó, vào thời gian này căn bệnh lại được đổi tên là **rối loạn stress do chinh chiến** (War neurosis), hoặc có khi còn được gọi là **tinh thần bài hodi trong trận tuyến** (Battle fatigue) [4]. Các chuyên gia đưa ra nhận định rằng sự suy sụp tinh thần của binh sĩ phần lớn không phải do cá tính yếu ớt hay tinh thần chiến đấu miễn cưỡng mà do hậu quả của khoảng thời gian phục vụ trên chiến trường bị kéo dài quá lâu.

Vì vậy, về sau trong cuộc chiến tại Việt Nam, thời hạn viễn chinh của binh lính Mỹ được ấn định là 13 tháng với hy vọng

rằng sự rút ngắn thời gian tham chiến như thế sẽ giảm thiểu được những vấn đề có ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe tâm thần và tâm lý của quân nhân [5].

Tuy nhiên, thực tế của cuộc chiến tại Việt Nam lại cho thấy dù thời hạn phục vụ trên trận địa được rút ngắn cũng không giúp giảm bớt số lượng người bị bệnh, do đó có thể nói nguyên nhân của rối loạn stress là một sự kết hợp phức tạp giữa tình huống và những đặc tính riêng về cá tính của bản thân người binh sĩ trong tình huống đó. Tính cho tới nay đã có khoảng 29% trong số gần hai triệu nhân viên, gồm dân sự và quân nhân Mỹ, từng phục vụ tại chiến trường Việt Nam đã phải vật lộn lâu dài với những triệu chứng của căn bệnh rối loạn stress này. Đó là lý do quốc hội Hoa Kỳ rút cuộc đã cho mở ra nhiều trung tâm phục vụ trên toàn liên bang để kiểm tra, phòng ngừa và chăm sóc sức khỏe cho tất cả những cựu quân nhân cán chính đã từng có mặt trong chiến tranh Việt Nam [6].

NGUYÊN NHÂN

Bệnh rối loạn stress hậu chấn thương (PTSD) hiện nay được giới y tế quan niệm như là một vấn đề liên quan đến hậu quả của những chấn động tinh thần phát sinh từ môi trường sống. Nói cách khác, đây là căn bệnh có nguyên nhân chính xuất phát từ sức ép của ngoại cảnh. Thông thường biến cố ngoại cảnh nào có tính chất trầm trọng, thời hạn kéo dài, và gây nhiều kinh ngạc, khiếp đảm thì dễ gây ra những chấn thương tinh thần cho những người trong cuộc. Ngoài ra, một vài nghiên cứu khác cũng xác định là những nét đặc thù về cá tính rõ ràng cũng có ảnh hưởng tới mức độ trầm trọng và thời gian hồi phục của chấn thương (sẽ nói thêm ở phần sau).

Cần phải nói rằng con người có thể chuốc lấy những chấn thương tinh thần vì muôn ngàn biến cố xảy ra từ môi trường sống. Những biến cố thuộc về *thiên tai* như những trận động đất, sụt đất, lũ lụt, núi lửa, sóng thần, và bão tố, v.v... đều đem lại những tai họa và chấn thương không lường nổi cho nhân loại; kể đến là những *tai họa* và chấn thương *do chính con người gây ra cho nhau*

như chiến tranh, những cuộc tàn sát tập thể, những hình thức kỳ thị, áp bức, đe dọa, đấu tố, hành hạ, đánh đập, khủng bố, tra tấn, bỏ tù, bắt làm con tin, đày đọa, tước đoạt, cướp bóc, hiếp dâm, tai nạn giao thông, tai nạn kỹ thuật v. v...

Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy các nạn nhân của những tai họa thiên nhiên thường sớm được hồi phục sức khỏe tinh thần hơn các nạn nhân của những tai họa do con người gây ra cho nhau. Có hai lý do để hỗ trợ cho lập luận này. Trước hết, những tai họa thiên nhiên thường xảy ra trong ngắn hạn nên nạn nhân có thể ít bị tổn thương hơn về mặt tâm lý như các nạn nhân của những biến cố dài hạn như chiến tranh, áp bức, hành hạ, v. v... Ngoài ra, nạn nhân của các tai họa thiên nhiên thường có ý nghĩ rằng sự rủi ro của họ là không thể nào tránh khỏi, vì đó là ý muốn của trời đất, thượng đế, hay vì sự xui xẻo, an bài của số kiếp... Ý nghĩ có tính mặc khải này làm cho họ dễ dàng chấp nhận và quên đi những tổn thất và đau đớn. Trong khi đó các tai họa do con người gây ra thường để lại cho nạn nhân nhiều sự tức giận, bối rối, đau buồn, uất ức, và hờn tui lâu dài; nhất là những cá nhân thiếu cái nhìn thực tế và có quá nhiều lý tưởng vào các giá trị đạo đức của nhân loại thì càng cảm thấy kinh ngạc và đau đớn hơn với những tai họa mà lẽ ra con người không nên gây ra cho nhau.

Những nét đặc biệt thuộc về cá tính cũng là yếu tố cần tìm hiểu để có thể giải thích đầy đủ hơn về tính chất, nguyên nhân, mức độ và triệu chứng của bệnh. Một số nghiên cứu gợi ý rằng những biến số thuộc cá tính của một người như *mức độ tự chủ, lòng tự trọng, trí xét đoán*, cũng như những quan niệm của cá nhân về *giá trị, lòng tin* và lý tưởng đều có ảnh hưởng tích cực hay tiêu cực đến tính chất và mức độ phát sinh cũng như hồi phục của bệnh.

Lý thuyết nhận thức-hành vi (Cognitive-behavioral theory) của

Aeron Beck cũng đưa ra những giải thích tương tự. Beck quan niệm rằng mỗi con người đều có **khung nhận thức** (cognitive schema) cá biệt, bao gồm những quan niệm, lòng tin, lý tưởng, kinh nghiệm, và khả năng xét đoán, v.v... Khung nhận thức nói lên cá tính của cá nhân. Nó là yếu tố then chốt quyết định tính chất và mức độ thích ứng của cá nhân đó trước những nghịch cảnh. Những phản ứng tiêu cực và bệnh hoạn tiêu biểu cho những cá nhân có khung nhận thức lệch lạc, méo mó thường ghi nhận được là khi phải đương đầu với những tình huống khó khăn cá nhân đó thường thiếu tự chủ, tự đánh giá tiêu cực về mình, dễ bỏ cuộc, có cảm giác tội lỗi, cảm giác thất vọng, không có sự chia sẻ, cứu giúp, v. v...

Lý thuyết tập nhiễm (Learned - helplessness theory) của Seligman và Rehm cho rằng những triệu chứng căng thẳng sau khi phải trải qua những nguy cơ trong biến cố là hậu quả tất yếu của một **phản ứng điều kiện hóa** (conditioning). Lý thuyết này giải thích rằng tính chất đe dọa của tình huống là yếu tố kích thích vô điều kiện và ngoài ý muốn, khiến đưa tới phản ứng vô điều kiện là sự căng thẳng tột độ của tinh thần. Từ vô điều kiện, những kích thích này dần dần trở thành điều kiện để tạo ra những phản ứng điều kiện, đó là sự lo âu và tâm trạng cảnh giác cao độ của nạn nhân [7]. Điều này giải thích tại sao một số nạn nhân bị tổn thương do chấn động to lớn của các biến cố trong quá khứ thường có khuynh hướng tránh né bất cứ những gì (hình ảnh, lời nói, hành động, v.v...) có thể làm sống lại cái cảm giác lo sợ trước đây, cũng như cố tránh không để bản thân một lần nữa phải trực tiếp rơi vào hoàn cảnh khủng khiếp tương tự như đã từng phải chịu.

Tuy nhiên, một mặt sự né tránh có thể giúp giảm thiểu tạm thời cảm giác lo âu và sợ hãi thời gian ngắn, mặt khác nó lại càng củng cố và kiện toàn cho chính nó về lâu dài, có nghĩa là những

phản ứng tránh né trở thành toàn bộ hóa (generalized). Nói cụ thể hơn, đến giai đoạn này cá nhân rất nhạy cảm và tinh thần dễ chao đảo với bất cứ điều gì có thể làm khơi lại chấn thương cũ. Chẳng hạn, một bệnh nhân cho biết anh ta rất kinh hãi và luôn luôn bị ám ảnh với chuột. Dù trong nhà hay ngoài đường, bất cứ ở đâu có dấu hiệu có chuột (kích thích vô điều kiện đã trở thành có điều kiện) là anh ta mất hồn vía và tìm cách tránh né (phản ứng vô điều kiện đã trở thành có điều kiện). Người bệnh thuật lại rằng chuột làm anh sống lại những cảm giác khiếp đảm (hậu chấn thương) của những ngày bị nhốt trong hầm tối và bị đàn chuột thường đến gặm đôi chân đang bị trói chặt trong thời gian anh bị bắt làm tù binh và bị giam hãm trong một nhà tù tối tăm [8].

Khoa thần kinh sinh học (Neurobiology) lại tin rằng những chấn thương gây ra do các biến động của ngoại cảnh là nguyên nhân làm đảo lộn các tiến trình hoạt động bình thường của các chất sinh hóa trong cơ thể, theo đó dẫn đến sự căng thẳng tinh thần, và rốt cuộc có thể đưa đến tình trạng rối loạn stress trầm trọng cho nạn nhân bị chấn thương.

Trước hết là tuyến thượng thận (adrenal glands) thường tiết ra một số lượng lớn các hormone, gọi là **adrenaline** và **noradrenaline**, để ứng phó với nguy cơ đang đe dọa. Nhưng có thể có hai trường hợp xảy ra: nếu chất **adrenaline** được tiết ra thì mục đích của nó là làm cho cơ thể có thêm năng lượng và sức mạnh, nhưng nếu chất **noradrenaline** được tiết ra thì lại làm cho cơ thể bị ù lì, tê cóng.

Khi có sự gia tăng chất **adrenaline** thì máu huyết tuần hoàn gia tăng trong mọi bộ phận của cơ thể, không khí tăng lên trong lồng ngực, tim đập nhanh hơn, chức năng hoạt động của bộ não nhanh hơn và hiệu quả hơn, và theo đó mọi giác quan đều thức

tỉnh, mở rộng, và nhanh nhẹn. Điều này giải thích tại sao trong một tình huống nguy ngập và khẩn cấp một người có thể làm được một hành động mà bình sinh anh ta không thể nào làm được (ví dụ phóng qua một hàng rào kẽm gai cao).

Ngược lại, nếu có sự gia tăng chất noradrenaline thì mọi chức năng chuyển động của cơ thể trở nên tê liệt, bất động. Điều này cũng thường thấy xảy ra nơi một số con vật, chẳng hạn, trong cơn hoảng sợ chúng thường nằm lăn quay ra như chết khi ta đụng vào thân thể nó. Lý thuyết này cũng giải thích cho những trường hợp trong đó một số nạn nhân của các vụ khủng bố, hăm dọa, cướp đoạt, tra tấn, hiếp dâm, v.v... thường hay bị ngất xỉu, chết cồng ngay tại hiện trường do hậu quả của sự sợ hãi, khiếp đảm.

Thêm vào đó, trong những tình huống có sự căng thẳng cực độ thì hoạt động của các chất sinh hóa trong não bộ, gọi là **chất dẫn truyền thần kinh** (neurotransmitters) cũng bị xáo trộn. Các nghiên cứu ghi nhận được là nếu sự căng thẳng tinh thần cứ kéo dài thì một số các chất dẫn truyền thần kinh có các chức năng điều hòa cảm xúc và tâm trí, như các chất *norepinephrine*, *dopamine*, *serotonin*, *catecholamine*, và *endogeneous opioids*, có khuynh hướng giảm thiểu dần và tiến tới sự hỗn loạn, mất cân bằng mặc dù thoạt đầu đã có sự gia tăng.

Giải thích nêu trên có thể hỗ trợ quan điểm cho rằng nạn nhân của bệnh rối loạn stress hậu chấn thương là người tự bản chất có những phản ứng sinh hóa trong cơ thể quá bén nhạy trước các biến động của môi trường. Nhưng một câu hỏi khác lại được nêu lên là tại sao lại có những con người có những phản ứng sinh hóa nhạy bén như thế?

Để trả lời câu hỏi trên, các chuyên viên đã thực hiện một cuộc kiểm tra với 4 ngàn cặp sinh đôi trong số các cựu chiến binh Mỹ

đã tham chiến tại Việt nam. Kết quả tìm thấy rằng đa số những anh em trong những cặp sinh đôi này có những phản ứng tâm lý tương tự nhau (ví dụ người này thường giật nẩy mình vì tiếng động thì người kia cũng có những phản ứng tương tự). Do đó, có ý kiến cho rằng *lý thuyết gene di truyền* (geneticism) cũng có vai trò không kém quan trọng trong vấn đề truy tìm và giải thích nguyên nhân của căn bệnh do hậu quả của những chấn động từ bên ngoài. [9].

Ngoài ra, một số nghiên cứu cũng cho thấy những biến số khác như *tuổi tác, quá trình về sức khỏe tâm thần, và năng lực trí tuệ* cũng góp phần quan trọng vào khả năng phát sinh bệnh. Ví dụ, nạn nhân càng trẻ tuổi và thiếu kinh nghiệm sống thì càng dễ bị chấn thương bởi biến cố, và một cá nhân đã từng mắc một chứng tâm thần nào đó thì dễ bị tổn thương hơn khi phải đương đầu với một chấn động ngoại cảnh.

Tóm lại, một cá nhân bị rối loạn stress hậu chấn thương phải là người đã từng dính líu vào ít nhất một biến cố có tính chất và mức độ đe dọa khủng khiếp đến sự an toàn tánh mạng của bản thân, mà trong đó phải có hai điều kiện xuất hiện: *thứ nhất*, cá nhân ấy đã *trực tiếp chịu đựng*, hoặc đối đầu, hoặc *chứng kiến* cảnh chém giết, chết chóc, tổn thương, bức hại, v.v... cho chính bản thân mình hay cho những người thân yêu của mình; *thứ hai*, cá nhân ấy đã phải trải qua những giây phút *cực kỳ dao động* tinh thần với sự *hốt hoảng, run sợ, khiếp đảm, đau đớn, và thất vọng*, v.v... Đây là hai điều kiện tiên quyết để biến cố trở thành nỗi ám ảnh dai dẳng về sau cho cá nhân. Thêm vào đó, những tính chất đặc biệt của *cá tính* cũng là những biến số có khả năng tác động đến mức độ trầm trọng cũng như thời gian hồi phục của bệnh.

TRIỆU CHỨNG

Các triệu chứng của căn bệnh rối loạn stress hậu chấn thương (PTSD) có thể phát hiện được qua những dấu hiệu rối loạn trên cả ba khía cạnh *tư duy, tình cảm, và hành vi* của người bệnh. Những triệu chứng đặc trưng tìm thấy trong một số các bệnh nhân gồm có:

- **Rối loạn giấc ngủ** (khó ngủ, hay tỉnh giấc, giấc ngủ không sâu, v.v...), trong giấc ngủ thường mơ thấy những cảnh ngộ hãi hùng, đau buồn đã từng kinh qua trong quá khứ; đôi khi kèm theo những cơn ác mộng, mê sảng, thường đấm đá, la hét, hay có lúc toát mồ hôi hột trước lúc tỉnh dậy.
- Thường có những **hồi ức** (flashbacks) tự động về biến cố cũ mặc dù không bị gợi ý hay có điều gì nhắc nhở đến những biến cố đã gây ra chấn thương trước đây.
- **Tâm trạng lo lắng, sợ hãi, bồn chồn, hồi hộp** (nhất là vào những thời gian buổi chiều) (có lẽ thời gian buổi chiều là lúc cơ thể thường uể oải, sinh lực thường giảm sút). Ngoài

ra, một số bệnh nhân lại bị tật hay *giật mình, hốt hoảng* và thường rất *nhạy cảm* với tiếng động.

- Thường có *phản ứng tránh né* (avoidance) mọi tiếp xúc với những gì có khả năng gợi lại chấn thương cũ. Hành động tránh né cũng có thể xảy ra dưới nhiều hình thức vượt ra ngoài sự nhận biết của ý thức cá nhân. Ví dụ cảm thấy bị ù tai, hay bị tê liệt cánh tay, hoặc quên băng đi một số sự kiện hay một giai đoạn của biến cố trong quá khứ (Tâm lý sinh động cho rằng hiện tượng này là kết quả của một tiến trình tâm lý tiềm ẩn được dần dà phát triển để chống lại một tâm trạng căng thẳng, lo âu vì những tranh chấp, xung đột nào đó bên trong nội tâm).
- *Thường cảm thấy cô đơn, bị cô lập, tách biệt*. Cảm thấy khó hòa đồng, thiếu hăng say, thích thú, hứng khởi trong những sinh hoạt thường nhật. Một số thường có cảm giác như thể tương lai cuộc sống của mình sẽ rất ngắn ngủi, chẳng còn bao lâu nữa.
- *Khó chế ngự được cảm xúc*. Chẳng hạn, rất *dễ tức giận* và *bất mãn* trước những việc gì có tính cách của quyền, bất công, hoặc bị áp bức, đe dọa, bắt nạt... hoặc *rất dễ xúc động*, dễ khóc trước những nỗi thương tâm, đau khổ của chính mình hay của người khác, v. v... Một số trường hợp khác thì cảm xúc lại trở nên *chai lỳ, gương gao, thiếu tự nhiên* trong cách biểu lộ tình cảm. Ngoài ra, cũng lại có một số trường hợp trong đó cá nhân trở nên *rất dễ hờn giận, và cố chấp* trong những mối quan hệ và giao tiếp.
- Thêm vào đó, hậu quả của chấn thương cũng có thể làm phát triển những hiện tượng tâm lý tiêu cực, tức là cảm thấy mình là tác nhân của mọi đau buồn đang có, như

cảm giác tự đổ tội (self-blame), ý tưởng tự trừng phạt (self-punishment), và ý tưởng tự hoại (self-harm).

Lưu ý là những triệu chứng nêu trên chỉ là những ghi nhận đúc kết từ kinh nghiệm lâm sàng, và không hẳn nó đã phản ánh đầy đủ mọi trường hợp của bệnh. Ngoài ra, cũng không phải nạn nhân nào của bệnh rối loạn stress hậu chấn thương cũng phải trải qua đầy đủ những triệu chứng liệt kê ở trên. Nói rõ hơn, mỗi nạn nhân có thể chỉ chia sẻ một số triệu chứng nổi bật nào đó thôi, và tùy theo bản chất của chấn thương, mức độ và thời gian của các triệu chứng cũng có thể rất khác nhau.

CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán cho bệnh nhân rối loạn stress hậu chấn thương cần phải hội đủ 3 nhóm triệu chứng: hành vi hồi ức; hành vi tránh né; và các triệu chứng rối loạn hệ thống thần kinh tự chủ. Cần xác định rõ là những hành vi và triệu chứng trên chỉ xảy ra sau khi nạn nhân đã trải qua thời gian bị chấn thương vì biến cố kinh khủng nào đó, chứ không phải là những hành vi và triệu chứng đã có sẵn của người bệnh từ trước khi xảy ra biến cố.

Hành vi hồi ức, hay *hồi nghiệm* (re-experience) là sự nhớ lại những gì đã xảy ra trong biến cố. Những triệu chứng này thường có tính cách tự động, đột nhập (intrusive), triền miên, dai dẳng và thường xảy ra trong giấc mơ, ác mộng, hay trong ý nghĩ, v.v... Hành vi hồi tưởng một mặt có thể do sự ám ảnh, hay do tiếng dội lại (echo) của những biến cố đã trải qua; nhưng mặt khác nó cũng được xem là một chức năng tự nhiên của tâm lý trong tiến trình tự tìm cách điều hòa và thích ứng với những chấn thương cũ. Như vậy, có thể nói hành vi hồi tưởng là trạng thái sinh hoạt rất tự

nhiên của tâm lý để tiến tới sự phục hồi sức khỏe tinh thần sau khi đã kinh qua biến cố. Thế nhưng, sự hồi tưởng đôi khi cũng có tác dụng ngược của nó, nghĩa là nếu tình trạng này kéo dài quá lâu thì nó có thể làm cho các triệu chứng của bệnh, thay vì dần dần được lắng dịu, thì lại trở nên trầm trọng hơn trong một số trường hợp.

Hành vi tránh né cũng là phản ứng tâm lý tự nhiên giúp cho người bệnh có thể lảng tránh được tất cả những gợi ý nào (hình ảnh, âm thanh, hành động, v.v...) làm nhớ lại chấn thương cũ. Hành vi tránh né thường được biểu hiện theo nhiều cách, trực tiếp và gián tiếp. Đôi khi nó được biểu lộ dưới dạng *rối loạn chuyển hoá* (conversion disorders). Rối loạn chuyển hoá là một phản ứng tâm lý vô thức, có thể biểu hiện dưới những hình thức tê liệt của thể chất hoặc tâm lý. Chẳng hạn, nạn nhân của một vụ bạo hành hiếp dâm về sau có thể bị *chứng rối loạn tình dục* (sexual desire disorders) (thể chất), hay một nạn nhân đã chứng kiến và thoát chết trong một cuộc tàn sát đẫm máu sau này có thể bị *chứng mất ký ức phục hồi* (retrograde amnesia) (tâm lý) làm cho không thể nhớ được những gì đã xảy ra trong biến cố đó nữa.

Hành vi tránh né một mặt có thể tạm thời giúp giải tỏa được những ký ức căng thẳng; nhưng mặt khác, sự cố tình tránh né liên tục lại chẳng khác gì là một hành vi đè nén tâm lý, và như thế nó có thể đưa tới hậu quả là làm ngăn cản tiến trình tâm lý hồi phục tự nhiên của cá nhân.

Hệ thống thần kinh tự chủ (autonomic nervous system - ANS) là một phần của hệ thống thần kinh trong cơ thể, có chức năng sinh hoạt độc lập và ngoài sự kiểm soát của ý thức, và mục đích của nó là duy trì sự hoạt động đều đặn, tự động và tự nhiên của của tim, phổi, bộ phận tiêu hóa, và cơ năng sinh đẻ, v.v.... Do đó, những triệu chứng dai dẳng như sự khó ngủ, tâm trạng bồn chồn,

lo lắng, cảnh giác (hypervigilance), hay hồi hộp, giật mình, nổi nóng bất chợt, thiếu tập trung, rối loạn tiêu hóa, hô hấp gia tăng (hyperventilation), v.v... đều là những dấu hiệu biểu hiện sự rối loạn hệ thống thần kinh tự chủ của người bệnh.

Rối loạn stress hậu chấn thương có 2 dạng khác nhau: **Cấp tính**, nếu triệu chứng chỉ kéo dài dưới ba tháng. **Mãn tính**, nếu triệu chứng từ ba tháng trở lên. Mặt khác, thông thường bệnh chỉ phát khởi sau một thời gian ngắn của biến cố chấn thương, nhưng trong nhiều trường hợp các triệu chứng có thể phát khởi chậm đến cả nhiều tháng hay nhiều năm sau biến cố. Trong những trường hợp như thế, cần ghi rõ là “**PTSD khởi phát trì hoãn**”.

Thống kê cho thấy một số nạn nhân chiến tranh ở Đông Dương, bao gồm thường dân, cựu chiến binh, tù cải tạo chỉ bắt đầu có các triệu chứng của bệnh sau rất nhiều năm kể từ khi kinh qua các nghịch cảnh. Thống kê cũng cho thấy sau gần 50 năm vẫn còn 72% các tù binh và tù nhân sống sót từ các trại tập trung phát xít Đức trong thế chiến thứ II vẫn còn trần trụi với một số triệu chứng hồi nghiệm và tránh né, cũng như những cảm giác lo lắng, bồn chồn, buồn nản, mất tin tưởng, v.v... [10].

Ngoài ra, nếu các triệu chứng rối loạn chỉ khởi phát và chấm dứt trong khoảng thời gian từ hai ngày đến một tháng thì bệnh được chẩn đoán là **rối loạn stress cấp tính** (acute stress disorder - ASD), từ một tháng trở lên mới được chẩn đoán là **rối loạn stress hậu chấn thương** (PTSD).

Trong những năm gần đây, một số ý kiến đề nghị rằng nên chia bệnh rối loạn stress hậu chấn thương thành hai tiểu loại, loại đơn thuần và loại **phức tạp**, căn cứ trên triệu chứng và nguyên nhân của nó.

PTSD đơn thuần là loại chóng hồi phục, bao gồm những tổn

thương ngắn hạn và ở mức độ trầm trọng tương đối, gây ra từ một số các tai họa như tai nạn xe cộ, bạo hành, cưỡng bức tình dục, bão lụt, cháy nhà, cướp giết, v.v... **PTSD phức tạp** là loại thường thấy nơi những cá nhân có những triệu chứng dai dẳng và khó giải thích như các chứng *rối loạn dạng cơ thể* (somatization disorders), *rối loạn tâm phân* (dissociative disorders). Khả năng hồi phục của loại PTSD phức tạp thường rất thấp. Nó là hậu quả của những chấn thương có mức độ trầm trọng và dai dẳng, và phần lớn đều là hậu quả của những chấn thương tinh thần do con người gây ra cho nhau, như sự tra tấn, đàn áp và ức hiếp liên tục, tình trạng tù tội, bị bắt làm con tin lâu dài, sống trong cảnh bom đạn, chết chóc do chiến tranh, v.v... Trong phạm vi điều trị, sự phân biệt ra hai loại PTSD này là rất cần thiết, vì như thế mới có thể phác họa kế hoạch chữa trị thích hợp cho từng ca bệnh [11].

ĐIỀU TRỊ

Tâm lý trị liệu được xem là *phương thức điều trị chính* cho bệnh rối loạn stress hậu chấn thương. Được lý trị liệu chỉ cần dùng trong những trường hợp cấp cứu, cũng như dùng trong đoàn kỳ để làm lắng dịu các triệu chứng liên quan đến các hoạt động rối loạn của hệ thống thần kinh tự chủ như sự mất ngủ, tâm trạng bồn chồn, lo âu, ù dột, nhịp tim nhanh, gia tăng hô hấp, v. v... Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy được lý trị liệu làm giảm thiểu nhanh chóng các triệu chứng nôn nóng, lo âu, nhưng nếu không được kết hợp với sự chữa trị bằng tâm lý trị liệu, thì các triệu chứng sẽ bị tái phát trong một thời gian rất ngắn.

Trong trường hợp phải dùng thuốc thì trước hết là sử dụng các loại thuốc chống tình trạng sa sút tinh thần, bao gồm các loại **chống trầm cảm** (antidepressants) như *imipramine* (Tofranil), *clomipramine* (Anafranil), *fluoxetine* (Prozac), *paroxitine* (Paxil), và *zertraline* (Zoloft), v.v....

Thêm vào đó, rất nhiều loại thuốc **chống rối loạn lo âu**

(anxiolytics) thường dùng để giải tỏa những cảm xúc căng thẳng như các chứng bồn chồn, ray rứt, sợ sệt, hay giật mình, v.v... Những loại thuốc nằm trong nhóm được liệu **Benzodiazepine**, có công dụng làm tăng các hoạt động của chất **GABA** (Gamma-aminobutyric acid - một loại chất dẫn truyền thần kinh trong não bộ có liên quan đến sự ổn định triệu chứng). Trong nhóm được liệu này, thông dụng nhất là *alprazolam* (Xanax) (cấp thời làm giảm nhanh các triệu chứng hoảng sợ và lo lắng), và một số các loại khác trong nhóm cũng có công hiệu làm tinh thần yên ổn và giúp ngủ ngon như *diazepam* (Valium), *clonazepam* (Klonopin), *lorazepam* (Ativan), và *triazolam* (Halcion). Phản ứng phụ thường ghi nhận ở nhóm thuốc này là dễ bị khô miệng, rối loạn tiêu hóa, rối loạn chức năng hoạt động các cơ bắp, suy giảm ham muốn tình dục, tăng cân nhanh, và trạng thái dật dờ, buồn ngủ, v.v...

Điều đáng chú ý là bệnh rối loạn stress hậu chấn thương và các loại bệnh trầm cảm có cùng rất nhiều triệu chứng tương tự, vì vậy phương thức trị liệu cho hai loại cũng không có mấy khác biệt. Tùy theo sở trường của người trị liệu cũng như bản chất và mức độ của chấn thương mà các kiểu mẫu trị liệu bằng tâm lý được sử dụng. Thông thường các kiểu mẫu trị liệu sau đây được phối hợp áp dụng:

- **Liệu pháp nhận thức hành vi** có mục đích giúp người bệnh hiểu và thay đổi những suy nghĩ cũng như phán đoán lệch lạc và méo mó để ổn định lại những xúc cảm quá trớn và những ý tưởng tiêu cực, một chiều. Liệu pháp nhận thức hành vi cũng bao gồm nhiều kỹ thuật kết hợp để *kích thích và củng cố, gia tăng hay loại bỏ* dẫn những hành vi không phù hợp với thực tế hiện tại do hậu quả của những chấn thương đã kinh qua trước đây của người bệnh.

- **Liệu pháp tâm lý sinh động** giúp người bệnh biết phối hợp những trải nghiệm đã kinh qua trong biến cố chấn thương và những nét đặc biệt trong cấu trúc tổng quát của cá tính, làm gia tăng sự nhận biết của người bệnh về những tranh chấp sâu thẳm bên trong của ý tưởng và cảm xúc do biến cố chấn thương tạo ra. Những tranh chấp không được làm cho trong sáng và giải quyết rõ ràng này được xem là nguyên nhân gây ra sự lo sợ, ám ảnh, cảm giác rầy rứt, v.v...
- **Liệu pháp nhóm** thường áp dụng cho những bệnh nhân có cùng những triệu chứng giống nhau, với mục đích là hỗ trợ và gia tăng khả năng hiểu biết về các biến chuyển của đời sống nội tâm cũng như sinh hoạt thường ngày của người bệnh trong khi đang được điều trị. Liệu pháp nhóm có thể thực hiện song song với các liệu pháp trị liệu khác để giúp cho mọi thành viên trong nhóm dễ dàng có cơ hội chia sẻ và thảo luận với nhau nhiều vấn đề liên quan đến bản thân của mỗi cá nhân và rút ra được những kinh nghiệm chung; theo đó các thành viên trong nhóm sẽ tập trung vào nỗ lực phục hồi một triệu chứng đặc biệt nào đó trong một thời hạn nhất định.
- **Liệu pháp thôi miên** (Hypnosis) và **các phương pháp thư giãn** (Relaxation training techniques) đôi khi được sử dụng trong một số trường hợp đặc biệt để giúp người bệnh giảm thiểu những triệu chứng không bình thường của các chức năng thuộc hệ thống thần kinh tự chủ.

Ngoài ra, một kỹ thuật tâm lý trị liệu khác được giới thiệu bởi bác sĩ **Francine Shapiro** có tên là **Giải cảm bằng chuyển động mắt và Tái tiến hành** (Eye Movement Desensitization and

Reprocessing) (EMDR) như là một lối chữa trị nhanh chóng và rất có hiệu quả cho bệnh rối loạn stress hậu chấn thương (PTSD). Mặc dù có nhiều bàn cãi làm sao những chuyển động của đôi mắt lại có thể tạo ra những thay đổi thật sự các triệu chứng rối loạn tinh thần và cảm xúc, nhưng Shapiro tin rằng chủ đích của phương pháp này là làm cho tiềm thức của người bệnh hoạt động để tự giải quyết những tranh chấp bên trong cũng giống như các liệu pháp nhận thức hành vi.

Khởi đầu của kỹ thuật trị liệu này là người bệnh được yêu cầu mô tả những ký ức nào vẫn còn gây lo âu, hoảng sợ cho họ. Sau đó họ được hướng dẫn theo dõi không ngừng ngón tay của chuyên viên đang chuyển động liên tục từ trái sang phải trong khoảng 20 phút. Cứ như vậy, người bệnh được hỏi tiếp những ý tưởng, tình cảm hay cảm giác nào đang trỗi dậy trong khi mắt vẫn không ngừng theo dõi ngón tay đưa qua đưa lại của chuyên viên. Phương thức này cứ tiếp diễn cho tới khi không còn ký ức nào gây ra trạng thái lo âu nữa; đó chính là lúc mà Shapiro gọi là các ký ức đã được *giải cảm* và *tái tiến hành* [12].

Tuy nhiên, nhiều cuộc kiểm tra khác nhau cho thấy phương pháp giải cảm bằng chuyển động mắt và tái tiến hành của Shapiro cũng chỉ có hiệu quả trị liệu tương đương như các kỹ thuật sử dụng trong hình thức chữa trị bằng các liệu pháp nhận thức hành vi mà thôi [13].

Ngoài những phương thức trị liệu chính thức vừa nêu ra, những sự giúp đỡ tinh thần và vật chất của những người thân thiết và cộng đồng cũng mang lại nhiều hiệu quả tốt đẹp trong việc ngăn ngừa và làm giảm thiểu nguy cơ khởi phát các triệu chứng tâm thần sau khi nạn nhân đã trải qua biến cố chấn thương. Những lời an ủi, khuyên lơn và lắng nghe của những các giới chức

trong tôn giáo, những sinh viên thực tập hoặc đang làm những công tác xã hội thiện nguyện, những người thân trong gia đình, bạn bè, v.v... đều thật sự cần thiết, và trong một số trường hợp có thể mang lại những kết quả hỗ trợ bổ ích cho các hình thức trị liệu có tính chuyên môn đang được tiến hành.

KẾT LUẬN

Rối loạn stress hậu chấn thương là một trong những bệnh tâm thần có rất nhiều triển vọng hồi phục, tuy nhiên như đã phân tích ở trên, nếu các triệu chứng bệnh không kéo dài đến độ trở thành mãn tính, và nếu khoảng thời gian giữa hai biến cố (từ lúc bị chấn thương đến lúc khởi phát các triệu chứng) không quá xa nhau thì khả năng hồi phục sẽ còn khả quan hơn nữa. Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy, nếu khoảng thời gian đó quá lâu dài, có nghĩa là những triệu chứng chỉ bắt đầu phát triển từ sáu tháng trở đi kể từ khi bị chấn thương, và những triệu chứng này cứ tiếp tục kéo dài thì khả năng hồi phục có thể chậm chạp và khó khăn hơn.

Có những trường hợp cho thấy phải đợi đến nhiều năm sau một số nạn nhân mới cảm thấy có những dấu hiệu rối loạn tâm lý khởi phát. Đây cũng là vấn đề đã khiến cho một số chuyên gia đề nghị nên chia bệnh rối loạn stress hậu chấn thương ra làm hai loại, đơn thuần và phức tạp, như đã có đề cập ở trên. Tuy trung, mỗi con người đều có những biến số khác nhau về cá tính, sức khỏe, điều

kiện giáo dục, kiến thức, ý chí, môi trường sống, sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè và xã hội... khiến cho phản ứng của mỗi người có thể khác nhau khi phải trực diện với một biến cố kinh hoàng.

Ngoài ra, những tính chất đặc biệt của mỗi biến cố cũng có thể gây ra những mức độ thương tổn khác nhau. Một biến cố đầy kinh hoàng nhưng ngắn ngủi, thoáng qua như một trận động đất, một tai nạn cướp bóc, có thể chỉ làm cho nạn nhân rơi vào tình trạng rối loạn stress cấp tính hay rối loạn stress hậu chấn thương trong ngắn hạn. Tuy nhiên, đối với những biến cố có mức độ tác động nhẹ nhưng cứ dai dẳng tái đi tái lại, làm hao mòn sức sống và ý chí và tạo ra sự đau buồn và khiếm khuyết triển miên thì điều kiện phát khởi các triệu chứng rối loạn có thể đình hoãn và diễn ra chậm chạp, nhưng khi đã thành hình thì các triệu chứng đó có thể trở nên sâu rộng và bền bỉ.

Mặt khác, sự phấn đấu và sức chịu đựng của nạn nhân trong giai đoạn khó khăn của tình huống cũng là yếu tố tâm lý quan trọng giúp chặn lại sự phát khởi sớm của bệnh. Tâm lý học sinh động giải thích rằng *cơ chế tự vệ* (ego defense mechanism) là phản ứng tâm lý vô thức và tự nhiên luôn luôn có sẵn của cá nhân để sẵn sàng ức chế, đè nén, điều hành hay hóa giải những tranh chấp ngoài ý muốn trong nội tâm. Nó là cái tấm chắn để giữ cho cái được gọi là *thực ngã* (the Ego) (phần ý thức của cái tôi) khỏi bị chao đảo trong tình huống (xem chương 2 nói về các lý thuyết về tâm bệnh). Đây là lý do mà có thắc mắc tại sao khi đang trực tiếp trong cảnh ngộ nhiều người lại không bị tổn thương với những triệu chứng căng thẳng và rối loạn tâm thần. Nhưng sau một thời gian, khi mà cá nhân cảm thấy đời sống bắt đầu được thoải mái và yên bình, không còn phải vật lộn với nhiều thử thách cam go nữa, thì chính lúc đó (phỏng đoán là lúc này cơ chế tự vệ trở nên lơ là,

không làm việc nữa) các triệu chứng bệnh lại bắt đầu xuất hiện. Vì thế, tên bệnh **rối loạn stress hậu chấn thương** đã thể hiện được tính chất và ý nghĩa của nó.

Những trường hợp bệnh phát khởi chậm và trở thành mãn tính thường thấy phổ biến trong số những nạn nhân đã có quá trình tiếp xúc lâu dài với những nguy cơ, tai biến trong chiến tranh và nhất là với những cá nhân bị trừng phạt và giam giữ lâu dài trong các trại tù như đã đề cập trong phần chẩn đoán.

Trong những thập niên sau này, hầu hết những trường hợp rối loạn stress như đã nêu trên đều thấy có xảy ra cho các nạn nhân của những cuộc chiến tranh dai dẳng và tàn khốc trong lịch sử nhân loại, mà gần đây nhất là các cuộc chiến ở Việt Nam, Cambodia, Yugoslavia, và hiện tại là ở Trung Đông. Hậu quả của riêng cuộc chiến tranh Việt Nam cũng cho thấy có hàng triệu con người đến nay vẫn phải sống với thương tật trên cơ thể, hàng triệu người vẫn chưa thể nào nguôi ngoai với những đói khổ, mất mát khủng khiếp vừa tinh thần vừa thể chất, hàng triệu người đã phải từ bỏ quê hương để sống trên đất lạ xứ người, và hàng trăm ngàn người đã từng “chết đi sống lại” với bao gian truân, hãi hùng vì bạo hành, đói khát, bạo tố và hải tặc trên đường đi tìm cuộc sống mới. Nhiều người cho biết sau rất nhiều năm họ vẫn thường có những triệu chứng hồi nghiệm, cũng như những giấc mơ và ác mộng về những đau thương, hãi hùng và nguy biến đã từng trải qua. Có người còn thừa nhận rằng họ cảm thấy tâm tính của mình có sự thay đổi trên nhiều khía cạnh sau nhiều năm tháng bị giam cầm trong các trại tù cải tạo.

Theo ước tính của các giới chuyên môn, con số bệnh nhân thuộc diện rối loạn stress hậu chấn thương trong cộng đồng người Đông Nam Á (Việt, Campuchia, Lào, Hmông...) tại Hoa Kỳ

có thể nhiều hơn so với số thống kê chỉ dưới 10% như đã ghi nhận được trong thời gian qua. Có nhiều lý do để giải thích sự việc này, và một trong những lý do rõ ràng nhất là có nhiều người vẫn chưa có thói quen khai bệnh tâm thần theo quan niệm y học Tây phương. Ngoài ra, các chuyên gia còn tin rằng những triệu chứng kinh niên, không rõ nguyên nhân, của các bệnh đau đầu, nhức mỏi, khó ngủ, buồn phiền, tinh thần bức rức, lo âu, v. v... của một số người trong cộng đồng Á châu đều rất có thể có liên quan đến hậu quả của những chấn thương to lớn qua những nghịch cảnh mà họ đã trải qua trước đây [14 & 15].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

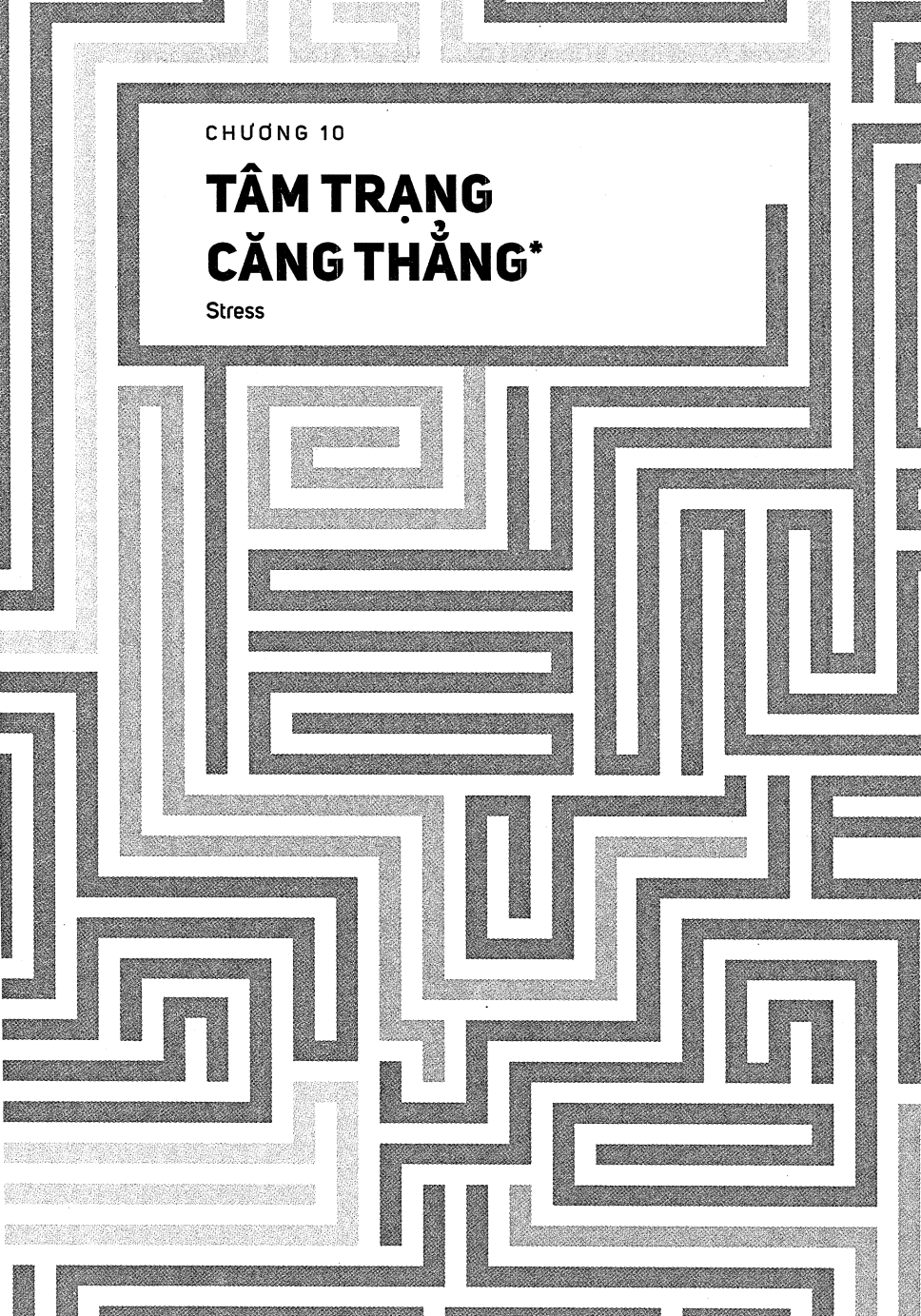
1. Bently, Steven (1991). "A short history of PTSD: From Thermopylae to Huế" TheVeterans (January).
2. Herman, Judith (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. New York Basic Books.
3. Van der Kolk, & Onno Van der Hart (1989). "Pierre Janet on Post Traumatic Stress". *Journal of Traumatic Stress*. 2:4 (April)
4. Showalter. E (1985). *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*. New York Pantheon.
5. Goodwin, Jim (n. d). *Continuing Readjustment Problems among Vietnam Veterans: The Etiology of Combat- related Post Traumatic Stress Disorder*. Cincinnati: Disabled American Veterans.
6. Congressional Record 15 July 1987. 1st session, 133, 10062- 72.
7. Emmelkamp, P (1994). *Behavior Therapy with Adults*. In AE Bergin & S. L Gardfield (Eds). *Handbook of Psychotherapy & Behavior Change* (4th Ed, pp. 428- 466). New York: Wiley.
8. Berliner, L & Saunders, B. E (1996). *Treating Fear & Anxiety in Sexually Abused Children: Results of Controlled 2- year Follow- up Study*. *Child Maltreatment*, 1, 4, 294- 309.
9. Goldberg, J et al (1990) *A Twin Study of the Effects of the Vietnam War on Post Traumatic Stress Disorder*. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1227- 1232.
10. Hyer, L. , et al (1993). *Psychotherapeutic Treatment of Chronic PTSD*. *PTSD Research Quarterly*, 4, 2, 1- 6.
11. Smyth, L. D (1999). *Clinicians Manual for the Cognitive- Behavioral Treatment of the Post Traumatic Disorder and the Other Anxiety Disorders (2nd Ed)*. Maryland, Baltimore: Havre de Grace.

12. Goldstein, A. J. , de Beurs, E. Chambless, D. L. , & Wilson, K. A (2000). *EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible- attention placebo control conditions*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(6), 947- 956.
13. Greenwald, R. (1996). *The information gap in the EMDR controversy*. Psychological Review: Research and Practice, 27(1), 67- 72.
14. Sack, W. H. , Clark, G. N. , & Seeley, J. (1995). *Post Traumatic Stress Disorder across two generations of Cambodian refugees*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 9, 1160- 1166.
15. Nicholson, B. L. (1997). *The influence of pre- emmigration and post- emmigration stressors of mental health: A study of Southeast Asian refugees*. Social Work Research, 21, 1, 19- 31

CHƯƠNG 10

TÂM TRẠNG CĂNG THẲNG*

Stress



KHÁI NIỆM

Trong y học, **Stress** được định nghĩa là một trạng thái căng thẳng và rối loạn của tinh thần hay cảm xúc, đồng thời đưa đến sự xáo trộn các chức năng sinh hoạt sinh lý bình thường của cơ thể trong thời gian cá nhân đang phải chịu sự tác động của một hay nhiều **stressor** (*tác nhân kích thích*). Tác nhân kích thích đó có thể là những vấn đề thuộc về bên trong của cá nhân hay là những vấn đề thuộc về điều kiện của môi trường bên ngoài. Những vấn đề bên trong có thể là bị một cơn sốt, một căn bệnh ngặt nghèo, một nỗi băn khoăn, lo âu, một sự mất mát, uất hận, một cảm giác tội lỗi, nỗi ám ảnh về một tai họa sẽ xảy ra cho mình, v.v.... Những vấn đề do tác động của môi trường bên ngoài thường bao gồm rất nhiều yếu tố khác nhau, như đang phải chịu một sự bất nạt, áp bức, lăng nhục, ức hiếp, sự đói khổ dai dẳng, một trận thiên tai kéo dài, sự khó khăn hay nguy cơ bị mất việc, sự dồn dập của bài vở trong mùa thi, sức ép của bạn bè, sự nôn nóng trông đợi lâu dài một điều gì đó, sự thay đổi đột nhiên ngoài ý muốn của gia đình, một món nợ không

trả nổi, sự chia ly hay mất mát người thân hay của cải, hoặc đang lâm vào cảnh bom đạn hải hùng của chiến tranh, vv....

Stress và *stressor* là những từ ngữ quen dùng trong các ngành chuyên môn tâm thần tâm lý học và đã được nhiều nước có ngôn ngữ khác nhau giữ nguyên cách viết như thế khi đề cập đến trong các sách báo của họ; vì thế, cũng để được dễ dàng và ngắn gọn, hai từ ngữ này nên được giữ nguyên ngữ như vậy khi sử dụng trong tiếng Việt.

Trong quá trình sống, không có ai không từng bị stress, hoặc lâu dài hoặc chỉ trong một giai đoạn ngắn và thông thường thì chúng ta có thể vượt qua hoặc thích ứng được với chúng. Tuy nhiên cũng có khi cá nhân không thể nào vượt qua được những tình trạng stress nặng và lâu dài nào đó và hậu quả là cá nhân ấy có thể bị suy sụp tinh thần hay bị một căn bệnh thể chất nào đó. Thật ra, stress tự nó không mang tính chất tốt hay xấu, nhưng phản ứng của cá nhân đối với nó mới nói lên tính chất tốt hay xấu; tốt có nghĩa là cá nhân vượt qua hay thích ứng được với nó, xấu nghĩa là trong quá trình đó nó đã gây ra những tác động tiêu cực cho sức khỏe của cá nhân.

Mặt khác, stress là phản ứng tự nhiên và cần thiết cho con người vì nó thường tạo ra sự thách thức để cá nhân biết chịu đựng bền bỉ, nâng cao được khả năng phấn đấu và sức sống, cũng như gia tăng quyết tâm theo đuổi cho mục tiêu đề ra của mình. Đặc biệt, những loại stress ngắn hạn và có mức độ chịu đựng thấp hoặc vừa phải thường không có hại cho sức khỏe; ngược lại, chúng có thể giúp cho cá nhân có cuộc sống năng động, thích thú và có ý nghĩa, đồng thời tránh được cuộc sống tẻ nhạt, buồn thảm hằng ngày. Chẳng hạn, một học sinh đang cố gắng ôn lại bài vở để mong sẽ được trúng tuyển vào một khóa thi tại một đại học chuyên khoa.

Nếu sự kiên trì và cố gắng trong thời gian học hành không trầm trọng đến độ anh ta mất ăn mất ngủ và đổ bệnh, và kết quả lại được trúng tuyển thì đây là một loại stress không những vô hại mà còn nâng cao tinh thần và sự hữu ích cho cuộc sống của anh học sinh này. Ngược lại, nếu sự cố gắng trong việc ôn bài vở đã vượt ra ngoài sức chịu đựng mà vẫn không mang lại thành quả tốt thì biến cố này có thể tạo ra những hậu quả xấu cho sức khỏe, tinh thần và thể chất, của người học sinh. Một cô nhân viên vừa được tuyển dụng, hằng ngày quyết tâm học hỏi để làm quen với những công việc khá phức tạp và khó khăn mà cô sẽ phải đảm trách sau thời gian sáu tháng thử việc. Nếu sự quyết tâm và cố gắng hằng ngày phù hợp với ước nguyện và sức chịu đựng thì người nhân viên này sẽ dễ dàng thích ứng và vượt qua mọi stress trong thời gian thử việc đó.

Mỗi cá nhân đều có cách nhận thức và phản ứng với stress rất khác nhau, vì nhận thức của mỗi cá nhân được hình thành căn cứ trên lòng tin sẵn có, những trải nghiệm trong cuộc sống, những yếu tố thuộc về hoàn cảnh, giáo dục, tập quán và thói quen trong gia đình, tuổi tác, những kinh nghiệm và khả năng phấn đấu với những lần bị stress trước, và bản chất bẩm sinh của sức chịu đựng về cả hai mặt tinh thần và thể chất của cá nhân... Như vậy, cùng phải đương đầu với một stressor tương tự, nhưng có người bị tác động mạnh và có người lại vượt qua được dễ dàng, không hề hấn gì. Chẳng hạn, sau một trận động đất (stressor) thường có một số người bị tâm trạng căng thẳng (stress) và sau đó tinh thần trở nên rối loạn và suy sụp, nhưng trong khi đó vẫn có những người khác không bị tác động nhiều với biến cố này nên tinh thần và cảm xúc của họ nhanh chóng được trở lại bình thường.

Trước thập niên 1920, từ ngữ stress chưa từng được đề cập tới.

Về sau các chuyên gia tâm thần tâm lý thường dùng từ ngữ này để mô tả những trường hợp một cá nhân bị căng thẳng tinh thần, sự đau ốm, bệnh hoạn vì bị tác động nào đó từ yếu tố môi trường bên ngoài hay bên trong của cá nhân. Khoảng thập niên 1930, **Walter Cannon** bắt đầu dùng từ ngữ stress để đề cập đến những yếu tố bên ngoài có sức ép làm xáo trộn trạng thái quân bình tự nhiên của cơ thể. Trạng thái quân bình của cơ thể được gọi theo cụm từ chuyên môn là **“khả năng cân bằng nội môi”** (homeostasis). **Khả năng cân bằng nội môi** là một tiến trình sinh - hóa tự động và tự nhiên của cơ thể, tự nó hoạt động để duy trì, điều hòa và làm cân bằng trở lại mọi thay đổi, nếu có, của các mặt tâm - sinh lý trong một con người [1]. Nó là một khả năng đặc biệt của **hệ thống thần kinh tự chủ** (autonomic nervous system), gọi tắt là **“ANS”**.

ANS là một mạng lưới, bao gồm những nhóm dây thần kinh nối kết giữa não bộ và dây cột sống, giúp điều hành các sinh hoạt tự động của tim, phổi, máu huyết, bộ phận tiêu hóa, sinh dục, các tuyến mồ hôi, v.v... ANS gồm có hai phần, một phần gọi là **hệ thần kinh giao cảm** (sympathetic nervous system) và một phần là **hệ thần kinh đối giao cảm** (parasympathetic nervous system). Hoạt động của ANS được mô tả tổng quát như sau:

Chẳng hạn, khi gặp một cơn nguy biến, bộ não kích động **hệ thần kinh giao cảm** khiến gia tăng nhịp tim, hơi thở, áp suất máu, các bắp thịt căng lên, cơ thể run rẩy, ớn lạnh hay toát mồ hôi... Nhưng khi cơn nguy biến đã qua thì nhóm **hệ thần kinh đối giao cảm** lại giúp cơ thể trở lại trạng thái quân bình như cũ. Những phản ứng tự nhiên của cơ thể khi phải đương đầu với những tình huống stress như thế được các chuyên gia gọi là khả năng “**đánh hay lánh**” (fight or flight), tức là cái khả năng làm cho cơ thể tập trung năng lượng để đối phó với cơn nguy biến, cố vượt qua sự

thách thức của tình huống, và sau đó, khi cơn nguy biến đã qua lại có khả năng trở lại trạng thái bình thường cũ.

Như vậy, *khả năng cân bằng nội môi* là một ý niệm cốt lõi của vấn đề *stress*. Nói rõ hơn, điều kiện lạc quan nhất của một cơ thể là luôn luôn phải duy trì mức độ quân bình của *khả năng cân bằng nội môi*, nhưng khi có những sự cố nào làm cho cơ thể có những phản ứng căng thẳng, tức là bị *stress*, thì *khả năng cân bằng nội môi* sẽ bị dao động, không còn ở mức độ quân bình tự nhiên và bình thường như cũ nữa.



GIAI ĐOẠN VÀ TẦM MỨC CỦA STRESS

Năm 1953, chuyên gia Hans Seyle mô tả các phản ứng của cơ thể đối với stress như một “*hội chứng thích ứng tổng quát*” (general adaptation syndrome-**GAS**) [2]. Ông cho rằng khi đối diện với một sự việc có tiềm năng đe dọa, tức là cái làm cho mình bị stress, cơ thể con người luôn luôn trải qua một thời gian phấn đấu để thích ứng với nó, rồi sau đó mới đến thời gian cảm thấy sức chịu đựng dần dần suy sụp, kiệt quệ và cuối cùng có thể là đi đến bệnh và cái chết.

Seyle đặc biệt nhấn mạnh đến các trường hợp bị stress lâu dài hay mãn tính, bởi vì những loại stress này thường kích động phản ứng của toàn bộ các chức năng của cơ thể và não bộ. Seyle gọi thời kỳ đầu tiên là *phản ứng báo động* (alarm reaction), trong đó hệ thống các *tuyến yên* (pituitary gland) và *tuyến thượng thận* (adrenal gland) tiết ra các *hormones* để cơ động hóa *hệ thần kinh giao cảm*, tức là làm cơ thể gia tăng áp suất máu, nhịp tim, hô hấp... để trước mắt là đối phó với *stressor* đang có. Nhưng đồng thời tiếp theo thời

kỳ đó thì những triệu chứng cơ thể, như nhức đầu, chóng mặt, rối loạn tiền đình, sốt, mệt mỏi, và tê cứng bắp thịt, v.v... cũng sẽ xuất hiện. Thời kỳ kế tiếp gọi là **phản ứng chống lại** (resistance reaction), tức là nếu bộ máy bảo vệ cơ thể vẫn vững bền và đủ sức chịu đựng và chống lại với stressor thì các triệu chứng có thể biến mất (đương nhiên là phải trải qua nhiều khó khăn). Nhưng nếu phản ứng chịu đựng và chống lại cứ tiếp tục duy trì quá lâu dài thì năng lượng cơ thể, hay sức chịu đựng, dần dần bị cạn kiệt, các bộ phận và chức năng trong cơ thể trở nên yếu mòn, hư hỏng đưa tới nguy cơ phát bệnh; nói gọn hơn, năng lượng cơ thể đến lúc này nằm trong tình trạng bị *cháy sạch* (burn out) mà Seyle gọi là **giai đoạn suy kiệt** (exhaustion period) [3].

Về sau nhờ những máy móc y khoa tân tiến, sự đo lường trạng thái stress, từ mức độ bình thường đến mức độ trầm trọng, có thể được thực hiện một cách sâu rộng và cụ thể hơn qua những quan sát và đo lường khách quan những dấu hiệu thay đổi sinh lý trên nhiều mặt của cơ thể. Những dấu hiệu thường được quan sát để đo lường mức độ của stress là:

- Mức độ gia tăng áp suất máu của cơ thể;
- Mức căng thẳng của các bắp thịt cổ, vai và lưng;
- Mức gia tăng của nhịp tim và hô hấp;
- Lượng mồ hôi đổ ra ở bàn tay;
- Độ lạnh của tay và chân;
- Sự mệt mỏi;
- Dáng điệu chậm chạp, ủ dột;
- Nhức đầu hay đau óc thiếu tập trung;
- Hỗn loạn tiêu hóa;
- Hay buồn nôn, ói mửa và tiêu chảy;
- Cảm giác ăn uống không ngon và thất thường;

- Xuống cân hoặc lên cân;
- Thường xuyên muốn tiểu tiện;
- Gia tăng các hormones, như adrenocorticotropin, cortisol, catecholamine... và cũng gia tăng lượng đường trong máu (hyperglycemia);
- Giấc ngủ bị xáo trộn, khó ngủ và thường xuyên bị thức giấc.

Vì những dấu hiệu khác biệt thường hiện ra từ những cơ phận khác nhau trong cơ thể khi bị stress, nên muốn đánh giá mức độ bị stress thế nào thì ta cần phải thấu đạt đầy đủ các dữ kiện từ các hệ thống khác nhau đã liệt kê ở trên. Mức độ của những triệu chứng tâm - sinh lý liệt kê ở trên thường tỷ lệ thuận với mức độ trầm trọng của stressor mà cá nhân đang phải đối diện. Tuy vậy, vì sức chịu đựng và quá trình trải nghiệm trong đời sống của mỗi cá nhân thường khác nhau nên mỗi cá nhân sẽ có thể có những phản ứng khác nhau khi đối đầu với cùng một stressor tương tự. Ví dụ, có những stressor làm cá nhân này hồi hộp hay mất ăn mất ngủ, nhưng đối với số người khác thì lại không bị ảnh hưởng gì.

Sự liên quan giữa tình trạng stress và bệnh thường được gọi là sự tương tác giữa tinh thần và cơ thể (mind-body interaction). Nhiều nghiên cứu đã cho thấy stress, nhất là những loại stress lâu dài và mãn tính, có thể gây nhiều loại bệnh và ngay cả tử vong cho con người. Trước đây người ta cho rằng những bệnh nhiễm trùng thường là nguy cơ chính trong việc gây tử vong cho con người, nhưng sau khi nhân loại đã tìm ra nhiều loại thuốc kháng sinh, chống nhiễm trùng có hiệu quả trị bệnh rất cao, thì hiện nay các giới chức y tế nhận thấy stress lại là nguyên nhân dẫn đầu của nhiều loại bệnh và tử vong của xã hội con người trong thời hiện đại [4]

Những dấu hiệu thay đổi tâm - sinh lý kê ra ở trên có thể xảy ra và quan sát được trong bất cứ giai đoạn nào của *stress*. Ngoài ra, đối với những *stress* trầm trọng và lâu dài mà không thể giải quyết được thì ngoài những dấu hiệu tâm - sinh lý nêu trên, tùy từng trường hợp, các loại bệnh khác có thể xuất hiện, như bệnh tim mạch, bao tử, bệnh tiểu đường, rối loạn tâm thần, rối loạn hay yếu kém hệ thống miễn dịch, đau đầu đông, tai biến mạch máu não, hay ung thư, v.v.... Có thể phân chia các thời kỳ và mức độ của *stress* ra các giai đoạn sau đây:

- Giai đoạn 1: Đối với những tình huống không ở mức độ trầm trọng và chỉ xảy ra ngắn hạn mà ai cũng thường phải trải qua, phải đối phó với những vấn đề khó khăn có thể phải xảy ra thường ngày, như bị nạn kẹt xe, xe chết máy giữa đường, bị cấp trên quở phạt, buồn vì bị bạn lừa, tức giận một chuyện gì với ai, chú tâm giải quyết một vấn đề cho con cái, thiếu ngủ trong vài đêm, v.v... Nhờ tính cách ngắn ngủi và mức độ trầm trọng không lớn nên những loại stressor như vậy không có tác động nhiều đến sức khỏe và thường dễ được thích ứng và vượt qua.
- Giai đoạn 2: Gồm những loại stressor có thời gian kéo dài nhiều ngày hay nhiều tháng, như phải bận chăm sóc người thân bị đau nặng, phải xa cách người yêu một thời gian dài, bất hòa hay tranh chấp với người bạn cùng sở làm, chuẩn bị cho một dự án làm ăn, ôn bài vở để thi cử, suy nghĩ cách đối phó với một cậu học trò hay nghịch ngợm và phá phách trong lớp, v.v... Trong những tình huống này, dù có nhiều mối ưu tư bận tâm và nhiều nỗ lực cố gắng, nhưng, ngoại trừ một số ít cá nhân yếu đuối có thể gặp

khó khăn, rất nhiều người vẫn chịu đựng được và thường vượt qua một cách bình thường.

- Giai đoạn 3: Gồm những stressor vừa quá lâu dài hay mãn tính và vừa có tính cách và mức độ trầm trọng, như bị một căn bệnh ngặt nghèo khó chữa, tình trạng xung đột khủng hoảng kéo dài trong hôn nhân, khó khăn kinh tế dai dẳng trong gia đình, bị phá sản nợ nần không có lối giải quyết, bị đẩy ải, tù tội, bị bắt làm con tin, bị đàn áp, ức hiếp lâu dài, v.v... Sự chịu đựng càng lâu dài càng làm cho năng lực và tinh thần cá nhân yếu đuối và theo đó cơ hội thích ứng hay vượt qua càng bị giảm sút, kiệt quệ.
- Giai đoạn 4: Khi năng lực cơ thể và tinh thần càng ngày càng yếu đuối và cạn kiệt thì trong thời gian này những dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng có nguy cơ xuất hiện.
- Giai đoạn 5: Cá nhân bắt đầu chuốc lấy một số bệnh tật về cơ thể hay một số rối loạn tâm lý tâm thần nào đó.
- Giai đoạn 6: Cái chết là giai đoạn cuối cùng của tình trạng stress mãn tính.

STRESS TRÊN CHẶNG ĐƯỜNG TUỔI TÁC

Trong bất cứ giai đoạn phát triển nào từ trẻ đến già, mỗi cá nhân đều phải hành xử để thích ứng hay vượt qua với mọi vấn đề và công việc xảy ra cho mình trong giai đoạn đó. Nhưng tùy theo hoàn cảnh, đôi khi cũng có những vấn đề và công việc không bình thường, không dễ dàng thích ứng hay vượt qua, gây ra nhiều stress cho cá nhân, làm ảnh hưởng đến tiến trình phát triển bình thường và tự nhiên của cá nhân trong giai đoạn sống đó. Sức khỏe và sức phát triển của cá nhân sẽ càng tệ hại khủng hoảng hơn nếu phải trực tiếp chịu đựng với những stressor quá lâu dài và trầm trọng.

Thông thường đứa trẻ sẽ phát huy được sự tự chủ và khả năng thích ứng lành mạnh trong mọi hoàn cảnh khi lớn lên nếu trẻ từng được nuôi dưỡng trong những môi trường an toàn, được sự bảo bọc thương yêu, có nhiều cơ hội được hướng dẫn và nâng đỡ đúng cách. Ngược lại, nếu từ lúc nhỏ đứa trẻ sống trong sự thiếu thốn, đói khổ, bị tước đoạt, bắt nạt, ức hiếp, đàn áp, vắng thiếu

những vòng tay thương yêu và đùm bọc của cha mẹ và môi trường nuôi dạy êm ấm thì đứa trẻ sẽ cảm thấy luôn luôn bị stress, mất hết cảm giác an toàn và mất sự tin tưởng. Về sau, khi lớn lên đứa trẻ có thể có đời sống tâm lý hoài nghi, hận đời, hoặc co rút, lệ thuộc, thiếu tự chủ và yếu kém trong các khả năng trong giao tiếp, quan hệ với bên ngoài...

Tuổi đi học là thời gian để đứa trẻ dần dần tập luyện và xây dựng cho mình cảm giác tự chủ, tự giải quyết những vấn đề và công việc của mình. Nếu khả năng học vấn và năng khiếu của đứa trẻ trong thời gian này luôn bị cản trở bởi nhiều stressor, chẳng hạn như thường gặp những sự rủi ro, bất trắc, thất bại, bị tước bỏ nhiều cơ hội để phát triển và tiến thân, liên tục tiếp nhận những sự học hỏi tiêu cực từ bên ngoài, vv... thì về sau đứa trẻ có thể có nhiều hụt hẫng, khiếm khuyết, hư hỏng về các mặt tư duy và cảm xúc, và bất thường, trệch hướng trong các mối quan hệ, giao du với bạn bè và xã hội.

Tuổi vị thành niên cũng là thời gian có thể gặp rất nhiều stressor làm ảnh hưởng xấu đến ấn tượng mạnh mẽ về cái tôi của mình, tức là ý thức trung thực về bản thân của mình. Tình trạng stress thường xảy ra trong lứa tuổi này thường do những vấn đề khác nhau, như cuộc sống thiếu thốn, đơn côi, không được đến trường, thiếu sự chấp nhận của bạn bè đồng trang lứa, không có bạn thân để tâm tình, không có sự hỗ trợ tích cực của các mạng lưới xã hội, vv.... Chịu những vấn đề này càng lâu càng làm cho cá nhân dễ có nguy cơ bị lúng túng hay rối loạn tâm lý nhiều hơn, đi đến tâm trạng buồn phiền, lo lắng và có thể phát triển cảm giác chống đối, nổi loạn.

Tuổi thành niên là tuổi phải đương đầu với nhiều trách nhiệm trọng đại như công việc làm, lập gia đình, nuôi nấng con

cái, v.v... Nếu sự mong muốn và trông đợi của cá nhân trong giai đoạn này có những vấn đề không được đáp ứng hoặc trái ngược với thực tế thì cá nhân dễ có những trạng thái tâm lý tiêu cực phát sinh, như cảm giác bất lực, cảm giác bị bỏ rơi, cảm giác cay đắng, phẫn nộ vì không có được sự hỗ trợ, giúp đỡ. Chẳng hạn, trường hợp một người thanh niên bị thất nghiệp liên miên, xin việc nơi nào cũng bị từ chối, hay một bà mẹ sinh đứa con tật nguyền không như lòng trông đợi, mơ ước mà lại không có phương cách nào giúp cho tình trạng tật nguyền của đứa bé khá hơn... Sự thất nghiệp triền miên và đứa con tật nguyền là hai thí dụ của những stressor dai dẳng có thể làm cho đời sống tinh thần của cá nhân trở nên sa sút và tiêu cực.

Những stressor dai dẳng như thế sẽ đeo đuổi cá nhân trong suốt thời gian dài ở tuổi trung niên. Khi công ăn việc làm không vững chãi, không có khả năng gánh vác trách nhiệm gia đình, không được sự hỗ trợ của người thân và xã hội, không tạo được cảm giác yên ổn, bảo đảm an sinh cho cuộc sống trong tuổi già... cá nhân sẽ sống với nhiều phiền muộn, lo âu, uất ức, bất mãn, đổ kỵ và theo đó sức khỏe mau sút giảm, dễ sinh nhiều bệnh tật và chóng già cỗi.

Tuổi già cũng thường phải đương đầu với nhiều stressor khác nhau, như cảm giác mất hết uy quyền và vai trò trong xã hội, mất khả năng làm ra tiền bạc, của cải, con cái rời xa gia đình, phải chăm sóc người phối ngẫu đau yếu, mất mát dần những người thân và bạn bè, cơ thể trở nên yếu đuối, chậm chạp, kiệt lực và bệnh... Càng có nhiều stressor đeo đuổi dai dẳng và trầm trọng thì tuổi già càng gặp nhiều khó khăn về sức khỏe cả thể chất lẫn tinh thần.

STRESS VÀ NHỮNG PHẢN ỨNG CỦA CƠ THỂ

Như đã nói qua ở phần đầu, stress có thể gây ra những biến chuyển sâu rộng đối với hệ thống sinh học cơ thể. Đối với những loại stress lâu dài, mãn tính thì tác động của chúng hầu như lan rộng trên toàn bộ các cơ phận của cơ thể, bao gồm bộ não, tim mạch, phổi, bộ phận tiêu hóa, xương, da, bắp thịt, khả năng sinh dục và sinh sản, và hệ thống miễn dịch của cơ thể, v.v....

Hệ thần kinh trung ương (central nervous system - CNS) bao gồm bộ não và dây cột sống, là cơ quan đầu tiên phản ứng với stress và trực tiếp điều hành toàn bộ các cơ quan khác của cơ thể có liên quan đến, hay đang phản ứng với stress. Nói rõ hơn, hệ thần kinh trung ương hoạt động chặt chẽ với *tuyến nội tiết* (endocrine system) để điều hành những cơ chế khác của cơ thể khi cá nhân đang phải đối đầu với stress. Khoa thần kinh sinh học (neurobiology) có những giải thích như sau:

Não bộ (brain) đóng vai trò chủ động trong việc phản ứng với stress [5]. Não bộ hoạt động theo kiểu cách của một mạng lưới, nó mang thông tin đang được báo động đi khắp các vùng não. Cấu trúc của bộ não có những khu vực (vùng) đóng vai trò chính yếu trong tiến trình phản ứng đồng loạt với stress, bao gồm:

Tiền vỏ não (prefrontal cortex) là khu vực ngoài cùng, nằm ở phần trước bên trong của vỏ não. Nó có chức năng điều hành các tiến trình sinh hoạt của lãnh vực tri giác, như hành động chú ý, lên kế hoạch, giải quyết vấn đề... thông qua những kết nối với các khu vực não bộ khác. Nó là nơi đầu tiên nhận thông tin về stress [6].

Vùng dưới đồi (hypothalamus): Đây là một cấu trúc nhỏ, nằm bên dưới cấu trúc đồi não (thalamus) và phía trên của lõi não (brainstem). Nó đóng vai trò kết nối quan trọng giữa hệ thống thần kinh não và các tuyến nội tiết. Cấu trúc của nó có những điểm xuất và nhập hai chiều của các dây thần kinh đi từ các khu vực não bộ khác nhau. Nhờ chức năng nối kết này mà, trong khi cơ thể đang phản ứng với stress, vùng dưới đồi chuyển được các hormones khác nhau vào hệ thống tuần hoàn máu để đưa các hormones này đi khắp các nơi trong cơ thể, và tạo hiệu quả cho các tiến trình sinh lý toàn diện của cơ thể để đối phó với tình trạng stress [7].

Hệ thống bản tính (limbic system) là một mạng lưới thần kinh đan kết phức tạp, bao gồm các cấu trúc khác nhau như hạnh nhân não (amygdala), vùng dưới đồi (hypothalamus), vùng hồi hải mã (hippocampus) và vùng lưu chuyển sinh hóa tổng hợp (locus coeruleus và raphe nucleus) [8]. Hạnh nhân não là một cấu trúc nhỏ và hình thù như một hạt điều, nằm sâu bên trong và ở giữa hai thùy thái dương của não, chịu trách nhiệm về phần cảm xúc. Vùng hồi hải mã là một khu vực nhỏ, được xem là một cấu tạo nguyên

thủy nhất của bộ não và có nhiệm vụ tồn trữ và điều phối phản ký ức. *Vùng lưu chuyển sinh hóa tổng hợp* nằm sâu bên trong các cầu của lõi não, trong khu vực *hạch đáy* (basal ganglia), có nhiệm vụ tổng hợp các chất hóa học, gọi là *chất dẫn truyền thần kinh* (neurotransmitter) như *norepinephrine*, *serotonin*... để đóng vai trò quan trọng khi cơ thể đang đối phó với stress, tức là nó khiến cho cá nhân có hành động “đánh hay lánh” trong tiến trình phản ứng với stress như đã nói ở đầu bài.

Như vậy *hệ thống bán tính* là khu vực liên quan đến việc biểu lộ bản năng và tính khí, là khu vực điều phối các sinh hoạt của cảm xúc, như sự sợ hãi, giận dữ, tranh giành, thương yêu, khoan khoái... và cũng là khu sinh hoạt (thành lập, tồn trữ, đè nén, khơi dậy...) của trí nhớ. Nói tổng quát, *hệ thống bán tính* là khu vực liên quan đến bản năng sinh tồn và bảo vệ nòi giống của những sinh vật có não bộ tương tự như con người, như bản năng chịu đựng, chống cự, chiến đấu, trốn chạy, tìm kiếm thức ăn để sống, bản năng tình dục, sinh sản và chăm sóc con cái, v.v...

Dây cột sống (spinal cord) đóng vai trò tối quan trọng trong việc chuyển các phản ứng của stress đi từ não xuống các phần còn lại của cơ thể. Dây cột sống cũng là một phần của hệ thần kinh trung ương, chạy từ *hành tủy* (medulla oblonggata) trong sọ não xuống dọc theo bên trong cột sống, và gồm có 31 cặp *dây thần kinh tủy sống* (spinal nerves). Song song với công tác chuyển các hormones đi vào máu của vùng dưới đồi như đã nói ở trên, các cặp dây thần kinh tủy sống kích hoạt *hệ thần kinh ngoại vi* (peripheral nerves system), bao gồm tất cả các phần của hệ thần kinh có trong cơ thể, nhưng nằm bên ngoài não và dây cột sống, để tiếp theo đó toàn bộ các cơ phận và các bắp thịt của thân thể đều bị tác động vào hành vi “đánh hay lánh” của cá nhân trong tình trạng stress.

Tuyến nội tiết (endocrine glands), còn được gọi là **tuyến không ống** (ductless gland), là mạng lưới hay là một tập hợp của các loại tuyến sản xuất và điều tiết ra các hormones đi thẳng vào máu để điều hành các tiến trình sinh hoạt chính yếu cho cơ thể, bao gồm mọi tiến trình hoạt động về biến hoá thức ăn uống, phát triển chức năng của các mô, điều hành giấc ngủ và khí sắc, khả năng dục tính, sinh đẻ, v.v... Tuyến nội tiết bao gồm **tuyến yên** (pituitary gland), còn gọi là **tuyến thầy** (master gland), vị trí của nó nằm sâu giữa vị trí não bộ và nó sản xuất ra các hormones để kích thích các tuyến khác sản xuất ra các hormone khác; **tuyến thượng thận** (adrenal gland); **tuyến giáp** (thyroid gland); **tuyến tụy tạng** (pancreas gland); **tuyến sinh dục** (gonad gland), v.v... Khi cơ thể đang phản ứng với *stress* thì tất cả các tuyến này đều đồng loạt có những phản ứng bằng cách tiết ra nhiều loại hormones khác nhau. Có thể kể sơ qua một số các hormones sau đây:

Corticotropin là một loại hormone được vùng dưới đồi tiết ra khi cơ thể bị *stress* để kích thích tuyến yên sản xuất ra chất gọi là **adrenocorticotropic hormone** (ACTH). Khi chất ACTH đi vào máu thì nó lại kích thích cho tuyến thượng thận tiết ra chất **cortisol**. Chất cortisol lại kích thích gan làm nhiệm vụ tái phân phối năng lượng (biến thể từ đường glucose) đang tồn trữ, để đi tới những nơi cần thiết nhất của cơ thể (chẳng hạn, tới bộ não và các bộ phận chính của cơ bắp) với mục đích là nỗ lực làm cho cơ thể lấy lại được sự quân bình của khả năng cân bằng nội môi; hay nói cách khác là giúp cho hệ thống thần kinh tự chủ ANS hoạt động cân bằng và hữu hiệu trong thời gian cá nhân đang chịu sức ép của stress. Trong khi đó vùng **lưu chuyển sinh hóa tổng hợp** (locus coeruleus và raphe nucleus) lại sản xuất ra các chất dẫn truyền thần kinh, như **epinephrine**, **norepinephrine** và **serotonin**... và những chất

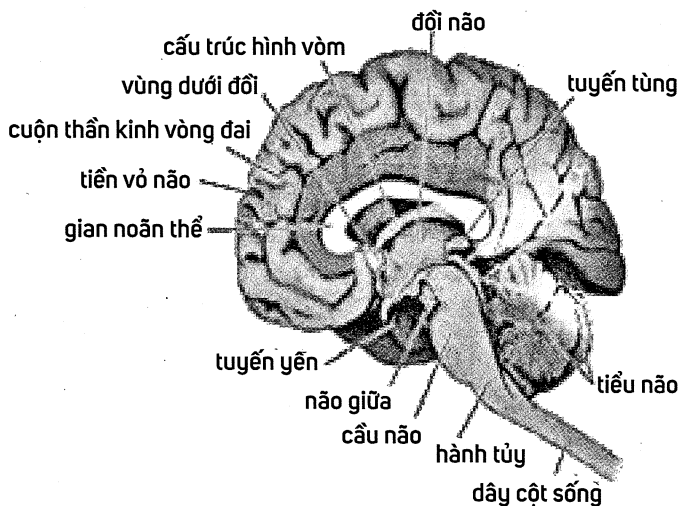
hóa học này cũng có nhiệm vụ báo động cho ANS (hệ thống thần kinh tự chủ) chuẩn bị những phản ứng “đánh hay lánh” của cơ thể.

Nhiều nghiên cứu cho thấy chất ACTH được tuyến yên tiết ra, nếu ở mức thấp thì cá nhân dễ bị mệt mỏi, ngất xỉu, biếng ăn, sụt cân, dễ bực bội, dễ bị trầm cảm... Nếu ACTH ở mức cao thì cá nhân lại dễ bị các triệu chứng béo phì, mất trí nhớ, tâm trạng bồn chồn, dễ vui dễ buồn, và thường có những triệu chứng hoang tưởng...

Cortisol và các chất epinephrine, norepinephrine, serotonin... thường được chú ý quan sát như là những biến số của tình trạng stress để đo lường mức độ trầm trọng về mặt tâm lý của cá nhân. Nhiều nghiên cứu cho thấy chất cortisol thường dâng lên cao vào buổi sáng và xuống thấp vào buổi chiều, và sự liên tục gia tăng của cortisol trong máu sẽ ngăn cản việc cơ thể trở về trạng thái bình thường sau thời gian cơn stress đã qua đi. Nói rõ hơn, sau khi hệ thần kinh giao cảm báo động để cho tim, phổi, máu... gia tăng hoạt động hòng đối phó với cơn kích động của stress thì với số lượng đang quá nhiều của chất cortisol trong cơ thể lại làm cho hệ thần kinh đối giao cảm gặp khó khăn trong việc đưa cơ thể trở lại trạng thái quân bình. Mặt khác, khi lượng cortisol đã quá cao trong máu thì nó lại luân chuyển trở ngược vào trong tuyến yên và vùng dưới đồi. Hành động này làm cho dòng lưu thông của chất ACTH do hai cấu trúc này đang sản xuất ra trong thời kỳ phản ứng với stress phải bị tắt nghẽn. Và khi chất ACTH bị tắt nghẽn thì sự sản xuất của chất cortisol tới lúc cũng phải bị tắt nghẽn theo.

Để đối phó và cố vượt qua cơn khủng hoảng, cơ thể ta liên tục tiết ra hormone (chủ yếu là cortisol). Nhưng nếu cơn khủng hoảng cứ dai dẳng kéo dài và cortisol cứ phải đều đặn tiết ra thì đến một lúc nào đó nó sẽ bị cạn kiệt. Sự cạn kiệt lượng cortisol sẽ gây ra nhiều thiệt hại cho sức khỏe của bộ não và cơ thể. Vấn đề

thứ hai là cortisol thường ngăn cản hoạt động hữu hiệu của hệ thống miễn dịch của cơ thể trong khi cá nhân đang đối phó với stress. Nếu stress ngắn hạn thì không sao, nhưng với stress dài hạn và mãn tính thì tác động tiêu cực của cortisol vào hệ thống miễn dịch sẽ vô cùng trầm trọng, theo đó cá nhân không còn khả năng chống đỡ các loại bệnh sau này có thể mắc phải.



STRESS VÀ CÁC RỐI LOẠN LÂM SÀNG

Stress, đặc biệt là các loại *stress mãn tính* là nguyên nhân gây ra nhiều triệu chứng và rối loạn lâm sàng. Stress mãn tính được định nghĩa là một *tình trạng căng thẳng triền miên* của tinh thần và thể xác vì một hay nhiều stressor đang diễn ra từ bên trong hay từ môi trường bên ngoài (như đã nêu ra ở đầu bài). Các chức năng của cơ thể thường không thể sinh hoạt bình thường khi có nhiều loại hormones khác nhau được liên tục tiết ra trong thời gian bị stress. Nhiều thí nghiệm và kiểm tra lâm sàng đã cho thấy cortisol được tiết ra liên tục để đối phó với tình trạng stress mãn tính thì đồng thời chính nó cũng giết chết nhiều tế bào não, hủy hoại hệ thống miễn dịch và làm suy yếu nhiều chức năng hoạt động khác của cơ thể. Nói khác hơn, nó là nguyên nhân gây ra các bệnh cao huyết áp, bệnh tim phổi, tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường, các rối loạn tâm lý tâm thần như các chứng lo âu, hoảng sợ, trầm cảm,

làm suy yếu hay hư hỏng khả năng sinh dục và sinh sản, và thúc đẩy tiến trình già cỗi của cơ thể.

Stress đối với hệ thống miễn dịch

Nhiều nghiên cứu đã phát hiện stress làm hư hỏng hệ thống miễn dịch tự nhiên của cơ thể. Như đã nói, trong tình huống bị stress, nhiều hormones khác nhau, đặc biệt là *cortisol*, được cơ thể tiết ra khiến cho hệ thống miễn dịch nằm trong tình trạng mất quân bình; cụ thể là chất cortisol quá nhiều trong máu sẽ ngăn chặn sự sản xuất của phân tử *cytokines* (một trong số các loại protein được các tế bào của hệ thống miễn dịch tạo ra). *Cytokines* cùng với *interleukins* và *lymphokines* là những phân tử có nhiệm vụ bảo toàn chức năng hoạt động của hệ thống miễn dịch của cơ thể. Như thế, khi sự sản xuất phân tử cytokines bị ngăn chặn thì cơ thể không thể sản xuất đủ lượng *bạch huyết cầu* (white blood cell) để ngăn chặn và chống lại các trường hợp nhiễm trùng, cũng như làm chóng lành các vết thương trên cơ thể. Một số nghiên cứu phát hiện rằng những sinh viên bị quá nhiều stress trong thời gian chuẩn bị thi cử đã có những dấu hiệu giảm sút khả năng của hệ thống miễn nhiễm khiến cá nhân dễ bị lây nhiễm bệnh trong thời gian bận rộn với việc thi cử [9]. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy những cá nhân bị nhiễm HIV có nguy cơ nhanh chóng đưa tới bệnh AIDS từ 2 đến 3 lần sớm hơn, so với những trường hợp bình thường, nếu đồng thời họ phải chịu đựng những stress lâu dài [10].

Stress đối với các triệu chứng về thể chất

Stress làm cho mọi sinh hoạt sinh lý của cơ thể trở nên bất bình thường và rối loạn. Stress không những làm cho áp suất máu, nhịp tim và hô hấp gia tăng mà còn gây rối loạn cho sinh hoạt của các

bộ phận khác thuộc về não bộ, tiêu hóa, sinh dục... Người bị stress thường bị nhức đầu, choáng váng, tức ngực, ăn uống khó tiêu, buồn nôn hay nôn mửa, từng cơn đau thắt ở bụng, tiêu chảy hay táo bón, thường hay bị cảm lạnh, suy yếu khả năng tình dục và kinh nguyệt không đều, v.v... Tình trạng kéo dài hay mãn tính của stress sẽ làm cho những bất thường và rối loạn sinh lý gia tăng sự trầm trọng và rút cuộc có thể đưa đến những căn bệnh ngặt nghèo hay cái chết.

Stress đối với các triệu chứng về tri giác

Lazarus và một số tâm lý gia khác quan niệm rằng *tư tưởng* (khả năng tri giác) là yếu tố tiên khởi và quyết định khiến cá nhân đi tới tình trạng có bị stress hay không, vì nó là lãnh vực duy nhất có khả năng đánh giá và xác định mức độ hoặc là khó khăn, nguy hiểm, thiệt hại hay chỉ là bình thường của stressor mà cá nhân đang phải đương đầu. *Lazarus* cho rằng sự rối loạn về mặt tri giác là nguyên nhân đầu tiên dẫn đến những rối loạn khác về mặt cảm xúc và hành vi [11]. Qua thực tế lâm sàng, nhiều chuyên viên cũng đồng ý với *Lazarus* rằng những cá nhân bị stress thường có tâm trí hỗn loạn, băng khuâng, hoặc bị cuốn hút vào một vấn đề, mất hoặc yếu kém khả năng tập trung chú ý và phán đoán, trí nhớ trở nên tồi tệ, tư tưởng thường tỏ ra tiêu cực...

Stress đối với hành vi và cảm xúc

Trong thời gian chịu đựng stress, cá nhân thường có tánh khí hay thay đổi, dễ nóng giận bẳn gắt, dễ vui dễ buồn, dễ chán nản thất vọng, thường co rút, tự cô lập, cảm thấy quá sức, uể oải, hụt hơi trong các công việc thường nhật, xao lãng trách nhiệm, tâm tư luôn cảm thấy bồn chồn, hồi hộp, nôn nóng, lo âu khiến sinh hoạt ăn ngủ trở nên thất thường.

Stress đối với giấc ngủ

Tình trạng bị mất ngủ kéo dài vì stress khiến cho cơ thể phải tiếp tục tiết ra nhiều cortisol. Lượng cortisol luân chuyển quá nhiều và liên tục trong máu cũng làm cho cơ thể mệt mỏi và giấc ngủ khó khăn. Nhiều thí nghiệm cho thấy sau một đêm mất ngủ thì mức lượng các hormones lưu chuyển trong máu bị đảo lộn, nhưng ngược lại, tiếp đến là một đêm có giấc ngủ đầy đủ thì lượng các hormones lại trở về trạng thái bình thường. Thế nhưng, khi giấc ngủ liên tục bị tước đoạt thì não bộ lại không có khả năng sản xuất ra đầy đủ số lượng các hormones để giữ mức điều hòa cho cơ thể và do đó, tiến trình già cỗi của cá nhân sẽ được thúc vọt.

Stress đối với bệnh tiểu đường

Như đã giải thích ở trên, lượng cortisol gia tăng là để cải tạo và tái phân phối đường glucose, một nguồn năng lượng chính yếu được cấu thành bởi các chất tinh bột (có trong gạo, khoai củ, đậu hạt...) và đường sucrose (có trong mía, củ cải ngọt và một số cây trái...), cho cơ thể để chống lại với tình trạng stress. Nhưng khi lượng đường glucose gia tăng trong máu thì tự động cơ thể lại gia tăng tiết ra nhiều chất *insulin* hơn để chuyển hóa glucose trong cơ thể. Tuy nhiên, xuyên qua thời gian, sự gia tăng sản xuất liên tục chất insulin sẽ dẫn tới một tình trạng nghịch lý gọi là “*sự cường lại insulin*” của cơ thể, theo đó các tế bào của cơ thể không còn có những phản ứng thuận lợi với insulin nữa, nghĩa là công việc chuyển hóa đường glucose của insulin bị mất tác dụng. Khi cơ thể có sự dư thừa hoặc là không sử dụng thích hợp chất insulin thì số lượng đường glucose trong máu không được chuyển hóa sẽ dẫn tới các triệu chứng của *bệnh tiểu đường* (diabetes).

Stress và các chấn thương tâm lý tâm thần

Stress làm ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của não bộ. Stress lâu dài hay mãn tính không những làm thiệt hại đến các tế bào não mà còn sản sinh ra và làm đảo lộn nhiều chất hóa học lưu chuyển trong hệ thống não và tuần hoàn máu. Nhiều thí nghiệm tìm thấy có sự khác biệt về *mức độ chuyển hóa* (metabolic rate) của tế bào thần kinh, giữa người bị stress và người bình thường, ở những khu vực não trọng yếu như *tiền vỏ não* (prefrontal cortex), *đồi não* (thalamus), *tiểu não* (cerebellum), *hạch đáy* (basal ganglia), *vùng dưới đồi* (hypothalamus), *hạch nhân não* (amygdala), và *hệ thống bản tính* (limbic system)... Các thí nghiệm cũng cho thấy có sự đảo lộn hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh như *serotonin*, *gamma - aminobutyric acid* (GABA), *adrenaline*, *norepinephrine* và *epinephrine*... trong não bộ của những cá nhân bị các loại bệnh rối loạn lo âu *tổng quát* (generalized anxiety disorders), rối loạn sợ hãi (phobias), rối loạn ám ảnh cưỡng bức (obsessive compulsive disorders), rối loạn stress cấp tính (acute stress disorder), rối loạn stress hậu chấn thương (posttraumatic stress disorder), và các loại bệnh trầm cảm (depressive disorders) v.v...

KẾ HOẠCH TRỊ LIỆU

Sau khi hiểu rằng stress là nguyên nhân hàng đầu gây ra nhiều loại triệu chứng và bệnh khác nhau cho con người trong thời đại ngày nay, y học đã đưa ra những phương pháp và kỹ thuật giúp cho bạn có thể giữ gìn được sức khỏe, loại bỏ những tình huống phải trực diện với những stressor không ý nghĩa, hay nỗ lực chịu đựng và vượt qua được những khó khăn trong những thời kỳ bị stress. Các phương pháp và kỹ thuật này nhắm tới 3 mục tiêu cần đạt được, bao gồm: (1) Giảm thiểu những tình huống bị stress. (2) Giảm thiểu các phản ứng sinh lý đối với stress. (3) Tích cực trong nhận thức và hành động để chống lại stress.

Giảm thiểu tình huống bị stress

Trong cuộc sống dù rất khó khăn để loại bỏ mọi stressor có thể đến với mình vào bất cứ lúc nào, nhưng nếu biết làm thế nào để tránh, không để mình bị rơi vào tình huống phải trực tiếp

đương đầu với một số stressor là điều rất cần thiết để bảo toàn sức khỏe.

Trước tiên là phải chủ động và biết sắp xếp thời giờ trong ngày. Ai cũng có những nề nếp sinh hoạt và các công việc để hoàn thành mỗi ngày. Nếu biết sắp xếp, tổ chức các sinh hoạt và công việc thường nhật để luôn luôn chủ động với giờ giấc của mình thì sẽ tránh được nhiều sự vội vàng, hấp tấp, hối hả thì như thế sẽ giảm thiểu sự tiêu phí năng lực trong công việc. Những vật liệu, đồ dùng cần thiết trong nhà ở và tại nơi làm việc nên xếp loại và luôn luôn để gọn gàng vào những nơi có thể tìm thấy ngay để giảm bớt phải tiêu phí những giờ giấc vô ích. Đừng để bị choáng ngợp với công việc và cứ để việc này liên tiếp chồng lên việc kia không giải quyết dứt điểm, mà hãy dành mỗi thời gian đủ cho một việc nhất định. Tránh lãng phí thì giờ vào những sinh hoạt không có chủ đích và ý nghĩa, và cũng không nên bị chi phối, mất mát quá nhiều thì giờ với những yêu cầu, đòi hỏi không chính đáng của người khác. Ngoài ra, không nên dính líu vào những tình huống hay với những người mà mình nhận biết là có thể đem lại nhiều khó khăn, rắc rối và không có lợi ích gì cho đời sống thiết thực của mình; chẳng hạn, tránh tranh chấp, gây gổ, hay can dự vào chuyện của người khác... Làm được những việc như trên để ổn định và chủ động được giờ giấc của mình là đã thực hiện được một bước dài trong nỗ lực giảm thiểu stress.

Giảm thiểu các phản ứng sinh lý của stress

Thể dục đều đặn sẽ làm thư giãn cơ, duy trì cân nặng, thân hình gọn gàng, đáng đáp ứng chuyển, và tạo cảm giác thoải mái. Thể dục đều đặn cũng làm giúp tăng cường sự hoạt động hữu hiệu của tuần hoàn máu huyết và giảm thiểu chứng nghẽn động mạch

tim. Các nghiên cứu cho thấy thể dục đều đặn không những giúp cho não bộ tiết ra những chất hóa học để chống lại với hậu quả của những loại hormones xấu trong thời gian bị stress mà còn giảm thiểu những triệu chứng thường do hậu quả của những thời kỳ bị stress, như cao huyết áp, bệnh béo phì, nhức đầu kinh niên, cảm giác khó chịu, uể oải, kiệt sức... Để có hiệu quả thì mỗi tuần nên tập tối thiểu là 3 lần, mỗi lần khoảng 30- 40 phút. Có nhiều cách thể dục tự nhiên mà không cần dụng cụ máy móc hỗ trợ, như đi bộ nhanh, chạy bộ khoan thai, bơi lội, v.v... Bất cứ ai cũng cần tập luyện cơ thể, nhưng phải tùy theo những điều kiện sức khỏe của mình đang cho phép. Chẳng hạn, những người quá ốm yếu hoặc già cả cũng vẫn nên đi bộ hay tập yoga, tài chi... mỗi ngày, nếu có thể được.

Ăn uống kiêng cử và điều độ để tránh những loại thực phẩm dư thừa và có hại cho sức khỏe. Ăn uống quá nhiều mỡ, đường, muối, rượu bia, nước ngọt, cà phê... sẽ làm đảo lộn chức năng chuyển hóa của cơ thể, đưa đến cảm giác khó chịu, mệt mỏi, mất ngủ, béo phì, v.v... Nên ăn điều độ những thực phẩm ít chất béo nhưng nhiều chất xơ (fiber) và vitamin, như các loại trái cây, rau, bột mì, gạo, đậu, hạt, củ, và một số thực phẩm giàu chất đạm (protein) và chất khoáng (mineral) có trong các loại thịt, cá, trứng, sữa, phó mát...

Giấc ngủ phải luôn luôn đầy đủ, khoảng 7 đến 8 tiếng mỗi ngày. Một giấc ngủ đầy đủ sẽ làm giảm mức lượng các loại hormones tiết ra khi phải phản ứng với stress, làm phục hồi sức khỏe và gia tăng cảm giác thoải mái. Các chuyên gia y tế đã có một số lời khuyên sau đây cho những người có tật khó ngủ:

- Mỗi ngày đều đi ngủ và thức dậy đúng giờ để tạo cho cơ thể một thói quen như một cái đồng hồ sinh lý (a biological clock) vận hành hằng ngày theo một chương trình nhất định.

- Bạn rộn cách gì cũng nên dành sẵn cho mình một khoảng thời gian 8 tiếng mỗi ngày để ngủ.
- Trước khi ngủ nên làm những động tác thư giãn, như hít thở sâu, thể dục nhẹ, đọc sách, nghe nhạc êm dịu...
- Đừng uống nhiều rượu, cà phê, trà trước giờ ngủ khoảng vài tiếng. Chỉ uống nước mát hay một ly sữa không có chất béo, vì trong sữa có chứa hợp chất hữu cơ *tryptophan* sẽ làm dễ ngủ.
- Không để bụng quá no hay quá đói khi bước vào giường ngủ.
- Trước giờ ngủ không nên xem các loại phim hay đọc các loại sách giật gân, kinh dị, gây cảm xúc và đắm chìm suy nghĩ cao độ.
- Không nên mang theo những tài liệu về công việc vào giường ngủ, hay suy nghĩ miên man về những công việc cần làm cho ngày mai.

Nghỉ ngơi và thư giãn là những động tác thêm vào cho giấc ngủ để duy trì sức khỏe và thái độ tích cực, vui vẻ trong cuộc sống. Sau những giờ làm việc mệt nhọc cần có những giây phút nghỉ ngơi thoải mái. Không nên để tâm trí suy nghĩ miên man về những gì trong quá khứ và cũng đừng bận rộn lo âu cho ngày mai. Cũng đừng bao giờ để tâm xoi mói, đổ lỗi, tức giận hay thù nghịch người khác vì những ý tưởng này sẽ làm hại sức khỏe bạn nhanh chóng. Hãy dành những giờ giấc quý báu đang có cho hiện tại để tiêu khiển và giải trí theo sở thích của mình, như ca hát, đánh đàn, đánh cờ, đọc sách, viết lách, đi dạo, đi thăm bạn bè, hay làm gì đó theo sở thích... Ngoài ra, có thể tham dự những lớp học về các phương pháp và kỹ thuật giúp thư giãn tâm trí và cơ thể, như các lớp thiền học, yoga, tài chi, các kỹ thuật tự hướng dẫn (giúp cả

nhân biết tự mình thắng lướt những vấn đề khó khăn của mình), kỹ thuật giải cảm có hệ thống (giúp cá nhân biết các phương pháp để giữ vững sự bình tĩnh và thư giãn khi đứng trước tình huống khó khăn, bất bình, hoảng hốt...). Sau đây là một phương pháp thư giãn được bác sĩ **Herbert Benson** tại Đại học Y Khoa Harvard soạn ra khoảng giữa thập niên 1970, phỏng theo thiền học của Đông phương [12]. Đây là phương pháp đơn giản và chỉ cần thực hành 2 lần mỗi ngày, mỗi lần khoảng từ 10 đến 20 phút:

1. Ngồi xuống ở tư thế thoải mái và yên lặng.
2. Nhắm mắt lại.
3. Tập trung ý thức để chỉ nghĩ tới sự thư giãn của các bắp thịt, bắt đầu từ đôi bàn chân rồi lên đến ống chân, đùi, hông, bụng, lưng, ngực, cánh tay, cổ, mặt và đầu.
4. Trong khi đó, thở tự nhiên và đều đặn bằng mũi và miệng ngậm lại. Cứ mỗi nhịp thở ra thì nói thầm một tiếng “một”.
5. Nếu có gì nữa chừng làm xao lãng sự tập trung đang có thì hãy bỏ qua ngay, và tiếp tục chú ý vào sự đều đặn của hơi thở để nhanh chóng trở lại với ý thức thư giãn trong tâm trí.
6. Tiếp tục tập trung vào ý thức thư giãn và sự đều đặn của hơi thở. Cứ mỗi hơi thở ra thì tiếp tục nói “một” cho chính mình trong suốt thời gian từ khoảng 10 đến 20 phút.
7. Sau khi xong, đừng đứng dậy ngay. Cứ ngồi vậy trong vài phút nữa, rồi từ từ mở mắt ra và nhìn lại cảnh vật chung quanh.
8. Đừng quan tâm lần thực hành vừa qua có đúng hay sai. Hãy để cho cảm giác thư giãn trong lần này có được chừng nào thì tốt chừng đó. Thực hành phương pháp này đều đặn mỗi ngày sẽ làm cho cảm giác thư giãn tăng dần.

Nếu bạn quá bận rộn, không có thời gian thực hành phương pháp trên 2 lần mỗi ngày, hay vì bạn cảm thấy bị stress quá đáng thì hãy thực hành theo phương pháp ngắn gọn dưới đây. Tuy ngắn gọn nhưng bạn sẽ cảm thấy rất bổ ích, giúp bạn xả bớt cảm giác rối ren, ngột ngạt và bạn có thể thực hành ở bất cứ nơi nào, trên xe buýt, trong khi xếp hàng chờ đợi, đang ngồi tại nơi làm việc, trước lúc ngủ, v.v...

1. Tập trung vào ý thức thư giãn và hơi thở đều đặn của mình. Bắt đầu đếm chậm rãi từ 10 trở xuống đến 0, mỗi con số là một lần của hơi thở.
2. Khi đếm tới số 0 thì ngừng lại vài giây và sau đó tiếp tục đếm lại như cũ.
3. Nếu còn thì giờ thì cứ tiếp tục thực hành phương pháp cho đến khi phải bận rộn trở lại với công việc. Tóm lại, mỗi ngày nên dành một vài phút để thực hành phương pháp này dù là đó một ngày hết sức bận rộn.

Tích cực trong nhận thức và hành động

Tất nhiên không phải lúc nào ta cũng gặp mọi thuận lợi trong cuộc sống, nhưng không vì thế mà luôn luôn nhìn đời sống bằng con mắt hồ nghi và tiêu cực. Thái độ tiêu cực sẽ làm cho mọi việc trở nên bế tắc, không có lối giải quyết cho vấn đề. Hãy thay đổi thái độ tiêu cực bằng những hành động và nhận thức theo chiều hướng tích cực. Chẳng hạn, khi phải đương đầu với những vấn đề khó khăn, trở ngại thì hãy xem đó như là những thử thách để mình vượt qua và lớn mạnh, và hãy xem những thất bại như là cơ hội để ta học hỏi thêm kinh nghiệm cho cuộc sống trong những ngày tới.

Khi có những vấn đề nhận thấy tự mình không giải quyết được thì hãy mạnh dạn tìm kiếm sự giúp đỡ của người khác. Gia

đình, bạn bè, đồng nghiệp, bác sĩ, bệnh viện, các trung tâm y tế, các nhóm phục vụ cộng đồng, mạng lưới xã hội, chùa chiềng, nhà thờ, vv..., là một hệ thống luôn có sẵn những sự hỗ trợ tốt nếu ta biết cách tận dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robinson L: Stress and Anxiety, *Nurs Clin North Am* 25 (4): 935
2. Seyle H: The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, *Clin Endocrinol* 6: 117, 1946.
3. Seyle H: *The Stress of Life*, Ed 2, New York, 1976, McGraw- Hill.
4. Schedlowski M et al: Psychophysiological, neuroendocrine and cellular immune reactions under psychological stress, *Neuropsychobiology* 28: 87, 1993.
5. Ulrich- Lai, Y. M; Herman, J. P: "Neural regulation of endocrine and automatic responses" *Nature Review Neuroscience* 10 (6): 397- 409; 2009.
6. McEwen, B. S; Morrison, J. H: "The Brain of Stress: Vulnerability and Plasticity of the Prefrontal Cortex over the Life Course"; 2013.
7. O'Connor, T. M; O' Halloran, D. J: "The stress response and the hypothalamic- pituitary- adrenal axis: From molecule to melancholia"; *QJM: Monthly journal of the Association of Physicians*: 93 (6): 232- 333; 2000.
8. Maras, P. M; Baram, T. Z: "Sculping the hippocampus from within: Stress, spine, and CRH"; *Trend in Neuroscience*: 35 (5): 315- 324; 2012.
9. Graham, J; Christian, L: Stress, age, and immune function: Toward a life span approach; *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 389- 400. 2006.
10. Khansari, D; Murgo, A: Effects of stress on the immune system. *Immunology Today*, 11, 243- 251. 1990.
11. Lazarus, R. S: *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw- Hill. 1966.
12. American Medical Association: *Family Medical Guide*, 4thEd; John Wiley & Sons, Inc; 2004.



CHƯƠNG 11

TUỔI TRẺ VÀ BỆNH TÂM THẦN

Mental Disorders
of Childhood and
Adolescence

KHÁI NIỆM

Xưa kia, ngoại trừ một số bệnh tật của trẻ em được chăm sóc và chữa trị tại các trung tâm y tế, những vấn đề nào liên quan đến các tính bất thường, rối loạn thuộc về tâm lý và hành vi của trẻ em thường được xã hội xem là công tác và trách nhiệm của trường học và gia đình. Tuy nhiên, trong vòng một trăm năm trở lại đây, y học mới bắt đầu thật sự chú tâm vào vấn đề cần phải tìm hiểu sâu rộng hơn về đời sống sức khỏe tinh thần, cùng các cách chăm sóc và chữa trị các bệnh về tâm trí cho các tầng lớp trẻ, kể từ sơ sinh cho đến tuổi vị thành niên. Sự thay đổi thái độ này phần lớn xuất phát từ kết quả của các công trình nghiên cứu về tâm lý tuổi trẻ kể từ đầu thế kỷ 20, với một loạt các lý thuyết khác nhau về tiến trình hình thành và phát triển của trí tuệ như của Piaget và Vigotsky, về sự phát triển các khía cạnh trong đời sống tâm lý tạo nên nhân cách và cá tính như của Sigmund Freud và Erick Erickson, cũng như các lý thuyết về phát triển trí thông minh trẻ em như của Binet-Simon và Wechsler, v. v...

Ngày nay, các nhà y học đều đồng ý rằng mặc dù mỗi lứa tuổi đều có những vấn đề về tâm lý khác nhau, nhưng trẻ em cũng như người lớn tuổi, ai cũng có thể mắc phải những rối loạn tâm thần và khủng hoảng tâm lý trong một tình huống đặc biệt nào đó. Thêm vào đó, những tính chất đặc thù hoặc khuyết tật bẩm sinh, các yếu tố di truyền, những tính cách bất thường trong sự nuôi dưỡng, hay những chấn thương tình cờ do tai nạn cũng là những vấn đề ảnh hưởng sâu đậm đến tình trạng sức khỏe tinh thần của đứa trẻ. Những triệu chứng rối loạn ấy có thể biến mất sau một thời gian, hoặc có thể đeo đẳng theo đứa trẻ suốt đời, và có khi chúng biến thể từng bước một để trở thành những triệu chứng rối loạn khác khi đứa trẻ trưởng thành.

Đã có những bàn cãi liên quan đến nhiều vấn đề chung quanh hai yếu tố nền tảng cho sự phát triển của đứa trẻ; đó là những gì do *môi trường tự nhiên* (nature) và những gì do *môi trường nuôi dưỡng* (nurture). Môi trường tự nhiên bao gồm những tính chất đặc thù của bẩm sinh và di truyền mà đứa trẻ đã thừa kế (heredity). Môi trường nuôi dưỡng, hay là môi trường sống (environment), bao gồm những yếu tố đặc biệt thuộc về gia đình, xã hội, văn hóa, và những điều kiện đặc biệt của môi trường bào thai và thời điểm sinh ra của đứa trẻ. Nói tổng quát, tất cả những yếu tố trên là một tổng thể có ảnh hưởng sâu rộng đến sức phát triển về sau của mỗi đứa trẻ.

Ở một mức độ nào đó thì mọi khía cạnh phát triển phải lệ thuộc vào những đặc tính kế thừa (chẳng hạn chiều cao, màu mắt, trí thông minh, bệnh tâm thần phân liệt...). Đó là những khuôn mẫu phát triển đã được định đoạt bởi những yếu tố di truyền có sẵn (genetically- determined), do đó môi trường nuôi dưỡng nếu có can thiệp vào thì cũng chỉ có những tác động tương đối mà thôi

(chẳng hạn, dinh dưỡng đầy đủ có thể làm chiều cao và trí thông minh gia tăng một phần nào...).

Tuy nhiên, môi trường nuôi dưỡng không thể thay đổi được một số kết quả phát triển nhất định nơi các trẻ em đã mang sẵn những yếu tố bẩm sinh không bình thường. Chẳng hạn, những trẻ em sinh ra bị *hội chứng Down*, *hội chứng Klinefelter*, hay *hội chứng Tunner*... Nguyên nhân của hội chứng Down là do sự dư thừa của nhiễm sắc thể số 21, Klinefelter là do sự dư thừa của nhiễm sắc thể X, và Tunner là do sự mất mát toàn bộ hay một phần của nhiễm sắc thể X. Những trẻ em có sẵn những yếu tố bẩm sinh như thế không phải chỉ có những khuyết tật về thể chất, mà trong hầu hết mọi trường hợp, chúng còn kèm theo những chứng tật hay rối loạn về mặt tâm thần, tâm lý đến mãn đời.

Môi trường sống cũng có nhiều ảnh hưởng to lớn đối với sự phát triển của đứa trẻ. Theo nhà tâm lý **Bronfenbrenner** [1] tiến trình phát triển của trẻ em thường phải trải qua và chịu ảnh hưởng bởi bốn môi trường sống tiêu biểu.

Môi trường tiểu hệ (microsystem) là môi trường đầu tiên, trực tiếp tác động vào sự sống của trẻ sơ sinh, cuộc sống bắt đầu từ trong gia đình, rồi đến nhà giữ trẻ và sau đó là đến trường học.

Môi trường trung hệ (mesosystem) liên quan đến những tác động qua lại giữa những điều kiện của môi trường gia đình và trường học. Chẳng hạn, một sự hờn tủi nào đó từ gia đình có thể làm đứa trẻ có những phản ứng không thích hợp, như giận dữ, khiêu khích trong lớp học.

Môi trường ngoại hệ (exosystem) là môi trường mặc dù không trực tiếp dính líu đến đứa trẻ, nhưng nó vẫn có những tác động sâu rộng đến hành vi của đứa trẻ, như công việc làm ăn của cha mẹ, điều kiện và tiện nghi của cộng đồng bên ngoài. Chẳng hạn,

cha mẹ không kiểm tra việc làm, hoặc phải làm việc suốt ngày đêm, không có thời giờ gần gũi con cái, trường học xa xôi, phương tiện di chuyển khó khăn.

Và cuối cùng là **môi trường đại hệ (macrosystem)** là những bối cảnh rộng lớn thuộc về văn hóa, văn minh, luật lệ của xã hội, các tiêu chuẩn về nhân phẩm, điều kiện kinh tế của xã hội, v.v... Chẳng hạn, một xã hội có tục lệ cho phép cha mẹ đánh đập con cái, hay có luật lệ phân biệt đối xử các thành phần trong xã hội... Những điều kiện như thế đều có ảnh hưởng sâu rộng đến sự hình thành các khía cạnh phát triển của tư duy, cảm nhận, lòng tin, ý chí, ước muốn và hành động của đứa trẻ khi lớn lên.

Gia đình là môi trường quan trọng đầu tiên có tác động sâu đậm đến sự phát triển mọi mặt của đứa trẻ. Môi trường gia đình uốn nắn con trẻ trên nhiều khía cạnh liên hệ đến tính khí, tư duy, và hành động. Môi trường gia đình tập luyện cho con trẻ những thói quen, nề nếp, ý muốn, ngôn ngữ, những quan niệm về mỹ thuật, đức tin tôn giáo, đạo đức, và những tiêu chuẩn giá trị khác trong đời sống. Do đó, môi trường gia đình nào càng có nhiều yếu tố nguy cơ thì nó càng đem lại những kết quả phát triển tiêu cực cho con cái.

Rutler đã liệt kê 6 yếu tố nguy cơ của môi trường gia đình, được xem như là tiêu chuẩn cho việc tiên đoán những triệu chứng phát triển không bình thường về mặt tâm lý của đứa trẻ. Đó là tình trạng kinh tế gia đình thường xuyên túng quẫn, gia đình quá đông con cái, cha mẹ luôn bất hòa, cha mẹ thường phạm tội hình sự, cha mẹ có những triệu chứng bất bình thường về tâm thần, và đứa trẻ từ nhỏ bị đưa đi sống nhờ nơi khác. Rutler đã làm những cuộc kiểm tra và kết quả tìm thấy chỉ có 2% những đứa trẻ sống trong gia đình không có hoặc chỉ có một yếu tố nguy cơ nêu trên

là bị bệnh tâm thần, trong khi đó có đến 21% trường hợp bệnh tâm thần là ở những đứa trẻ của các gia đình có từ 4 đến 6 yếu tố nguy cơ nêu trên [2].

Bào thai là nơi tạo ra những điều kiện đầu tiên cho sự phát triển của thai nhi, do đó, nếu môi trường bào thai chất chứa những **thành tố sinh quái thai** (teratogens), như bị nhiễm trùng, độc dược, thuốc cấm... thì nó sẽ tạo ra những hậu quả xấu cho tâm vóc, sức khỏe, và những điều kiện phát triển trên nhiều mặt thể chất cũng như tinh thần sau này của đứa bé. Từ sau tuần thứ 2 đến tuần thứ 8 là thời gian thai nhi bắt đầu hình thành những bộ phận chính của cơ thể; do đó, nếu những thành tố bất thường nào đó xâm nhập vào lúc này thì sự phát triển của thai nhi sẽ có thể bị nhiều ảnh hưởng tai hại. Nhất là kể từ tuần thứ 3 trở đi là thời gian **hệ thống thần kinh trung ương** của thai nhi bắt đầu hình thành.

Mặt khác, sức khỏe của người mẹ, bao gồm tình trạng bệnh tật, dinh dưỡng, vệ sinh, nếp sống, thói quen, v.v... cũng có những tác động to lớn đến sự phát triển của thai nhi. Chẳng hạn, người mẹ bị nhiễm siêu vi HIV có thể sinh ra đứa bé cũng bị nhiễm siêu vi HIV, cùng với những nguy cơ phát triển bất thường khác, như cơ thể không chống lại được các sự nhiễm trùng, hệ thống thần kinh trung ương bị rối loạn, chức năng sinh hoạt não bộ bị suy yếu. Nhiều nghiên cứu cho thấy một người mẹ nghiện rượu nặng có thể sinh ra đứa trẻ chậm lớn với bộ não nhỏ và kém phát triển (microcephaly) cùng với tính tình cáu kỉnh, hiếu động, và thiếu kiên nhẫn. Trường hợp này được gọi là **hội chứng bào thai nhiễm rượu** (fetal alcohol syndrome - FAS).

Ngoài ra, những điều kiện phát triển của đứa trẻ cũng lệ thuộc phần lớn vào điều kiện dinh dưỡng và năng lực tinh thần của người mẹ. Trong ba tháng đầu, tình trạng thiếu dinh dưỡng

của người mẹ có thể đem lại những nguy cơ *hư thai*. Nhưng trong ba tháng cuối, tình trạng thiếu dinh dưỡng, nếu không làm sẩy thai, thì có thể làm cho đứa con sinh ra không đủ tầm vóc và nhiều chứng tật bất thường khác.

Đời sống tinh thần của người mẹ cũng thế, những xúc cảm và căng thẳng tinh thần lâu dài như sự ưu tư, căng thẳng tinh thần, lo lắng, buồn tẻ, giận hờn, căm ghét... trong thời gian mang thai cũng có ít nhiều tác động lên các khía cạnh phát triển của đứa trẻ ngay từ trong bào thai cũng như sau khi sinh ra.

PHÁT TRIỂN BÌNH THƯỜNG BAN ĐẦU

Những bước phát triển bình thường ban đầu của đứa trẻ bao gồm các *phản xạ* (reflexes), các *chức năng của các giác quan* (sensory skills), phát triển các *khả năng vận động của cơ thể* (early motor development), phát triển *khả năng của tri giác* (cognitive development), phát triển *ngôn ngữ* (language development) và phát triển *trí nhớ* (memory development).

Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, mỗi bước phát triển của một khả năng nào đó đều có khoảng thời gian đặc biệt nhất định của nó, được gọi là *thời kỳ nhạy bén* (critical period). Chẳng hạn, trung bình cứ đến khoảng 1 tuổi là trẻ biết đi và 2 tuổi là trẻ biết nói. Tuyệt đại đa số những trẻ em bình thường đều có những bước phát triển xảy ra đúng vào khoảng thời gian hạn định của những thời kỳ nhạy bén. Nếu sự phát triển một khả năng nào đó *hoặc sớm hơn hoặc muộn hơn*, nghĩa là không rơi vào trong thời kỳ

nhảy bèn của chính nó, thì đó có thể là một dấu hiệu không bình thường của một bước phát triển.

Dấu hiệu không bình thường này có thể là một *báo hiệu đầu tiên* cho một vấn đề nào đó thuộc về sức khỏe về sau của đứa trẻ. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp mà ảnh hưởng của sự phát triển sớm hoặc muộn này vẫn không gây ra nhiều vấn đề nghiêm trọng, bởi vì những điều kiện thuộc về môi trường sống, bao gồm sự nuôi dưỡng và tập luyện, cũng sẽ là những đóng góp bổ túc to lớn cho những thiếu sót, nếu có, trong sự hoàn thành mọi bước phát triển của đứa trẻ.

Phản xạ là những phản ứng tự động của cơ thể đối với những loại kích thích đặc biệt nào đó. Có thể thấy được ở mọi trẻ sơ sinh một số những loại phản xạ bình thường. Chẳng hạn, khi ta xoay đầu đứa trẻ qua một bên thì tay nó dang ra, gọi là *phản xạ cổ* (Tonic neck reflex), khi bỏ ngón tay vào lòng bàn tay đứa trẻ thì nó nắm lại, gọi là *phản xạ lòng bàn tay* (Palmar grasp reflex), hay khi có tiếng động bất thình lình, đứa trẻ cong lưng lại, giơng chân ra, và phóng đôi tay tới như tìm sự hỗ trợ, gọi là *phản xạ Moro* (Moro reflex)...

Chức năng của các giác quan của đứa bé thường được hình thành rất sớm, trong đó có thể kể một số loại như sau:

- Về *thị giác*, mặc dù độ nhìn chính xác (visual acuity) của trẻ sơ sinh chỉ ở mức 20/600, nhưng chỉ một vài ngày ngay sau khi sinh ra, trẻ sơ sinh đã có thể phân biệt được khuôn mặt quen thuộc của người thân với những gì khác lạ trước mắt nó.
- Về *thính giác*, chỉ trong vài ngày sau khi sinh ra, đứa trẻ có thể phân biệt được tiếng nói của người mẹ với những âm thanh khác. Tuy nhiên, khả năng thính giác của trẻ sơ

sinh bị hạn chế hơn người lớn. Khả năng định vị **âm thanh** (sound localization) (có thể quan sát được qua hành động đứa trẻ thường ngẩng đầu về hướng có tiếng động) cũng được phát triển rất sớm. Nhưng cho đến nay khoa học vẫn chưa hiểu được tại sao khả năng này lại bị biến mất trong khoảng thời gian từ 40 đến 100 ngày và sau đó mới được phục hồi trở lại. Khoảng 12 tháng tuổi, khả năng định vị âm thanh của đứa bé vào lúc này mới được phát triển đầy đủ.

- Ngoài ra, khả năng **khứu giác** và **vị giác** của đứa trẻ được phát triển ngay trong ngày đầu mới sinh ra. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, đứa trẻ phản ứng với những mùi hôi ngay trong ngày đầu tiên, và có thể phân biệt được một số mùi khác nhau khoảng một tuần sau đó. Các nghiên cứu cũng cho thấy ngay sau khi sinh ra, đứa trẻ cũng có thể phân biệt được các vị mặn, đắng, chua, ngọt và mọi trẻ sơ sinh đều có khuynh hướng thích vị ngọt.

Các khả năng chuyển động cơ thể được phát triển lần lượt theo thời gian. Vừa sinh ra là trẻ biết bú. Từ 1 đến 3 tháng biết nghiêng đầu qua lại, nắm chặt bàn tay. Từ 3 đến 5 tháng thì bắt đầu biết lật người và cầm đồ vật trên tay. Từ 5 đến 7 tháng, có thể ngồi với sự trợ giúp và đầu có thể giữ vững nhưng hơi gật về phía trước, thường bỏ đồ vật vào miệng, có thể cầm đồ chơi theo ý muốn. Từ 7 đến 9 tháng, có thể ngồi vững vàng và chuyển đồ vật từ tay này qua tay khác. Từ 9 đến 12 tháng, bắt đầu bò, lết bằng tay và chân, và có thể đứng lên nếu có sự trợ giúp. Từ 12 đến 15 tháng, bắt đầu đứng vững một mình, rồi tập tễnh đi từng bước một cho đến khi đi vững vàng mà không cần có sự dìu dắt (khoảng sau 15 tháng), có khả năng lôi kéo đồ vật ra từ các chỗ cất giấu.

Khả năng tri giác, hay nói tổng quát là khả năng trí tuệ, của đứa trẻ phát triển song song và cùng chiều với sự phát triển của não bộ. Phần lớn các tế bào não đã có sẵn vào lúc sinh ra, và sau đó chúng tiếp tục sinh sản và lớn mạnh, đặc biệt là phần vỏ não (cortex) càng ngày càng được tạo lập. Theo nhiều nghiên cứu, bộ não thường ở mức kiện toàn vào lúc đứa trẻ ở tuổi vị thành niên (khoảng 16 tuổi). Ước tính trung bình khi đứa trẻ được một năm thì trọng lượng bộ não của nó cân nặng khoảng 60% so với bộ não trung bình của người lớn. Có nhiều lý thuyết đề cập đến sự phát triển khả năng tri giác của trẻ em, nhưng có thể lấy lý thuyết của bác sĩ **Piaget**, nguyên là nhà sinh vật học Pháp, để làm mẫu mực cho sự trình bày tóm lược dưới đây.

Theo Piaget, sự phát triển khả năng tri giác đi theo một chuỗi tiến trình bao gồm bốn giai đoạn vừa liên tục và vừa liên hệ lẫn nhau:

Thời kỳ từ lúc sinh ra cho đến 2 tuổi được gọi là **giai đoạn cảm giác vận động** (sensorymotor stage). Ở giai đoạn này đứa bé nhận biết một số sự vật bên ngoài qua các cảm giác, bằng sự nếm, ngửi, nhìn, nghe, và sờ mó. Thành tựu quan trọng nhất trong giai đoạn này là khả năng hiểu được **tính thường trực của sự vật** (object permanence), tức là biết rằng một đối tượng (người hay vật) tiếp tục hiện hữu mặc dù không thấy được vào lúc này (ví dụ, biết mẹ không có bên cạnh, nhưng rồi mẹ sẽ đến lại); và **khả năng bắt chước hoãn lại** (deferred imitation), tức là khả năng làm lại một việc tương tự như đã quan sát được từ người khác trước đây (ví dụ, bắt chước người lớn bấm vào nút đồ chơi để nghe tiếng nhạc...).

Từ 2 đến 7 tuổi, được gọi là **giai đoạn tiền thao tác** (preoperational stage) Nhờ sự phát triển liên tục của ngôn ngữ, đứa bé đã có thể sử dụng vốn liếng từ ngữ có sẵn và những hình ảnh trong tâm trí để gán cho (đặt tên) các sự vật bên ngoài những

ý nghĩa phù hợp với cách hiểu biết hạn chế của nó; và theo đó tư tưởng của đứa trẻ bắt đầu hình thành. Phần tư tưởng trong giai đoạn này chỉ mang tính *biểu tượng* (symbolic), tức là chỉ có khả năng nhận biết sự vật bằng tên gọi và bằng những dấu hiệu cụ thể; nói khác đi là tư tưởng của đứa trẻ chưa có những từ ngữ trừu tượng và tổng hợp.

Tư tưởng của đứa trẻ ở vào giai đoạn này luôn luôn mang *tính duy kỷ* (egocentrism), tức là đứa trẻ tưởng rằng ai cũng hiểu về mọi sự vật giống như nó hiểu. Tư tưởng duy kỷ luôn luôn hàm chứa hai tính chất: một là ý nghĩ huyền tưởng (magical thinking), là tưởng lầm rằng mỗi con người đều có khả năng kiểm soát và điều khiển được mọi sự vật và mọi biến cố, và hai là ý nghĩ vạn vật hữu hình (animism), là tin rằng mọi sự vật (đồ đạc, bông hoa, cây cỏ, muôn thú...) đều có tư duy, tình cảm, và sự sống tinh thần như con người.

Đứa trẻ trong giai đoạn này cũng chưa hiểu được rằng những tính chất thuộc về thể tích, dung tích, trọng lượng của một vật luôn luôn ở *trạng thái bảo toàn* (conservation), nghĩa là có thể giữ được nguyên trạng, không thay đổi dù cho hình thể của nó bị thay đổi. Ví dụ, một lít nước khi đựng trong cái chai cao thì đứa trẻ cho là nhiều hơn khi nó được đựng trong cái chai lùn. Sai lầm này là do hai đặc tính thường có nơi mọi trẻ em: *tính chú tâm* (centration), tức là chỉ chú ý vào một phương diện mà bỏ qua các phương diện khác cũng không kém phần quan trọng; và *tính bất khả đảo ngược* (irreversibility), tức là không hiểu được rằng có những sự việc và hành động, trong nhiều trường hợp, có thể đảo ngược được mà không mất đi tính chất của nó.

Từ 7 đến 12 tuổi, khả năng tri giác của đứa trẻ dần dần tiến đến *giai đoạn thao tác cụ thể* (concrete operational stage). Trí óc

của trẻ bắt đầu nhận biết về **tính đảo ngược** (reversibility) và **tính tản tâm** (decentration), do đó từ đây nó hiểu được ý nghĩa của tính chất bảo toàn của sự vật.

Theo nghiên cứu, trong suốt thời gian này đứa trẻ lần lượt hiểu về tính chất bảo toàn (duy trì) của các sự vật, đầu tiên là các con số, kế đến là độ dài, chất lỏng, khối lượng, diện tích, trọng lượng, dung tích... Đó là bước khởi đầu cho sự quán triệt của một loạt những ý niệm có tương quan lẫn nhau mà Piaget gọi là **sự phát triển theo chiều ngang** (horizontal decalage). Ở tuổi này trẻ con cũng bắt đầu phát triển khả năng phân biệt sự vật, tức là biết cách tuyển chọn (sorting), và xếp loại (classifying) các sự vật và sự việc.

Từ 12 tuổi trở lên, Piaget gọi là **giai đoạn thao tác chính thức** (formal operational stage). Kể từ tuổi này, khả năng tri giác của đứa trẻ bắt đầu tiến triển trên phương diện có khả năng suy nghĩ và lý luận mang tính trừu tượng (abstract thinking and reasoning), tức là có thể nghĩ ngợi một vấn đề chỉ bằng những ý niệm hay hình ảnh và ngôn ngữ ở trong tư tưởng, vượt ra ngoài lối suy nghĩ chỉ trong giới hạn của những ý tưởng thuộc về biểu tượng như trước đây trong giai đoạn tiền thao tác. Đứa trẻ vị thành niên dần dần biết suy luận bằng lối **phân tích** và **tổng hợp**, nói khác nữa là bằng lối **diễn dịch** (deduction) và **quy nạp** (induction). Tuy nhiên, do vẫn còn thiếu nhiều kinh nghiệm trong cuộc sống, tư duy của trẻ thường ngây ngô và thô thiển. Ở tuổi vị thành niên, trẻ em vẫn còn những tư tưởng mang tính duy kỷ của thời kỳ tiền thao tác; ví dụ, đứa trẻ cứ thắc mắc tại sao mọi người không cùng hành động đúng theo những nguyên tắc lý tưởng như trẻ suy nghĩ để cho nhân loại và thế giới được hoàn toàn thuần nhất, an lành và tốt đẹp hơn.

Ngoài ra, còn có hai đặc tính đặc biệt khác vẫn thường thấy

trong tư tưởng của trẻ em ở tuổi vị thành niên. Một là ý tưởng **khán giả tưởng tượng** (imaginary audience), tức là nghĩ rằng thiên hạ luôn luôn là những khán giả đang tò mò dòm ngó và chú ý đến những gì cá nhân mình đang làm; và hai là ý tưởng **thần thoại hóa bản thân** (personal fable), tức là tin rằng cá nhân mình là độc đáo, có khả năng ngoại hạn và trường tồn, có thể làm những việc phi thường (chẳng hạn phóng xe chạy bạt mạng mà không sợ tai nạn xảy ra). Nhưng những tính chất nêu trên sẽ giảm dần qua quá trình học hỏi và cọ xát với thực tế cho đến khi cậu bé bước vào tuổi thành niên.

Phát triển ngôn ngữ được tiến triển qua nhiều giai đoạn. Đứa trẻ từ 1 đến 3 tháng thường phát ra âm thanh “ồ, ồ” trong miệng như là một thái độ tỏ ý vừa lòng. Từ 4 đến 8 tháng, đứa trẻ có thể phát âm “ba” “ma”. Khoảng 10 đến 16 tháng đứa trẻ bắt đầu phát âm được từng chữ, như “đi”, “ăn”, hay là hai chữ kép “meo meo”, “búp bê”. Từ 12 đến 18 tháng đứa trẻ có thể nói từng chữ, kèm theo âm điệu và điệu bộ như để tỏ thái độ của mình, như khi nói “em” thì vừa dang hai tay ra vừa gật gật đầu để tỏ ý muốn được mẹ bồng ẵm. Từ 18 đến 24 tháng đứa trẻ bắt đầu tập nói một câu bằng hai chữ ghép lại, như “đi chơi”, “mẹ về”, “ba làm”. Từ khoảng tuổi 30 tháng đến 3 năm, đứa trẻ có thể nói một câu gồm ba, bốn chữ hoặc nhiều hơn, và càng ngày càng học thêm được nhiều từ ngữ. Từ 3 tuổi trở lên đứa trẻ dần dần học cách nói, cách dùng từ ngữ và văn phạm của người lớn để diễn đạt ý muốn của mình càng ngày càng trở nên trôi chảy.

Phát triển trí nhớ. Trẻ em có thể bắt đầu có trí nhớ rất sớm. Một vài nghiên cứu cho thấy trẻ sơ sinh ở khoảng tuổi 2 đến 3 tháng là có thể có một ít khả năng ký ức. Bắt đầu hai tuổi trở lên, trẻ em có khả năng gọi lại những gì xảy ra từ vài tháng trước. Tuy

nhiên, điều đặc biệt là hầu như tất cả những người đã trưởng thành không ai còn nhớ được những gì đã xảy ra cho bản thân vào khoảng thời gian trước ba tuổi của họ. Tâm lý học gọi điều này là **sự mất ký ức ấu thơ** (infantile amnesia).

Thông thường con người chỉ bắt đầu có ký ức về tuổi ấu thơ sau khi tròn ba tuổi. Tụu trung, ký ức trẻ em khởi sự gia tăng nhanh chóng kể từ bốn tuổi trở đi, và cho đến khoảng bảy tuổi thì khả năng ký ức gần như hoàn hảo trên cả hai mặt, bao gồm những ký ức ngắn hạn và ký ức dài hạn, đánh dấu một bước chuyển tiếp quan trọng về ký ức và tri giác trong đời, từ trẻ thơ lên tuổi niên thiếu.

CÁC TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN TRẺ EM

Người ta thường quan niệm rằng tuổi ấu thơ là tuổi hồn nhiên, vui chơi, và hạnh phúc, nhưng các chuyên gia tâm thần ngày nay tìm thấy rằng trẻ em cũng có nhiều nguy cơ rối loạn tâm thần như lớp người lớn tuổi. Thật vậy, hầu như đứa trẻ nào cũng có một vài vấn đề khó khăn về tâm lý. Chẳng hạn, nhiều trẻ em hoảng sợ khi gặp một người không phải quen thuộc trong gia đình (chẳng hạn gặp bác sĩ...), hay đến một nơi chưa từng đến (chẳng hạn sợ đến trường...).

Tùy theo những mức độ khác nhau, trẻ em cũng có thể có những triệu chứng như, sợ hãi, ám ảnh, ác mộng, đái dầm, tâm tư bồn chồn, tánh tình cáu kỉnh, điên tiết, đập phá, và có khi có ý muốn tự hãm hại mình hoặc tự tử (thực tế cho thấy tại Hoa Kỳ hằng năm vẫn có một số trẻ vị thành niên, từ 13 đến 19 tuổi, thuộc mọi chủng tộc đã có những hành động tự tử).

Khi bước vào tuổi dậy thì, trẻ em lại phải đối diện với rất nhiều vấn đề liên quan trong cuộc sống, từ sự thay đổi nhanh

chóng của sinh lý cơ thể, đến những sức ép từ việc học hành, bạn bè, và xã hội... Ngoài những vấn đề đó, một số trẻ em có thể còn phải chịu đựng với những chứng tật có sẵn từ lúc sinh ra như các loại **bệnh trí tuệ chậm phát triển** (mental retardation -MR), **bệnh tự kỷ** (autism), cũng như những rối loạn tinh thần phức tạp khác.

Theo sách hướng dẫn phân loại và chẩn đoán bệnh tâm thần DSM của hội chuyên gia tâm thần Hoa Kỳ (APA), những triệu chứng rối loạn của trẻ em được liệt kê tóm lược như sau:

CÁC CHỨNG RỐI LOẠN LO ÂU TRẺ EM

(Childhood anxiety disorders)

Trẻ em thường bị nhiều loại rối loạn lo âu khác nhau. Những trẻ em bị **chứng lo sợ phân ly** (separation anxiety disorder) thường biểu lộ sự sợ hãi quá đáng khi phải rời khỏi nhà, rời khỏi cha mẹ hay người thân. Thật ra, phản ứng lo lắng khi bị rời khỏi người thân hay sợ hãi lúc gặp kẻ lạ là những cảm giác thường tình của mọi đứa trẻ, và cao điểm là thời gian đứa trẻ ở độ tuổi 15 đến 20 tháng, và sau đó lắng dịu dần khi đứa trẻ được 2 tuổi.

Nhưng những đứa trẻ bị chứng lo sợ phân ly là những đứa trẻ có những phản ứng lo sợ ở mức độ không bình thường và quá đáng trước nhiều tình huống khác nhau. Sự lo sợ không những chỉ thể hiện trong các hành vi như buồn bã, la khóc, cưỡng chống... mà còn ảnh hưởng đến các chức năng sinh lý như bị choáng váng, nôn mửa, đau bụng, nhức đầu... Tình trạng này kéo dài ít nhất từ một tháng trở lên, và có khi vẫn tiếp tục cho đến tuổi thanh thiếu niên.

Chứng lo sợ phân ly có thể chuyển thành **chứng sợ trường học** (school phobia) đối với một số trẻ em. Tất nhiên đa số trẻ em bắt đầu đi học, từ 4 đến 6 tuổi, cũng có vài lo sợ trong buổi ban đầu,

nhưng chẳng bao lâu chúng sẽ quen với không khí trường lớp và bạn bè. Đối với đứa trẻ bị chứng sợ trường học thì sự lo sợ luôn luôn ở mức độ quá đáng và triền miên, thể hiện trên mọi hành vi như khóc lóc, không chịu đến trường, kêu van đau đầu, đau bụng, đau dạ dày, ỉa đùn, không chịu học bài... Chứng sợ trường học đôi khi kéo dài đến nhiều năm về sau.

Ngoài ra, một số trẻ em cũng bị **chứng mất nói chọn lọc** (selective mutism). Đặc tính nổi bật của triệu chứng này là luôn luôn bị câm khẩu ở những nơi chốn hay tình huống đặc biệt nào đó. Nhưng ngoài những nơi chốn và tình huống đó, đứa trẻ lại tỏ ra bình thường như những đứa trẻ khác, nghĩa là khả năng ngôn ngữ và giao tiếp của nó vẫn tốt đẹp. Chẳng hạn, cứ đến chỗ lạ (trường học, chỗ đông người...) là đứa trẻ không ăn nói gì được, nhưng trong khung cảnh quen thuộc của gia đình đứa trẻ lại nói năng bình thường, trôi chảy, và có nghĩa lý. Để định bệnh, tình trạng câm khẩu phải kéo dài nhiều tháng và tính chất và mức độ của nó phải khác lạ so với những phản ứng e sợ và rụt rè bình thường của số đông những trẻ em khi mới bắt đầu tựu trường hay mới đến một nơi xa lạ.

Một số trẻ khác cũng bị **chứng rối loạn quan hệ gắn bó** (reactive attachment disorder) Triệu chứng này thường bắt đầu trước 5 tuổi và những trẻ em này thường có những phản ứng rối loạn và không thích hợp trong mọi quan hệ. Có hai loại rối loạn khác nhau: **loại ức chế** (inhibited type) và **loại phóng dăng** (disinhibited type). Loại ức chế là loại thường thấy ở những đứa trẻ có những phản ứng tránh né, co rút, tê liệt, hoặc quá đề phòng khi phải trực tiếp quan hệ, giao hảo với ai. Ngược lại, loại phóng dăng lại tỏ ra quá đáng trong tình cảm đến độ lảng lộn, lang chạ, không chọn lựa và phân biệt trong mọi quan hệ.

Phương cách chữa trị các chứng rối loạn lo âu phần lớn đều dựa vào các kỹ thuật của liệu pháp hành vi và nhận thức. Chẳng hạn, đứa trẻ sợ trường học sẽ được tiếp tục đưa đến trường mỗi ngày cho đến bao giờ cảm giác sợ hãi không còn nữa. Đứa trẻ bị chứng mất nói chọn lọc có thể tập cho chúng chơi nhiều trò chơi, như vẽ tranh, đọc truyện, kể chuyện, lắp ráp đồ chơi để chúng có nhiều cơ hội diễn tả ý nghĩ và tình cảm tự nhiên của chúng. Thêm vào đó, cần tạo thêm nhiều cơ hội tiếp xúc và quan hệ để chúng làm quen dần với mọi môi trường khác nhau. Tất cả những hoạt động này sẽ giúp cho đứa trẻ phát triển thêm nhiều hiểu biết, tự giải quyết được những ý nghĩ và cảm xúc tranh chấp nhau bên trong tiềm thức đã làm cản trở khả năng phát biểu của chúng, và theo đó cách ứng xử sẽ dần dần được cải tiến.

Trong khi đó, đối với trẻ bị những phản ứng thuộc về chứng rối loạn quan hệ gần bó thì cần nhấn mạnh khía cạnh nhận thức trong khi hướng dẫn tập luyện để thay đổi hành vi của chúng. Ngoài những trường hợp đơn giản và dễ chữa, các trường hợp khác đều cần đến sự giúp đỡ của các chuyên viên có khả năng chuyên môn cao hơn thuộc các trung tâm chữa trị chuyên biệt.

CÁC CHỨNG TRẦM CẢM TRẺ EM

(Childhood depression)

Tại Hoa Kỳ, ước tính có khoảng 2% trẻ em dưới 17 tuổi bị những triệu chứng trầm cảm. Từ 16 tuổi trở lên, tỷ lệ tuổi trẻ bị trầm cảm gia tăng đến 7% và trong số này phái nữ chiếm đến 2/3 của tổng số [3 & 4]. Những triệu chứng trầm cảm của trẻ em cũng giống như của người lớn, nghĩa là chúng cũng có những tác động sâu rộng trên cử chỉ, hành vi, ý nghĩ, và tình cảm của đứa trẻ. Tuy nhiên,

khác với người lớn, trẻ em thường không thể nói rõ những cảm nhận và suy nghĩ của chúng, và những hình thức thể hiện ra bên ngoài của chúng cũng có ít nhiều khác biệt.

Trẻ em bị trầm cảm thường thể hiện trên các hình thức hay vùi vĩnh, khóc lóc, biếng ăn, không vâng lời, v.v... Ở tuổi đi học thì các triệu chứng trầm cảm có thể thấy qua các hình thức cáu kỉnh, cáo bệnh, quấy phá, chống đối, trốn học, không chịu học bài, bẽ trễ, v.v... Đến tuổi vị thành niên, triệu chứng trầm cảm được biểu lộ qua lối sống buông thả, bất cần trong mọi sinh hoạt, như giao du với bạn xấu, hút sách, vi phạm luật pháp..., hoặc ngược lại là có thái độ u sầu, co rút, xa lánh mọi tiếp xúc, v.v...

Nói tóm lại, những hành vi nêu trên có thể là những chỉ dấu cho các triệu chứng trầm cảm của trẻ em, nhưng chúng cũng có thể là chỉ dấu cho các triệu chứng tâm thần khác nữa; do đó, tùy theo mức độ, thời hạn, sự khởi đầu, và nguyên nhân của các hành vi, cũng như tùy theo những chỉ dấu thấy được trong các khía cạnh suy nghĩ, lý luận, tình cảm để xác định tình trạng bị trầm cảm hay là bị các loại bệnh tâm thần khác cho số trẻ em đó; và trong nhiều trường hợp phải cần có sự tham khảo với các giới chuyên môn trong lãnh vực tâm thần.

Dược lý trị liệu thường không được sử dụng để chữa bệnh trầm cảm cho trẻ em còn nhỏ. Nhưng dược lý trị liệu có thể được áp dụng cho một số trường hợp của những trẻ em từ 12 tuổi trở lên, và đặc biệt là những trường hợp trầm cảm nặng có kèm theo những giai đoạn tâm trí bị loạn thần (psychotic) hay ý muốn tự hại mình hoặc tự tử (self-mutilated or suicidal ideation).

Chữa trị những triệu chứng trầm cảm cho trẻ em phần lớn đều dựa vào tâm lý trị liệu, bao gồm sự phối hợp của các liệu pháp nhận thức, hành vi, và gia đình, v. v... Nhiều nghiên cứu cho thấy tuổi

trẻ rất nhạy cảm và cũng sẵn sàng tiếp nhận những ý kiến chân thành và thiết thực cho đời sống của chúng. Nếu liệu pháp nhận thức được tiến hành nhuần nhuyễn, với sự kết hợp của các khuôn mẫu cư xử lành mạnh trong gia đình, cùng với sự huấn luyện cho các em các kỹ năng trong quan hệ và giao tiếp, và các phương cách vui chơi, giải trí để cân bằng tinh thần, thì khả năng phục hồi các triệu chứng trầm cảm của trẻ em có thể ở mức độ rất khả quan.

CHỨNG TĂNG HIỂU ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

(Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder - ADHD)

Đặc tính của chứng tăng hiểu động giảm chú ý (ADHD) bao gồm 3 yếu tố chính. Thứ nhất là *tính thiếu chú ý* (inattention), tức là bất cần, cầu thả, không theo dõi các hướng dẫn, hay quên, dễ bị xao lãng qua những việc khác. Thứ hai là *tính hiếu động* (hyperactivity), tức là chuyển động, cựa quậy, chạy nhảy, nói năng liên tục, tưởng như không hề dứt. Thứ ba là *tính bốc đồng* (impulsivity), tức là lúc nào cũng có vẻ bồn chồn, nôn nóng, tất tả, vội vàng trong lời nói và hành động, giành giật, ngăn cản người khác, không biết kiên nhẫn chờ đợi.

Để chẩn đoán, các triệu chứng phải bắt đầu từ trước 7 tuổi và kéo dài liên tục từ 6 tháng trở lên ở trong bối cảnh của gia đình cũng như tại trường học. Cần phân tích rõ là các triệu chứng này không phải do hậu quả của các chứng bệnh tâm thần khác, hay do bệnh trí tuệ chậm phát triển (MR).

Theo nghiên cứu, khoảng 3 đến 5% trẻ em trên toàn thế giới đều có ít nhiều hành vi thể hiện những triệu chứng ADHD. Những trẻ em như vậy thường có *chỉ số thông minh* (intelligence quotients - IQ) thấp và học lực kém hơn trẻ em bình thường. Tuy

vậy cũng có một số ít trẻ em bị ADHD lại có chỉ số thông minh IQ cao. Những dấu hiệu của ADHD thường có thể bắt đầu từ khoảng 3 tuổi, nhưng muốn chẩn đoán đúng thì phải đợi cho đến khi đứa trẻ bắt đầu đi học. Vào lúc này, mọi sinh hoạt của đứa trẻ sẽ được tường thuật rõ ràng và đầy đủ hơn từ cả hai phía, cha mẹ ở nhà và cô thầy ở trường học.

Theo thống kê, số lượng con trai bị ADHD nhiều hơn từ 4 đến 9 lần so với con gái. Trong số trẻ em bị ADHD có khoảng 50% em là có kèm thêm chứng **rối loạn ứng xử** (conduct disorder), 25% em bị thêm các chứng **rối loạn cảm xúc** (emotional disorders), và 20% bị chứng **rối loạn học tập** (learning disorder) [5] (các chứng bệnh này sẽ được tiếp tục trình bày bên dưới).

Các trẻ em bị ADHD càng về sau càng trở nên khó khăn hơn trong vấn đề học vấn, quan hệ giao tế, và ngay cả việc sớm bị hư hỏng các khả năng thính giác, thị giác, và vận động phối hợp (motor coordination). Khoảng 70% trẻ em sẽ tiếp tục bị các triệu chứng ADHD cho đến suốt đời.

Bệnh ADHD ở người lớn tuổi thường được biểu lộ qua các hành vi như tính nôn nóng, bốc đồng, dễ chán nản, dễ bức xúc, thiếu tự trọng, và không có khả năng tập trung lâu dài [6].

Nguyên nhân phát sinh của chứng ADHD được cho là do kết quả của một sự kết hợp của nhiều yếu tố phức tạp. Gần đây một số nghiên cứu cũng tìm thấy rằng đa số các trường hợp đều dính líu tới những nguyên nhân thuộc về sinh học (biological causes).

Các nghiên cứu cho thấy những yếu tố sinh lý (physiological), chẳng hạn đa số trẻ nhỏ sinh ra từ bào thai bị nhiễm những chất liệu như rượu và thuốc phiện, hoặc những trẻ nhỏ bị dị ứng một số loại thực phẩm, bị nhiễm độc chất chì. . . là những yếu tố có thể làm phát sinh những triệu chứng ADHD về sau cho đứa trẻ [7].

Một số nghiên cứu gần đây tập trung chú ý vào những yếu tố thần kinh sinh học (neurobiological) lại nhận thấy trẻ em bị chứng ADHD có những dấu hiệu bất thường ở phần *tiền vỏ não* (prefrontal cortex), nghĩa là lượng máu trong khu vực này thường bị thiếu hụt. Các nghiên cứu khác lại phát hiện là các trẻ em bị ADHD phần lớn có các mô thần kinh trong não bộ như *caudate nucleus*, *corpus callosum*, và *globus pallidus* bị nhỏ hơn trẻ em bình thường [8].

Cũng có những nghiên cứu khác đã hỗ trợ cho vai trò của các yếu tố di truyền (genetics). Qua các cuộc kiểm tra, những con số nêu lên cho thấy thường có đến 80% những cặp sinh đôi bị những triệu chứng ADHD giống nhau, và đứa trẻ có đến 57% khả năng bị chứng ADHD khi cha hay mẹ chúng cũng đã từng bị như vậy [9].

Chữa trị các trường hợp ADHD, theo kinh nghiệm lâm sàng, chỉ có những kết quả chữa trị tạm thời chứ không có kết quả bền lâu; nói rõ hơn là khi ngưng sự chữa trị thì các triệu chứng có khuynh hướng tái xuất hiện với mức độ tương tự như trước. Phương thức chữa trị thường bao gồm sự kết hợp của dược lý và tâm lý liệu pháp.

Các loại thuốc kích thích hệ thống thần kinh trung ương (central nervous system - CNS) vẫn thường được sử dụng, như *methylphenidate* (Ritalin), *dextroamphetamine* (Dexedrine), *pemoline* (Cylert) và *d- and- amphetamine* (Adderall), để giảm thiểu sự bất ổn tinh thần.

Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, thuốc chỉ có kết quả khi đang còn trong cơ thể mà thôi, và chưa kể đến những phản ứng phụ không thuận lợi của nó. Chẳng hạn, loại thuốc giúp giảm thiểu được nhiều triệu chứng ADHD, mà hiện nay có khoảng 5-7% trẻ em tại Hoa Kỳ đang dùng, là *methylphenidate* (Ritalin) đã

gây ra nhiều tranh luận về tính hạn chế cũng như những phản ứng phụ tệ hại của nó. Trước tiên là thuốc đã không chứng tỏ có hiệu nghiệm gì cho khoảng 30% trẻ em dùng thuốc. Hơn nữa, thuốc thường gây những phản ứng phụ như làm trẻ em mất cảm giác thèm ăn, làm khó ngủ, và khó chịu bao tử. Điều quan trọng hơn nữa là nếu methylphenidate được cho sử dụng lâu dài, trẻ em sẽ bị chậm lớn [10]. Ngoài ra, một số nghiên cứu khác tìm thấy methylphenidate cũng có thể gây sự hỗn loạn của các cơ bắp, như sự chuyển động liên hồi ngoài ý muốn của tay, chân, môi, mặt... Nhất là những trẻ em đã có bệnh hội chứng Tourette (một loại bệnh làm cơ bắp rung chuyển tự động) thì không nên dùng methylphenidate [11].

Một nghiên cứu khác cũng cho biết thuốc *dextroamphetamine* (Dexedrine) sử dụng lâu dài có thể làm cho khoảng 30 đến 50% trẻ em có nguy cơ bị **chứng rối loạn ám ảnh cưỡng bức** (obsessive compulsive disorders) [12].

Nhiều hình thức tâm lý trị liệu khác nhau có thể giúp ích rất nhiều cho các trẻ em bị ADHD, tuy nhiên kết quả chỉ đạt tới một giới hạn nào đó thôi chứ không thể làm cho các em này hoàn toàn trở thành người bình thường được.

Các liệu pháp về nhận thức và hành vi thường được áp dụng để giúp trẻ em đi vào nề nếp trong mọi sinh hoạt, bao gồm ăn ngủ, vui chơi, và học hành. Liệu pháp phải có sự hợp tác toàn diện của gia đình và trường học để không có tình trạng “đầu voi đuôi chuột” và “nói một đằng làm một nẻo”. Nếu hiểu rằng chứng ADHD phần lớn là do bẩm sinh thì liệu pháp phải được áp dụng kiên trì và bền bỉ. Khi trẻ em lớn lên và nhận thức được những triệu chứng ADHD có nhiều bất lợi cho cuộc sống của mình, từ công việc đến vấn đề sinh hoạt gia đình, xã hội, thì chính chúng

lại tìm cách tự chế ngự và cải thiện dần các triệu chứng đó để cuộc sống của chúng được an bình hơn.

Tóm lại, mặc dù biết rõ tính hiệu quả ít ỏi và rất nhất thời của các thuốc giúp giảm thiểu các triệu chứng ADHD của trẻ em, khuyến khích tiếp tục cho trẻ em sử dụng thuốc vẫn càng ngày càng gia tăng ở tại nhiều nơi, và ngay cả tại Hoa Kỳ. Tại sao vậy? Có thể suy đoán rằng ngoài vấn đề lợi nhuận của các nhà bào chế thuốc, vấn đề nôn nóng, thiếu kiên nhẫn của các bậc cha mẹ, và những việc làm thiếu dẫn dắt của người thầy thuốc là những khía cạnh làm cho nhiều trẻ em bị lạm dụng thuốc. Đây là vấn đề cần ý thức rõ khi muốn giúp chữa trị cho các trẻ em bị chứng ADHD.

CHỨNG RỐI LOẠN ỨNG XỬ (Conduct Disorder - CD).

Trẻ em bị chứng rối loạn ứng xử (CD) thường có những hành vi xâm phạm quyền lợi của người khác. Những trẻ nhỏ này thường gây rắc rối cho cha mẹ, người thân trong gia đình, bạn bè, thầy giáo, và hàng xóm. Hành vi rối loạn ứng xử bao gồm những khía cạnh sau đây:

Hiếu chiến với người và súc vật: Gây hấn, đe dọa, bắt nạt, lấn áp, đánh đập, gây thương tích, hay cưỡng bức tình dục.

Gây thiệt hại tài sản cho người khác: Ăn trộm, ăn cắp, móc túi, cướp giật, đập phá, tháo gỡ, đốt cháy, vất bỏ...

Nói láo và lừa đảo: Có thói quen nói láo bất cứ chuyện dù lớn hay nhỏ với mục đích giành lợi lộc, hoặc để tránh trách nhiệm và đổ lỗi cho người khác. Lừa người khác đến chỗ sơ hở để lợi dụng, gian lận, lấy trộm hoặc để ỨC HIẾP.

Vi phạm quy định và luật lệ: Vào khoảng tuổi 13 trở lên thường trốn học, hay đi lêu lổng ngoài đường. Không vâng lời cha mẹ, và thường vi phạm quy định và nề nếp của gia đình. Có thể bắt đầu tập hút thuốc, uống rượu, và sử dụng thuốc cấm. Có khi bỏ nhà ra đi lang thang nhiều ngày.

Những hành vi rối loạn ứng xử nêu trên làm ảnh hưởng tệ hại đến mọi sinh hoạt của đứa trẻ, từ việc học hành đến việc giao du, đối xử trong gia đình và ngoài xã hội. Đứa trẻ bị rối loạn ứng xử thường có điểm thấp trong các kết quả trắc nghiệm về kiến thức và về trí xét đoán. Trên phương diện đối xử thì chúng thường không quan tâm đến quyền lợi và cảm nghĩ của người khác. Tuy vậy, chúng thường tỏ ra rất sáng kiến và nhanh nhẹn trong các việc tranh giành, khống chế người khác, hay trong cách giải quyết một số vấn đề có lợi ích riêng tư. Thực tế cho thấy phần lớn các đứa trẻ hư hỏng bị rối loạn ứng xử mặc dù học hành rất kém trong lớp học, nhưng lại tỏ ra rất thần kỳ, tài giỏi trong những việc như lừa đảo, trộm cắp, tránh né, tháo gỡ, đột nhập, v. v..

Trẻ nhỏ thường bị chứng rối loạn ứng xử bắt đầu từ 10 tuổi trở lên, nhưng cũng có thể có nhiều trường hợp sớm hơn nữa. Nếu chúng vẫn tiếp tục duy trì những triệu chứng trên cho đến tuổi 18, thì căn bệnh phải được chẩn đoán là **rối loạn nhân cách chống đối xã hội** (antisocial personality disorder).

Nguyên nhân của chứng rối loạn ứng xử được phỏng đoán là do sự kết hợp của nhiều yếu tố, trong đó những yếu tố xuất phát từ gia đình và môi trường xã hội bên ngoài là quan trọng. Những yếu tố trong gia đình như, sự nghèo túng, cha mẹ là những người nghiện ngập, phạm tội hình sự, hoặc bị bệnh tâm thần, cha mẹ thường xung khắc nhau, cha mẹ không dạy con theo nề nếp, hoặc quá chiều chuộng, thả lỏng hoặc quá ức hiếp, đánh đập, bỏ bê...

Những yếu tố ngoài xã hội bao gồm các tệ nạn xã hội, sự căm dỗ, ảnh hưởng và sức ép của bạn bè xấu...

Tuy nhiên, những ý kiến khác lại nói rằng “cha mẹ sinh con trời sinh tánh”, nghĩa là chứng rối loạn ứng xử có nguyên nhân từ những yếu tố sinh học, hay nói khác nó là hậu quả của những yếu tố đặc biệt có sẵn trong máu huyết ngay từ lúc thân xác được tạo lập. Ý kiến này nêu lên bằng chứng rằng có nhiều trẻ em được nuôi dưỡng trong những điều kiện và cảnh ngộ rất bất lợi nhưng không phải đứa nào cũng trở thành những đứa trẻ hư hỏng; ngược lại, có nhiều đứa trẻ tuy sống trong những môi trường giáo dục và nuôi dưỡng đầy đủ và tốt đẹp của gia đình và xã hội nhưng rút cuộc vẫn trở thành những đứa trẻ hư hỏng.

Dù sao, nguyên nhân của chứng rối loạn ứng xử vẫn là một sự kết hợp phức tạp, khó có thể giải thích được của những yếu tố vừa bẩm sinh thuộc về sinh hóa cơ thể và vừa thuộc về môi trường nuôi dạy của gia đình và xã hội.

Chữa trị trẻ em bị rối loạn ứng xử bằng sự phối hợp của liệu pháp hành vi và liệu pháp gia đình là phổ thông nhất. Liệu pháp hành vi nhắm vào việc loại bỏ dần hay làm giảm thiểu những hành vi xấu bằng các hình thức thưởng phạt có cân nhắc theo một chương trình và thời biểu có sắp đặt rõ ràng. Liệu pháp gia đình là giúp cha mẹ hiểu rõ chứng tật và cùng thảo ra kế hoạch và biện pháp để đưa dần đứa trẻ vào những khuôn khổ mong đợi mà ít gây sự chống đối và phản uất cho đứa trẻ. Thêm vào đó, có thể áp dụng trị liệu nhóm cho các trẻ rối loạn ứng xử. Chẳng hạn một nhóm từ 5-10 em có cùng tuổi tác hoặc cách nhau tối đa là 3 tuổi cùng ngồi lại dưới sự hướng dẫn của một chuyên viên tâm lý xã hội theo định kỳ để cùng thảo luận những vấn đề cần thiết có liên quan đến căn bệnh. Sự chữa trị được thực hiện càng sớm càng dễ có kết quả tốt.

Đôi khi một số trẻ cũng cần đến được lý trị liệu để giúp ổn định tinh thần và tăng giấc ngủ vì trẻ em bị chứng rối loạn ứng xử thường có các triệu chứng kèm theo của các bệnh trầm cảm, lo âu, hay ADHD.

Đối với số trẻ có nhiều thành tích phá rối và vi phạm mà những phương cách trị liệu thông thường không mang lại kết quả nào thì bước kế tiếp là đưa vào các trung tâm chữa trị có tính chuyên môn cao hơn.

CHỨNG RỐI LOẠN CHỐNG ĐỐI

(Oppositional Defiant Disorder - ODD)

Chứng rối loạn chống đối (ODD) là một hình thức nhẹ hơn của chứng rối loạn ứng xử (CD). Những trẻ em bị chứng ODD thường không nghe lời và hay cãi lại người lớn, tính khí rất dễ bất bình, dễ nổi nóng, dễ hờn giận, và sẵn sàng hơn thua với người khác khi cảm thấy mình bị thiệt hại. Chúng thường chống lại những yêu cầu và quy định của cha mẹ, quấy nhiễu và hay đổ thừa mọi lỗi lầm và sai trái cho người khác.

Đứa trẻ bị chứng ODD thường có thể gặp nhiều khó khăn trong học hành và trong quan hệ với bạn bè và thầy cô. Những triệu chứng của ODD thường bắt đầu khi đứa trẻ lên 8 và phải kéo dài ít nhất là 6 tháng. Điều này dùng để phân biệt với những trường hợp đứa trẻ đột nhiên thay đổi tính khí vì đang bị một bệnh tật gì đó, chẳng hạn bị bệnh trầm cảm hay lo âu. Phần lớn con trai bị chứng này nhiều hơn con gái.

Ngoài ra, đối với những trẻ nhỏ có tính khí bất chột và nóng nảy, ưa quấy phá, dễ cáu gắt, khó nghe lời người lớn, thích gây sự, nhưng so ra những triệu chứng này vẫn còn ở mức độ nhẹ hơn

chứng ODD và chứng CD thì có thể xếp vào loại trẻ em bị chứng **rối loạn quấy nhiễu** (disruptive behavior disorder - **DBD**).

Tóm lại, cả ba loại CD, ODD, và DBD có những tính chất tương tự nhau, nhưng mức độ trầm trọng thì khác nhau. Các hình thức tâm lý liệu pháp cho các chứng CD, ODD, và DBD cũng tương tự như nhau.

CÁC CHỨNG RỐI LOẠN HỌC TẬP **(Learning Disorders - LD)**

Trẻ em có học lực sút kém thường là do hậu quả của nhiều vấn đề, như trí tuệ bẩm sinh bị chậm phát triển, các bệnh hoặc tật nguyên (thị giác, thính giác kém...) làm cản trở việc học hành, hoặc không có cơ hội học hành tốt vì hoàn cảnh khốn khó của gia đình, vì những yếu tố bất lợi thuộc về vị trí địa dư, môi trường văn hóa và xã hội, vì tình trạng kém cỏi của người dạy, v.v... Tuy nhiên, chứng rối loạn học tập là một chứng bệnh không phải do nguyên nhân xuất phát từ những vấn đề đã nêu trên, mặc dù, theo sách DSM, trẻ bị chứng rối loạn học tập cũng đồng thời có thể bị bệnh trí tuệ chậm phát triển.

Sách DSM định nghĩa *rối loạn học tập* là *một chứng bệnh gây ra sự sút kém rất rõ rệt trong việc học hành*. Sự sút kém này là căn cứ trên kết quả của các cuộc trắc nghiệm về khả năng đọc, viết, và làm toán tính theo tuổi tác, học lực, trí thông minh. Sự sút kém này biểu hiện qua sự khác biệt rõ ràng giữa mức độ thành tựu trong học tập và *chỉ số thông minh IQ*. Nói rõ hơn, chỉ số thông minh và khả năng học tập của trẻ LD thường cách nhau ít nhất là 2 bậc tính theo *độ lệch chuẩn* (standard deviations - **SD**) trên đồ biểu (Ví dụ, lấy SD trung bình là 100 điểm và cứ 10 điểm là 1 bậc, khi trắc

nghiệm IQ cá nhân được 120 điểm, nhưng qua trắc nghiệm về sức học cá nhân chỉ có từ 100 điểm trở xuống; vậy là cách nhau 2 bậc).

Nguyên nhân gây ra chứng rối loạn học tập vẫn chưa được biết rõ. Các chuyên gia tâm thần vẫn tin rằng nó có thể là một sự kết hợp của nhiều yếu tố. Một số gợi ý cho rằng những yếu tố thuộc về *sinh học bẩm sinh* (biological predisposition), nói rõ hơn là cấu trúc não bộ của đứa trẻ có những vấn đề bất thường, hoặc là hệ thống thần kinh trung ương bị những khiếm khuyết, hư hỏng nào đó làm cho đứa trẻ mất khả năng chú ý và ghi nhớ. Những ý kiến khác phỏng đoán rằng nguyên nhân của chứng rối loạn học tập là do sự thiếu dinh dưỡng, thiếu chất sắt trong máu, dị ứng thực phẩm, hay cơ thể bị nhiễm độc...

Ước tính có khoảng 20% trẻ em vì các chức năng phát triển và sinh hoạt của não bộ bị rối loạn khiến cho khả năng học tập của chúng bị rối loạn [13]. Chứng rối loạn học tập thường có ở trẻ em nam nhiều hơn nữ.

Chứng rối loạn học tập được thể hiện dưới ba khía cạnh, bao gồm *rối loạn đọc* (reading disorder), *rối loạn viết* (written expression disorder), và *rối loạn tính toán* (mathematics disorder). Có thể đánh giá các triệu chứng này, thích hợp nhất là vào thời gian trẻ em từ lớp hai trở lên, bằng các mẫu trắc nghiệm trí thông minh tổng quát, phối hợp với các bản trắc nghiệm trí thông minh trong các lãnh vực chuyên biệt. Sự khác biệt giữa chỉ số thông minh IQ và các chỉ số ghi nhận được trong thực hành về đọc, viết và làm toán chính là cơ sở để đánh giá các triệu chứng rối loạn học tập của đứa trẻ.

Rối loạn đọc, gọi theo từ chuyên môn là *chứng đọc sai* (dyslexia), là không nhận ra được các chữ viết, nhất là các chữ có lối đánh vần khó, và không hiểu được ý nghĩa của nhiều từ. Trẻ em

bị chứng này thường hoặc là ngập ngừng, bỏ qua, hoặc sửa đổi chữ khi đọc (ví dụ, thay chữ “tay” thành “chân”). Rối loạn viết thể hiện trên các hình thức như đánh vần sai, cấu trúc câu văn lộn xộn, từ ngữ đảo lộn, câu văn gãy đổ hoặc không chấm dứt đúng chỗ. Rối loạn tính toán là không có khả năng hiểu được các nguyên tắc của toán học. Rối loạn này biểu hiện rõ nhất khi trẻ em bắt đầu từ lớp ba trở lên.

RỐI LOẠN GIAO TIẾP VÀ VẬN ĐỘNG PHỐI HỢP

(Communication and Motor Coordination Disorders)

Rối loạn khả năng giao tiếp được thể hiện trên nhiều hình thức. Thứ nhất là cách *phát* âm sai (phonological disorder). Ngoại trừ trẻ mới tập nói, nhiều trẻ em đến tuổi đi học vẫn còn nói chót. Trong số này cũng có một số em mãi cho đến tuổi 17, 18 vẫn tiếp tục phát âm nhiều chữ không đúng. Thứ hai là bị chứng *rối loạn ngôn ngữ diễn đạt* (expressive language disorder). Trẻ em bị chứng này thường không tìm ra chữ để diễn tả ý nghĩ của mình, chậm chạp trong lời nói, và khó học được những từ ngữ mới. Thứ ba là chứng *rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận và diễn đạt* (mixed receptive/expressive disorder). Do có sự khó khăn cả hai vấn đề tiếp nhận và diễn đạt ngôn ngữ nên cá nhân thường nói lặp đi lặp lại và phát biểu ngập ngừng căng thẳng.

Một vấn đề khác, do khả năng chưa đạt tới sự quán triệt ngôn ngữ bình thường của trẻ nhỏ (normal childhood dysfluency), những trẻ em, từ 2 đến 7 tuổi, thường bị tật *nói cà lăm* (stuttering) thì vấn đề này được các chuyên viên tâm lý cho là chuyện bình thường. Nhưng nếu chứng tật ấy cứ tiếp diễn lâu dài, vượt qua quá xa khoảng tuổi ấy thì rõ ràng đây là vấn đề không bình thường.

Theo thống kê, phần lớn trẻ em đến khoảng tuổi 16 là không còn bị tật nói cà lăm nữa.

Rối loạn khả năng vận động phối hợp là tình trạng vụng về, chậm chạp hay trì hoãn trong nhiều động tác vận động cơ thể; chẳng hạn đứa trẻ luôn có tư thái chậm chạp lúc đi, ngồi, lúc đánh máy chữ, gài khuy nút, cột giày, v.v... Ở mức độ tệ hơn thì có thể đứa trẻ không tháo ráp được các đồ chơi đơn giản, hay không thể đánh kiện, đánh banh, hay không viết chữ được rõ ràng. Để chẩn đoán, trước tiên những triệu chứng trên phải là nguyên nhân thật sự cản trở trầm trọng cho khả năng học hành và mọi sinh hoạt hằng ngày của đứa trẻ. Ngoài ra, những triệu chứng trên không phải là do hậu quả của các bệnh của cơ thể, hay do bệnh trí tuệ chậm phát triển, hoặc vì một bệnh tâm thần nào khác.

NHỮNG TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN MÃN ĐỜI

Hầu hết các chứng tật của trẻ em vừa nói ở trên đều do bẩm sinh hoặc do môi trường sống, hoặc do sự kết hợp của cả hai. Trong số các loại bệnh tật này, ngoài một số có thể trở thành mãn tính (chronic), phần lớn còn lại là những bệnh có thể thuyên giảm hoặc hồi phục theo thời gian nhờ vào những điều kiện giáo dục, nuôi dưỡng, và chữa trị lâu dài cho đứa trẻ.

Tuy nhiên, trẻ em cũng có một số chứng bệnh có khuynh hướng rất kiên trì, dai dẳng, bền vững và khó thuyên giảm; hay nói khác là những chứng bệnh mang tính chất mãn đời (life-long illnesses). Tiêu biểu trong số này là những bệnh có từ lúc trẻ mới sinh ra như *bệnh trí tuệ chậm phát triển* (mental retardation - MR) và những loại bệnh thuộc về *rối loạn phát triển lan tỏa* (pervasive developmental disorders - PDD).

Mặc dù nhiều biện pháp đã được áp dụng để chữa trị cho những căn bệnh nêu trên, nhưng kết quả mang lại thường rất

hạn chế. Sự chữa trị có thể giúp gia tăng một vài khả năng trong sinh hoạt thường nhật của người bệnh, mà không làm sao thay đổi được mức độ và tính chất trầm trọng của chứng bệnh. Nói cách khác, những biện pháp giúp đỡ có thể làm cá nhân thích ứng tốt đẹp hơn với môi trường sống, tạo được nhiều kết quả hơn trong cách ứng xử và giao tiếp của cá nhân người bệnh đối với thế giới bên ngoài, nhưng sự chữa trị không thể nào đảo ngược được các khuôn mẫu và bản chất của căn bệnh.

Trị liệu cho những trẻ em bị bệnh chậm phát triển trí tuệ và bệnh rối loạn phát triển lan tỏa bao gồm việc tạo nhiều cơ hội cho trẻ biết cách tự chăm sóc, hiểu và diễn tả được cảm xúc và ý nghĩ của mình càng nhiều càng tốt, phát triển cách thức giao tiếp và quan hệ với người khác, và có thể làm được một số công việc đơn giản, không đòi hỏi phải có sự tài khéo.

Các trẻ em này cần phải được đưa vào các cơ sở và trường có những phương pháp giáo dục đặc biệt (special education), và cha mẹ cũng như thân nhân trong khung cảnh gia đình cũng phải được huấn luyện để biết cách chăm sóc và cư xử theo những khuôn mẫu thích hợp cho sự phát triển mọi khả năng của đứa trẻ bị bệnh.

Dinh dưỡng đầy đủ theo hướng dẫn của bác sĩ cũng là vấn đề rất quan trọng để cải thiện tính cách phát triển thể chất bẩm sinh bất bình thường của các trẻ em này. Cũng có những trường hợp một số trẻ em cần phải chữa trị bằng một số thuốc tâm thần để giảm thiểu các triệu chứng trầm cảm, căng thẳng, kích động, co giật, ám ảnh

I- BỆNH TRÍ TUỆ CHẬM PHÁT TRIỂN (MR)

Theo sách DSM, để chẩn đoán bệnh trí tuệ chậm phát triển, cá nhân phải có ba vấn đề sau đây: (a) chỉ số thông minh IQ phải từ 70 trở xuống (100 là chỉ số trung bình); (b) sự chậm lụt hoặc ngưng trệ phải thể hiện ít nhất trên 3 khía cạnh, bao gồm các khả năng học hỏi, giao tiếp, và tự chăm sóc bản thân; (c) bệnh phải bắt đầu trước 18 tuổi.

Thông thường, chỉ có thể phát hiện được bệnh trí tuệ chậm phát triển khi các khả năng phát triển về *tri giác* (cognition) và *vận động* (motor) của đứa trẻ đã lộ rõ những dấu hiệu chậm chạp và trì hoãn. Tuy nhiên, cũng vẫn có những dấu hiệu khác biệt ngay từ tấm bé có thể phát hiện được nếu người thân hay chuyên viên có sự chú tâm quan sát. Chẳng hạn, đứa trẻ thường rất chậm chạp, đồ dãn, và thụ động trong mọi cử chỉ, từ ăn uống, đi đứng, đến nói năng, v.v... Bệnh chậm phát triển trí tuệ được phân ra làm 4 mức độ:

Mức độ nhẹ

Những trẻ em bị chậm lụt trí tuệ ở mức độ nhẹ thường có chỉ số thông minh IQ từ 55 đến 70. Số trẻ loại này chiếm đến khoảng 85% trên tổng số các trẻ em bị bệnh chậm phát triển trí tuệ. Ban đầu trẻ không tỏ ra có gì khác hơn những đứa trẻ bình thường, nhưng càng lớn lên, vào khoảng tuổi lớp 6 hay 7, sức học cũng như các khả năng quan hệ và giao tiếp của trẻ dần dần trở nên sút kém và chậm lụt rõ rệt và, do đó, hầu hết phải ngưng đường học vấn.

Tóm lại, cá nhân có trí tuệ chậm phát triển ở mức độ nhẹ, mặc dù không có sức học cao và chỉ có khả năng làm những công việc ít đòi hỏi sự tài khéo, nhưng vẫn có thể có một cuộc sống độc lập, không cần sự giúp đỡ của người khác.

Mức độ vừa

Chỉ số thông minh IQ ở mức độ vừa nằm trong khoảng 40 đến 55. Trẻ em ở loại này chiếm khoảng 10% trên tổng số những người có trí tuệ chậm phát triển. Sức học các em thường chỉ ngang lớp 2 trở xuống, và trong cuộc sống hằng ngày chúng cần có sự giám sát, hướng dẫn trong mọi việc. Trẻ em loại này chỉ có thể làm những việc rất đơn giản, do đó, chúng không thể tự thực hiện một cuộc sống hoàn toàn độc lập được, mà phải có sự giúp đỡ của người khác trên nhiều phương diện.

Mức độ nặng

Chỉ số thông minh IQ ở mức độ nặng là vào khoảng từ 25 đến 40. Khoảng 3% trẻ em ở mức độ nặng trong tổng số trẻ em bị trí tuệ chậm phát triển. Trẻ em loại này có sự hạn chế rõ rệt trong khả năng vận động cơ thể và khả năng phát biểu. Trẻ có thể tập nói được một số câu sơ sài và học được vài cách đơn giản để biết làm vệ sinh cho cơ thể. Ở tuổi trưởng thành, những cá nhân này có thể làm được một số công việc đơn giản, nhưng vẫn phải có sự giám sát thường trực của người khác.

Mức độ sâu rộng

Chỉ số thông minh IQ ở mức độ sâu rộng là từ 25 trở xuống. Khoảng 1 đến 2% trẻ em chậm phát triển trí tuệ nằm trong loại này. Mức độ sâu rộng cho thấy sự giới hạn trầm trọng các chức năng của các cơ quan vận động và cảm giác; do đó, phải có sự chăm sóc và giám sát chặt chẽ (24/24 giờ) cho các cá nhân loại này. Phần lớn trẻ phải được nuôi dưỡng trong các nơi có đầy đủ điều kiện và tiện nghi để có sự quan sát, giúp đỡ trực tiếp và kịp thời.

Nguyên nhân của bệnh chậm phát triển trí tuệ

Nguyên nhân của bệnh chậm phát triển trí tuệ phần lớn được phát hiện qua những yếu tố sinh học của cơ thể và những yếu tố thuộc về môi trường, hoặc là sự kết hợp của nhiều yếu tố khác nhau thuộc cả hai lãnh vực thể chất và môi trường.

Những yếu tố sinh học của cơ thể bao gồm nhiều vấn đề như các nguyên nhân do sự kế thừa (inherited causes), những thay đổi của nhiễm sắc thể (chromosomal changes), sự tổn thương trong thời kỳ thai nghén (prenatal injury) hay trong thời kỳ sinh nở (perinatal period), và cũng có thể do những điều kiện y tế và vệ sinh ở tuổi ấu thơ (medical conditions of infancy).

Một số nguyên nhân từ các yếu tố sinh học kế thừa có thể kể ra như:

- Trẻ em bị **bệnh Down** thường kèm theo bệnh chậm phát triển trí tuệ. Bệnh Down là do sự hỗn loạn của các nhiễm sắc thể vào lúc tinh trùng của đàn ông và trứng của đàn bà được giao hợp. Bình thường tế bào của con người chứa 46 nhiễm sắc thể, nhưng người bị bệnh Down, vì một lý do nào đó, lại có đến 47 nhiễm sắc thể. Đó là lý do tại sao vào lúc trứng thụ thai, nhiễm sắc thể của đứa trẻ bị bệnh Down không thể chia thành 23 cặp đồng đều (homologous) (đồng đều có nghĩa là mỗi cặp nhiễm sắc thể phải có sự trùng lặp rất chính xác với nhau). Nói cách khác, đứa trẻ bệnh Down có 3 nhiễm sắc thể ở cặp thứ 21, tức là có 1 nhiễm sắc thể bị dư thừa ở cặp này. Vì thế bệnh Down cũng thường được gọi là **bệnh tam nhiễm thể 21** (Trisomy- 21).
- Bệnh **Phenylketonuria (PKU)** là một khuyết tật bẩm sinh do thiếu enzyme (như là một chất xúc tác) cần thiết để oxide hóa *phenylalanine* (một loại amino acid có trong

thực phẩm chứa protein). Lúc mới sinh, đứa trẻ không bị thiệt hại gì, nhưng nếu không phát hiện để chữa trị, tình trạng chuyển hóa bất thường này sẽ làm thiệt hại hệ thống não bộ, khiến đứa trẻ bị bệnh chậm lụt tâm trí. Sự chữa trị không có gì rắc rối, nhưng phải bắt đầu thật sớm sau khi sinh. Đứa trẻ chỉ cần dùng những loại thực phẩm chứa rất ít số lượng phenylalanine thì không bị ảnh hưởng gì đến sự phát triển trí thông minh.

- Bệnh *Tay- Sachs* cũng do một cặp *gene lặn* (recessive genes) tạo ra sự rối loạn chức năng chuyển hóa chất béo *lipid*, theo đó số lượng lipid tích tụ quá nhiều trong não bộ khiến đứa trẻ bị mù và bị ngưng trệ sự phát triển của trí tuệ và có thể đi đến tử vong.

Sau hết, bệnh chậm phát triển trí tuệ của trẻ em cũng có thể bắt nguồn từ những nguyên nhân thuộc về môi trường sống, khởi đầu từ trong bào thai, hay vào thời điểm đứa bé sinh ra. Những nguyên nhân này có thể là do bào thai bị nhiễm các loại siêu vi độc hại (chẳng hạn như HIV), hay bào thai quá thiếu dinh dưỡng, hay não bộ của thai nhi bị thương tổn vì một tai nạn nào đó, hoặc đứa trẻ quá thiếu tháng khi sinh ra. Sau khi sinh ra cũng có những nguy cơ khác làm chậm lụt sự phát triển trí tuệ của đứa bé; chẳng hạn, nguy cơ do các loại nhiễm độc gây ra các bệnh viêm màng não (meningitis), bệnh viêm não (encephalitis), bệnh ngộ độc chất chì (lead poisoning), hay bệnh do suy dinh dưỡng.

II- CÁC BỆNH RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN LAN TỎA (PDD)

Đây là một loại bệnh mà người xưa thường gọi là bệnh tâm thần phân liệt trẻ em (childhood schizophrenia) vì nó có tình trạng tương tự như những triệu chứng loạn thần của người lớn. Gần đây, sách DSM- IV đã chính thức đặt tên bệnh là **rối loạn phát triển lan tỏa (PDD)** và phân ra làm 5 tiểu loại, gồm có **bệnh tự kỷ** (autism), **hội chứng Rette** (Rette's syndrome), **hội chứng Asperger** (Asperger's syndrome), **bệnh rối loạn phân rã tuổi trẻ** (childhood disintegrative disorder), và **bệnh rối loạn lan tỏa không biệt định** (PDD- NOS).

Rối loạn phát triển lan tỏa cũng còn được gọi là **bệnh rối loạn phổ tự kỷ** (Autism Spectrum Disorders - ASDs). Trong phiên bản DSM- V, nhóm bệnh này lại được gộp chung lại, nghĩa là căn cứ trên tình trạng nặng nhẹ và sự khác biệt của các triệu chứng tự kỷ chứ không phân tích ra thành 5 tiểu loại bệnh như DSM- IV đã làm.

Theo ý tác giả, cho dù sự chữa trị đối với các dạng khác nhau của bệnh rối loạn phát triển lan tỏa không có gì khác biệt mấy, nhưng nhìn nhận và phân tích được các khía cạnh và triệu chứng khác nhau giữa các loại dạng đó trong cùng một nhóm bệnh vẫn là điều cần thiết đối với chuyên viên. Do đó, sự phân chia bệnh rối loạn phát triển lan tỏa ra làm 5 loại dạng khác nhau vẫn là điều tất cần thiết.

Bệnh tự kỷ

Trẻ em bị bệnh tự kỷ biểu hiện sự bất thường rộng lớn trong mọi chức năng sinh hoạt, bao gồm các khả năng hạn chế của trí tuệ, vận động cơ thể, ngôn ngữ, tiếp xúc và quan hệ với xã hội, và bất thường trong cử chỉ, hành vi. Tuy nhiên, về mặt phát triển thể chất thì chúng không có những biểu hiện bất thường nào. Tự

trung, tiêu chuẩn chẩn đoán cần phải hội đủ cả 3 lãnh vực: *bất thường trong quan hệ giao tiếp, bất thường trong ngôn ngữ, và bất thường trong hành vi.*

Trong quan hệ giao tiếp, trẻ em bị bệnh tự kỷ tỏ ra rất thờ ơ hững hờ và không quan tâm tới người ngoài, cảm xúc rất cùn mòn tới độ vô cảm, không biểu lộ được sự đồng cảm với đối tượng giao tiếp, và không thể hiện được những cử chỉ có ý nghĩa.

Về ngôn ngữ, trẻ em bị bệnh tự kỷ thường rất chậm biết nói, từ ngữ rất thiếu thốn và thường không nghĩ ra được từ ngữ để phát biểu, đôi khi phải lặp đi lặp lại một lời nói và sử dụng những từ kỳ cục, đối đáp không ăn khớp.

Cử chỉ và hành vi cũng rất vụng về, lặp đi lặp lại những cử chỉ, điệu bộ hay việc làm đến độ nhàm chán, và thường không có vẻ thích thú, quan tâm điều gì, hoặc chỉ quan tâm tới duy nhất một khía cạnh nào đó mà bỏ qua toàn bộ các khía cạnh khác của sự vật hay sự việc.

Tóm lại, trẻ em bị bệnh tự kỷ thường không cười, không nói, không nhìn ai chăm chú, không thích gần gũi, hay ôm ấp. Lời nói của trẻ thường nghèo nàn, không thích hợp, có *tật nhái lại* (echolalia) những chữ hoặc lời người khác nói ra, và thường nói ngược chủ từ (ví dụ, thay vì nói “tôi” lại dùng chữ “anh”). Trẻ tự kỷ không có khuynh hướng kết bạn và không quan tâm đến những người chung quanh, cũng như phong tục, tập quán của xã hội, nhưng trẻ lại có vẻ rất bận rộn, ám ảnh và bị cuốn hút với một số đồ chơi đơn giản, hay đồ vật quen thuộc và thường phản ứng dữ dội với mọi sự thay đổi, nếu có, chung quanh cuộc sống của mình.

Những dấu hiệu bệnh thường xuất hiện ngay sau khi sinh hay trong những thời gian trước khi đứa bé được 3 tuổi. Trung bình có khoảng 2 đến 5 trường hợp bệnh tự kỷ trong số 10 ngàn trẻ em

trên toàn thế giới, và số con trai bị bệnh khoảng 4 đến 5 lần hơn con gái. Hầu hết trẻ em bị bệnh tự kỷ có chỉ số thông minh IQ dưới mức trung bình, và khoảng 75% trong số này có kèm theo bệnh chậm phát triển trí tuệ [14].

Nhưng điều kỳ lạ là có một số ít trẻ tự kỷ lại có khả năng của một **thần đồng** (prodigy) trong các lĩnh vực như toán học, hội họa, âm nhạc, điêu khắc, hoặc có em có loại **trí nhớ học vẹt** (rote memory) ngoại hạn, tức là có thể đọc lại suôn sẻ một bài văn dài sau khi nghe hay đọc qua chỉ một lần, mặc dù không hiểu được nội dung và ý nghĩa của nó.

Nguyên nhân gây ra bệnh tự kỷ vẫn chưa được kết luận. Trước đây có những ý kiến cho rằng bệnh tự kỷ của trẻ em lệ thuộc vào những yếu tố như chủng tộc, tôn giáo, giai tầng xã hội, sự nuôi dạy, những cá tính đặc biệt của cha mẹ, v.v..., nhưng kết quả của nhiều cuộc nghiên cứu đã cho thấy các ý kiến nêu trên đều không có đủ bằng chứng cụ thể để thuyết phục. Những ý kiến khác cho rằng những yếu tố đặc biệt thuộc về hệ thần kinh và cấu trúc của não bộ là nguyên nhân của bệnh tự kỷ. Đó là do các chất dẫn truyền thần kinh trong não bộ không cân bằng, hay do sự phát triển bất thường của các thùy não. Có ý kiến khác nói rằng trẻ em bị bệnh tự kỷ vì người mẹ đã bị bệnh sởi gọi là “rubella” trong thời kỳ mang thai, hay lúc sinh đẻ bị biến chứng.

Dù chưa kết luận được, nhưng các cuộc kiểm tra sau này cho thấy yếu tố di truyền đóng vai trò không kém phần quan trọng trong nguyên nhân của bệnh, khi tìm thấy rằng những cặp sinh đôi đồng hợp tử (cùng trứng) thường có số lượng cùng bị bệnh cao hơn những cặp sinh đôi dị hợp tử (hai trứng).

Như đã nói, mặc dù trẻ em bị bệnh tự kỷ có những hành vi giống như người lớn bị tâm thần phân liệt, nhưng bệnh tự kỷ rõ

ràng không phải là tâm thần phân liệt vì trẻ em bị bệnh này không có những triệu chứng *hoang tưởng* (delusions) và/hoặc là *ảo giác* (hallucinations). Ngoài ra, bệnh xuất hiện từ tuổi ấu thơ và bệnh không có nhiều khả năng hồi phục như bệnh tâm thần phân liệt. Tuy nhiên, tùy theo mức độ bệnh nặng nhẹ, những trẻ em bị bệnh tự kỷ ở mức độ nhẹ càng ngày càng có thể có khả năng học hỏi và sinh hoạt tiến triển tốt đẹp dần nếu chúng được nuôi dạy và huấn luyện trong những điều kiện kiên trì và chuyên chú.

Hội chứng Rette

Hội chứng Rette là loại bệnh hiếm hoi hơn so với bệnh tự kỷ và thường xảy ra cho con gái nhiều hơn là con trai. Đứa bé sơ sinh thoát đầu không có dấu hiệu gì cho thấy là bất thường, nhưng đến thời gian sau, có thể từ 6 tháng cho tới trước 4 tuổi, những dấu hiệu trì hoãn hay ngưng đọng càng ngày càng hiện rõ trong các chức năng phát triển của cơ thể. Những dấu hiệu ban đầu có thể thấy rõ là đầu đứa trẻ cứ nhỏ lại vì không được phát triển và tay chân không có những chuyển động bình thường; thay vào đó bàn tay cứ uốn vặn liên tục và do đó không thể cầm vững vật gì. Tình trạng đình trệ sức phát triển càng ngày càng trở nên trầm trọng khiến đứa trẻ không thể có những chuyển động, đi đứng, và điều bộ bình thường. Đứa trẻ càng trở nên dù dẩn, mất khả năng ngôn ngữ trên cả hai mặt tiếp thu và diễn đạt, và rất thờ ơ với mọi quan hệ, giao tiếp.

Hội chứng Asperger

Hội chứng Asperger cũng là một loại bệnh hiếm hoi. Các triệu chứng của nó cũng giống như bệnh tự kỷ, nghĩa là cá nhân cũng bị những rối loạn và hụt hẫng trong nhiều lãnh vực thuộc về hành

vì, cử chỉ, quan hệ, hoạt động thường nhật như cá nhân bị bệnh tự kỷ, nhưng chỉ có một điều khác là trẻ em bị hội chứng Asperger, nhất là trong thời gian 3 năm đầu tiên, đã không tỏ ra bị chậm lụt và trì trệ trong lãnh vực phát triển các chức năng của tri giác và ngôn ngữ. Càng về sau, đứa trẻ vẫn có khả năng tiếp thu và diễn đạt ngôn ngữ, có thể tự chăm sóc bản thân, và cũng quan tâm tới môi trường sống chung quanh, mặc dù những cử chỉ, dáng điệu, ánh mắt, nét mặt thể hiện rất rõ nét tính chất bất thường, cũng như không tỏ ra quan tâm, nồng ấm, thích thú, đáp ứng và chia sẻ với các mối quan hệ đang có.

Vì tính cách khác biệt đòi hỏi phải có sự nhận xét tinh tế, nên có một số chuyên gia đề nghị là nên xếp hội chứng Asperger chung vào loại bệnh rối loạn phát triển lan tỏa không biệt định (PDD- NOS) (sẽ nói ở bên dưới). Tóm lại, hội chứng Asperger là bệnh thường xảy ra cho con trai. Hội chứng Asperger không quá trầm trọng như bệnh tự kỷ, và khi trưởng thành cá nhân có rất nhiều khả năng làm việc như người bình thường và có cuộc sống tự lập.

Bệnh rối loạn phân rã tuổi trẻ

Loại bệnh này cũng rất hiếm so với bệnh tự kỷ, nhưng lại nguy hiểm và trầm trọng. Nó xảy ra giống như hội chứng Rette, nghĩa là trong hai năm đầu sau khi sinh ra, đứa trẻ chưa có những dấu hiệu gì khác biệt. Chính vì thế nó lại được xem là khác với bệnh tự kỷ vì bệnh tự kỷ có thể xuất hiện ngay trong năm đầu tiên sau khi sinh ra. Theo các phân tích thì sau vài năm đầu (nhưng phải trước 10 tuổi) trong khi mọi phát triển đang tỏ ra bình thường, trẻ em bị rối loạn phân rã đột nhiên có dấu hiệu đình trệ trong một số, ít nhất là trong hai lãnh vực ngôn ngữ và giao tiếp. Trẻ mất

khả năng tiếp thu và diễn đạt ngôn ngữ, mất khả năng giao tiếp và thích ứng với môi trường, khả năng vận động và chơi đùa bình thường, và không điều khiển được tiểu và đại tiện.

Rối loạn phát triển lan tỏa không biệt định (PDD- NOS)

Một số bệnh thuộc loại rối loạn phát triển được gọi là *không biệt định* (not otherwise specified - NOS) vì chúng có những triệu chứng chung chung và thường không ở mức trầm trọng như các bệnh có những đặc tính riêng biệt đã được nêu ra ở trên. Nói rõ hơn, khi cá nhân mặc dù có dấu hiệu bất thường về các chức năng phát triển, nhưng những triệu chứng vừa không đặc trưng lại vừa không có đủ những tiêu chuẩn để chẩn đoán cho các dạng bệnh của tự kỷ, hội chứng Rette, hội chứng Asperger, v.v... thì những trường hợp này có thể xếp vào loại rối loạn phát triển lan tỏa không biệt định.

CÁC LOẠI BỆNH KHÁC CỦA TRẺ EM

Có một số hiện tượng bệnh của trẻ em chỉ có thể quan sát được qua những hình thức rối loạn, suy yếu, hoặc hư hỏng chức năng sinh hoạt của một hay nhiều bộ phận nào đó trên thân thể. Trước đây, những triệu chứng này được xem là những chứng tật tự nhiên của thể chất, nhưng về sau này các giới chuyên môn thường chữa trị chúng theo những phương pháp và kỹ thuật tâm lý. Nguyên nhân nào gây ra các chứng tật này thì vẫn chưa rõ, nhưng kinh nghiệm cho thấy một số trường hợp bệnh có những liên hệ mật thiết với các yếu tố tâm lý và môi trường. Chẳng hạn, tật đái dầm của trẻ em thường trở nên tồi tệ hơn vào những lúc tâm trạng trẻ bị căng thẳng, lo âu, hay hoảng sợ. Tuy nhiên, cũng có những triệu chứng rối loạn khác lại không tỏ ra có liên hệ gì đến yếu tố tâm lý hay môi trường, như tật nhai lại thức ăn của trẻ em... Để khảo sát chi tiết hơn, có thể liệt kê một số loại bệnh như sau:

Bệnh rối loạn ăn uống trẻ em

(feeding and eating disorder in infancy and early childhood)

Đây là chứng tật thường xảy ra cho trẻ em từ khoảng một đến ba tuổi và đôi khi kéo dài hơn. Trẻ em bị chứng tật này luôn luôn không chịu ăn và kết quả là cơ thể thiếu trọng lượng và kém phát triển. Để chẩn đoán cho chứng tật này, cần theo dõi đứa trẻ liên tục trong ít nhất là 1 tháng, và phải loại bỏ các trường hợp trẻ không chịu ăn vì bị bệnh, hoặc thể chất hoặc tinh thần, hay do sự nuôi dưỡng bỏ bê, lơ là hoặc vì tình trạng thiếu hụt thức ăn. Thông thường chứng tật được dần dần hồi phục khi trẻ lớn lên, nhưng cũng có một số trường hợp sự rối loạn ăn uống gây ra nguy cơ suy dinh dưỡng hay cái chết cho đứa trẻ.

Tật ăn bậy (pica)

Đứa trẻ mắc tật ăn bậy không phải vì bị thiếu ăn, nhưng có khuynh hướng thích ăn những thứ vật dụng kiếm được như lá cây, đất, vôi vóc, sơn, giấy, đèn cây, v.v... Chứng tật này bắt đầu vào khoảng một đến hai tuổi và có thể kéo dài đến vài năm sau. Hiếm có trường hợp nào kéo dài đến tuổi thành niên. Tình trạng phải kéo dài tối thiểu một tháng liên tục mới xác định được chứng tật. Tật ăn bậy là chứng bệnh hiếm xảy ra và chỉ thường phát hiện nơi một số trẻ em bị bệnh chậm phát triển trí tuệ.

Tật nhai lại (rumination)

Một số trẻ sơ sinh, khoảng từ ba tháng đến một năm, bị chứng ợ thức ăn ra miệng để nhai lại, rồi nhổ ra hoặc nuốt lại một phần nhưng không bị buồn nôn. Tật này không phải do trẻ bị các loại bệnh bao tử hay những yếu tố sinh lý hư hỏng nào. Sự ợ ra và nhai lại thức ăn có thể là một khuynh hướng tự nhiên, một việc

làm tạo ra cảm giác dễ chịu và thích thú của đứa trẻ. Trong nhiều trường hợp trẻ có thể chết vì tật nhai lại làm gây ra tình trạng thiếu dinh dưỡng và sút cân liên tục.

Tật ỉa đùn (encopresis)

Trẻ em bị tật ỉa đùn thường thải phân trong quần hay ở những chỗ không thích hợp ngoài ý muốn của mình. Tật này làm các em luôn luôn cảm thấy khó chịu, xấu hổ, và bối rối, nhất là ở những chỗ công cộng hay trường học. Tiêu chuẩn chẩn đoán phải bao gồm hai yếu tố. Thứ nhất là tật ỉa đùn phải xảy ra ít nhất là 1 lần trong một tháng và liên tục trong 3 tháng, và đứa trẻ phải từ 4 tuổi trở lên. Thứ hai là tật ỉa đùn, dù là một hoạt động rối loạn của bộ phận đại tiện, nhưng nó không phải do sự đau ốm hay hư hỏng nào về thể chất của đứa trẻ.

Tật đái dầm (enuresis)

Trẻ em bị tật đái dầm là do không điều khiển được cơ quan tiểu tiện nên nước tiểu thường bị thải ra, kể cả lúc đang ngủ say vào ban đêm. Tật đái dầm thường xảy ra cho nhiều trẻ em trước 3 tuổi, nhưng thường biến mất sau một thời gian ngắn. Do đó, để chẩn đoán là có bệnh, đứa bé ít nhất phải từ 5 tuổi trở lên, và tình trạng đái dầm phải xảy ra ít nhất là 2 lần trong một tuần. Ngoài ra, việc không điều khiển được cơ quan tiểu tiện không phải vì bị bệnh hay khuyết tật của cơ thể. Tật đái dầm có thể trở thành trầm trọng hơn vào những giai đoạn trẻ em bị căng thẳng tinh thần, vì các cảm giác sợ sệt, hoảng hốt, lo lắng.

Tật máy cơ (Tic disorders)

Tật máy cơ là một hình thức cử động hoặc phát âm lặp đi lặp lại không có chủ ý. Tật máy cơ được chia làm hai loại, *hội chứng Tourette* (Tourette's syndrome) và loại *rối loạn Tic vận động hay phát âm mãn tính* (chronic motor or vocal Tic disorder).

A- Hội chứng Tourette

Hội chứng Tourette có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong khoảng tuổi từ 2 đến trước 18 tuổi. Hầu hết thường xảy ra lúc trẻ em 13 tuổi, và con trai thường bị hội chứng Tourette nhiều hơn con gái khoảng 3 lần. Đặc tính của nó là cá nhân vừa có những cử động cơ bắp đột ngột ngoài ý muốn (ví dụ, đầu gục gật, tai giật, hay thân hình lắc lư liên tục...) vừa có những âm thanh phát ra từ cổ họng kêu khình khịt, ăng ăng, lăm bằm, phì phì, hoặc như tiếng chó sủa. Khoảng 50% trong số này lại có tật hay thốt ra những lời tục tĩu và thô bỉ, gọi là *thói nói tục* (coprolalia), *tật bắt chước các động tác* (echokinesis), *tật lặp lại câu nói của người khác* (palilalia). Tiêu chuẩn cho sự chẩn đoán là chứng tật phải xảy ra nhiều lần trong một ngày, hầu như mọi ngày và liên tục trong ít nhất là một năm. Có nghĩa là quá trình của chứng tật phải mang hình thức **mãn tính**, mặc dù cũng có những thời gian ngắn chứng tật có vẻ giảm thiểu hay ngừng nghỉ. Những cá nhân bị hội chứng Tourette thường có thêm những triệu chứng tâm thần khác, như *trầm cảm* (depression), *ám ảnh cưỡng bức* (obsessive compulsive disorder), *tăng hiếu động giảm chú ý* (ADHD), *rối loạn học tập* (LD), v.v...

B- Rối loạn Tic vận động hay phát âm

Chứng tật này cũng tương tự như hội chứng Tourette, nhưng sự khác biệt của nó là cá nhân chỉ bị một trong hai rối loạn, *hoặc là co giật cơ bắp hoặc là rối loạn phát âm*, chứ không bị cả hai tật một lần. Loại rối loạn Tic vận động hay phát âm cũng có mức độ liên tục và kiên trì, nhưng mức độ của các triệu chứng và sự nguy hại của nó không trầm trọng bằng hội chứng Tourette.

Cho đến nay thì việc chữa trị tật máy cơ, bao gồm hội chứng Tourette và rối loạn Tic vận động hay phát âm, đều dựa vào sự kết hợp của thuốc men và sự giám sát và tập luyện của gia đình và trường học. Có thể sử dụng các loại thuốc chống loạn thần như *haloperidol* (Haldol), *pimozide* (Orap) để chữa cho số bệnh nhân này. Những loại thuốc chống căng thẳng tinh thần như *clonidine* (Catapres) cũng tỏ ra có hiệu nghiệm, và những phản ứng phụ của nó nếu có cũng không mấy trầm trọng, nhưng đòi hỏi phải có thời gian trị liệu lâu dài hơn. Cá nhân bị tật máy cơ đồng thời với những triệu chứng ám ảnh cưỡng bức thì những loại thuốc chữa trầm cảm, đặc biệt là *clomipramine* (Anafranil) và *fluoxetine* (Prozac), đều tỏ ra có hiệu quả chữa trị khả quan. Đặc biệt lưu ý là nếu cá nhân có thêm chứng tăng hiếu động giảm chú ý (ADHD) thì phải tránh dùng *metylphenidate* (Ritalin) bởi vì loại thuốc này sẽ làm tăng chứng co giật cơ bắp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bronfenbrenner, U (1978). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard.
2. Rutler, M (1985). *Psychopathology and Development: Links between Childhood and Adult life*. In M. Rutler and L. Hersov (eds), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Oxford University Press.
3. Kazdin (1994). *Psychotherapy for Children and Adolescents*. Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed). New York: Wiley.
4. Angold & Rutler, M (1992) *Effects of Age and Pubertal Status on Depression in a Large Classical Sample*. *Development and Psychopathology*, 4 (1), 5- 28.
5. Buitelaar, J. & Van Engeland, H (1996) *Epidemiological Approaches*. In S. Sanberg (ed). *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
6. Brown, R. T & Borden, K. A (1986). *Hyperactivity at Adolescence. Some misconception and new directions*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 194- 209.
7. Anastopoulos, A. D & Barkey, R. A (1992). *Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders*. In C. E Walker and M. C Roberts (eds). *Handbook of Clinical Child Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
8. Castellanos, F. X. , et al (1996). *Qualitative Brain Magnetic Resonance Imaging in AttentionDeficit/Hyperactivity Disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 53, 601-616.
9. Stevenson (1994). *Genetics of ADHD*. Paper presented at the annual meeting of the professional group for ADD and related disorders. London.
10. Whalen, C. K. , & Henken, B (1991). *Therapies for Hyperactive Children. Comparisons, Combinations, and Compromises*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126- 137.
11. Towbin, K. E. , et al (1995) *Tic Disorders*. In G. Q Gahbard (ed). *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washinton D. C: American Psychiatry Press.
12. Borchering, B. G. , et al (1990). *Motor/Vocal Tics and Compulsive Behaviors on Stimulant Drugs: Is there a common vulnerability?*. *Psychiatry Research*, 33, 83- 94.
13. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, D. C: Author.
14. Ritvo, E. R & Freeman, B. J (1977). *National Society for Autistic Children. Definition of the Syndrome of Autism*. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 146- 148.



CHƯƠNG 12

TUỔI GIÀ VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

Aging and Mental Health

KHÁI NIỆM

Khoa nghiên cứu về tuổi già (gerontology) ngày nay đã đem lại nhiều hiểu biết sâu rộng về những thay đổi thể chất và tinh thần của con người trong giai đoạn cuối của cuộc sống, cũng như đã cải tiến rất nhiều các công trình dinh dưỡng, chăm sóc, điều trị, và tư vấn cho người già, giúp họ có khả năng sống thọ và an vui hơn. Xưa kia người ta quan niệm rằng sự già cỗi (aging) là giai đoạn chuyển tiếp vô cùng quan trọng cho sức khỏe về mọi mặt của một người, nhưng ngày nay nhiều người nghĩ rằng khi nói đến tuổi già là chỉ nói đến tuổi đời (chronological age), là thời gian đã đi qua trong cuộc sống mà thôi, chứ thật ra tiến trình già cỗi của mỗi cá nhân không hoàn toàn xảy ra giống nhau và quan niệm của mỗi cá nhân về tuổi già cũng thường khác nhau. Không phải căn cứ trên số tuổi để nói rằng người nào đến khoảng tuổi 65 cũng có những điều kiện sức khỏe như nhau. Một số người cao niên ở tuổi 80 vẫn có thể còn mạnh khỏe và năng động cả tinh thần lẫn thể chất hơn so với một số người khác đang còn ở độ tuổi 65.

Khoa học về tuổi già đã liệt kê những điều gì xảy ra bình thường và tự nhiên trong tiến trình già cỗi để phân biệt với những gì được xem là bất bình thường, bao gồm mọi khía cạnh sinh hoạt của tâm lý và sinh lý, khả năng trí tuệ liên quan đến học hỏi, trí nhớ và trí thông minh, tâm tính, và sức khỏe tâm thần, v.v... Nói rõ hơn, tiến trình già cỗi bình thường và tự nhiên của sức khỏe khác biệt với những triệu chứng bệnh xảy ra trong giai đoạn này. Các chuyên viên nghiên cứu tuổi già đã nhận xét rằng đại đa số những người già, kể từ 65 trở lên, đều có khả năng giữ gìn sức khỏe của họ được lành mạnh và năng động, vừa thể chất lẫn tinh thần, cho tới lúc sắp chết. Nhận xét này chống lại với quan niệm thông thường cho rằng ở tuổi về già không ai có thể tránh được bệnh, thường là những bệnh trầm trọng sẽ trực tiếp dẫn đến cái chết (terminal illness) và sự thoái hóa và suy sụp không cách gì cứu vãn được của cả tinh thần lẫn thể chất.

Khoa học về tuổi già cũng phân biệt hai khía cạnh của sự già cỗi; già cỗi về thể chất và già cỗi về tâm lý. Chẳng hạn, tâm trạng lo âu, buồn phiền, bồn gắt, hoặc ngay cả chứng hay quên, v.v... của người già, trong nhiều trường hợp, có thể không phải là hậu quả trực tiếp của tình trạng thoái hóa, yếu kém hay đau ốm của thể chất. Nhưng, tâm trạng này có thể do hậu quả của những cảm nhận tiêu cực về sự giảm thiểu hay mất hẳn vai trò của mình đối với xã hội và gia đình, hoặc do không còn khả năng làm được những công việc theo ý muốn nữa, chẳng hạn đi làm để kiếm thêm lợi tức cá nhân, hay những công việc đơn giản hơn như sửa sang nhà cửa, tự lái xe đi thăm bạn bè, v.v...

Mỗi quốc gia có những luật lệ riêng về các mốc tuổi để ấn định tuổi về hưu cho công dân của mình. Riêng tại Hoa Kỳ, luật an sinh xã hội ấn định tuổi về hưu là 65 tuổi, tức là mốc tuổi chuyển tiếp

từ thời kỳ trung niên để bước qua thời kỳ già cỗi. Trong những năm gần đây, luật này đã được điều chỉnh để tuổi về hưu chậm hơn nữa vì thực tế là ngày nay nhờ sự tân tiến của kỹ thuật khoa học mà thuốc men và thực phẩm, máy móc và dụng cụ y khoa mỗi ngày một dồi dào, giúp con người được sống lành mạnh và tuổi thọ mỗi ngày một cao hơn.

Trong những thập niên trước Đệ nhị thế chiến, tại Hoa Kỳ chỉ có dưới 4% những người từ 65 tuổi trở lên so với toàn bộ dân số, và tuổi thọ trung bình của người Mỹ chỉ là 47 tuổi, nhưng kể từ sau thời kỳ gọi là “baby boom” (khoảng 1945 đến 1960 đột nhiên số trẻ được sinh ra trở nên gia tăng bội phần trên toàn nước Mỹ) thì đồng thời tuổi thọ và số lượng người lớn tuổi cũng bắt đầu gia tăng nhanh chóng theo. Thống kê năm 1997 cho biết hiện tại có khoảng 33 triệu người Mỹ từ 65 tuổi trở lên, chiếm gần 13% dân số trên toàn quốc [1]. Sự kiện này phù hợp và diễn biến song song với sự phát triển nhanh chóng và phồn thịnh về kinh tế và điều kiện an sinh của nhiều khu vực dân chúng trên thế giới sau cuộc đại chiến. Ước tính đến khoảng năm 2050 số người già trên 65 tuổi sẽ lên đến gần 22% so với tổng dân số tại Hoa Kỳ [2].

Ngày nay tuổi thọ trung bình của dân chúng ở các nước đã phát triển có thể ở mức 75 tuổi trở lên, và càng ngày càng có nhiều người sống trên 90 tuổi. Ngay cả những người sống trên 100 tuổi (centenarians) cũng mỗi ngày một nhiều. So với con số quá ít ỏi của những người sống trên 100 tuổi trong những thế kỷ trước, ngày nay thống kê năm 2008 ghi nhận tại Hoa Kỳ có tới 96.548 người sống thọ trên 100 tuổi trên dân số khoảng 300 triệu và có một người đang ở tuổi 115; tại Nhật Bản có tới 36.276 người trên dân số khoảng 130 triệu và trong đó có vài người sống đến 117 tuổi; và tại Pháp có 20.115 người trên số dân 65 triệu. Tựu trung,

so với tỷ lệ dân số thì Pháp có số lượng cao nhất về người sống trên 100 tuổi, nhưng số cá nhân sống thọ nhất lại là các bà lão người Nhật. Thống kê Liên Hiệp Quốc năm 2015 cho biết có khoảng gần 500 ngàn người trên toàn thế giới sống đến 100 tuổi, tức là gần gấp 4 lần so với trước đây trong năm 1996, đồng thời cho biết đến năm 2050 thế giới sẽ có khoảng 3 triệu 700 ngàn bà lão sống trên 100 tuổi [3].

Các giới chuyên môn đã chia tuổi già ra làm 2 nhóm. Nhóm 1 là lớp người già từ 65 đến 74, gọi là *già trung niên* (young- old) và nhóm 2 là lớp người từ 75 trở lên, gọi là *già cao niên* (old- old) [4]. Đứng trước tình hình càng ngày càng gia tăng tuổi thọ và số lượng người cao niên khắp nơi trên thế giới, khoa học về tuổi già trở thành bộ môn nghiên cứu vô cùng quan trọng giúp cho các giới chuyên môn có nhiều kiến thức sâu rộng hơn trong việc gia tăng hiệu quả chăm sóc sức khỏe và đời sống cho tầng lớp này.

VÀI QUAN NIỆM VỀ TUỔI GIÀ

Theo định nghĩa thông thường thì sự già cỗi là một tiến trình lão hóa tự nhiên (senescence) của thân xác. Các triết gia trường phái hiện sinh cũng thường có câu nói: “Human beings are human-unto-death” (Con người sống để tiến dần đến cái chết). Quan điểm này biểu hiện tính tiêu cực rằng sự hiện hữu của con người trên cõi đời này thật là vô nghĩa, ai rồi cũng sống để đợi đến cái chết. Tuy nhiên, mỗi người vẫn thường quan niệm về tuổi già theo những cảm nghĩ riêng của họ.

Trước tiên, đối với các định chế luật pháp tại nhiều quốc gia, tuổi già được định nghĩa theo số lượng thời gian một người đã trải qua trong sự sống và quy định rằng 65 tuổi là tuổi có thể về

hưu để nghỉ ngơi. Nhưng định nghĩa về tuổi già theo pháp luật cũng chỉ có tính cách tổng quát mà không chú trọng đến những trường hợp cá biệt. Có người bảo rằng già cỗi là do cảm nhận, thái độ của mình chứ không phải là vì vóc dáng còm cỗi, tóc trở nên bạc, da trở nên nhăn. Do đó, già hay không là do tâm lý chứ không phải do sự lão hóa của cơ thể. Nếu người già cứ tiếp tục duy trì sự quan tâm và thích thú trong mọi sinh hoạt của đời sống và quan hệ gần gũi với xã hội thì họ vẫn luôn luôn cảm thấy mình “trẻ mãi không già”.

Một số người lại có quan niệm tích cực rằng tuổi già là thời gian quan trọng và cần thiết trong một đời người. Đó là thời gian thuận lợi mà một cá nhân có thể sử dụng những kinh nghiệm đã có của mình để làm được những việc có ích cho đời. Những kinh nghiệm thực tế đã rút tỉa được trong quá trình sống thật sự đã giúp cho nhiều người già có những hiểu biết và những quyết đoán khôn khéo về những vấn đề liên quan đến nhân sinh và thế giới. Kinh nghiệm sống làm nên sự khôn ngoan, và sự khôn ngoan sẽ thật sự quan trọng và cần thiết cho người già để bù trừ cho sự minh mẫn của trí óc đang bắt đầu có những giới hạn. [5].

Tuổi già là thời gian để “ôn cố tri tân”, để chiêm nghiệm được những gì thật sự tốt lành từ đây nên làm cho chính mình và cho người khác. Nhà tâm lý học **Eric Erikson** cho rằng tuổi già là giai đoạn sống có ý nghĩa nhất. Đó là thời gian để cá nhân có cơ hội phát triển cho mình ý thức trung thực (ego integrity), tức là khả năng nhận thức khách quan để thấy rõ những tính chất tương đối, hạn chế và tạm thời của sự sống và biết chấp nhận nó một cách vui vẻ trên mọi khía cạnh dù tốt hay xấu của nó [6]. Những suy tư xuyên qua sự phản chiếu của lăng kính “ý thức trung thực” sẽ tạo cơ hội cho nhiều người già biết thay đổi cách sống cho phù hợp với

những gì mình thực sự mong muốn, hơn là phải sống theo những suy đoán và phê phán của người khác.

Dĩ nhiên sự già cỗi về thân xác là tình trạng tự nhiên của mọi con người nhưng cảm nhận như thế nào về nó là vấn đề có tính chủ quan. Sự già cỗi không những phải được xem xét trên các điều kiện tâm-sinh lý hiện tại của một cá nhân mà còn phải xét đến cảm nhận và thái độ của cá nhân ấy đối với tuổi già trong bối cảnh xã hội và văn hóa mà cá nhân ấy đang sống. Chẳng hạn, con người ở những xã hội có mức sống cao, yêu chuộng sự trẻ trung, tính năng động, và hoạt bát thường có những cảm nhận về tuổi già của họ có phần tích cực hơn đối với những người ở những nơi có điều kiện và hoàn cảnh sống khó khăn, tuổi về hưu quá sớm, và phúc lợi xã hội cho người già thường quá ít ỏi, không đảm bảo được những nhu cầu thiết yếu hằng ngày cho họ.

CÁC TRIỆU CHỨNG LÃO HÓA

Lão hóa là một tiến trình tạo ra thay đổi trên nhiều khía cạnh của thể chất và tinh thần của một người. Vì mỗi bộ phận của cơ thể phản ứng khác nhau nên mức độ lão hóa của mỗi bộ phận cũng khác nhau. Những thay đổi thông thường trong tiến trình lão hóa bao gồm những nét chính sau đây:

Thay đổi diện mạo

Những thay đổi thông thường là da nhăn, tóc bạc, thính giác và thị giác trở nên yếu kém, răng thoái hóa dần, cử động thiếu nhanh nhẹn (agility) và uyển chuyển. Người càng già vóc dáng càng lom khom, chậm chạp, chuyển động càng khó khăn, thiếu vững vàng, da dẻ càng khô và nhiều vết đồi mồi, tiếng nói chậm rãi và phát ra âm thanh khô và cao, và khả năng xúc giác không còn bén nhạy như xưa, v.v...

Thay đổi các chức năng sinh lý

Người càng lớn tuổi thì khả năng điều hòa các sinh hoạt tâm sinh lý, gọi là *khả năng cân bằng nội môi* (homemoeostasis), trở nên yếu kém. Khả năng này lệ thuộc hai cơ chế của hệ thống thần kinh tự chủ là *hệ thần kinh giao cảm* (sympathetic) và *hệ thần kinh đối giao cảm* (parasympathetic); theo đó, không những họ không thể có khả năng phản ứng nhanh nhẹn và đúng mức như lúc còn trẻ mà thông thường người già phải mất một thời gian lâu dài hơn để cho nhịp tim và hơi thở được trở lại bình thường sau những lần bị thấm mệt, hồi hộp, hoảng hốt, lo âu, hay sợ hãi. Ngoài ra, *khả năng chuyển hóa* (metabolism) cũng trở nên kém hiệu lực khiến cho tiến trình tiêu hóa và hấp thụ thức ăn và các chất sinh hóa cho cơ thể không còn hoàn hảo như trước. Một hậu quả thấy rõ là khi người già bị đau ốm hay có thương tích gì thì bệnh tình hay vết thương thường đòi hỏi một thời gian lâu hơn mới lành được so với thời son trẻ.

Thay đổi nề nếp giấc ngủ

Người già thường bị *tật khó ngủ* (insomnia), tức là khó đi vào giấc ngủ, ngủ từng chập, dễ bị tỉnh thức, giấc ngủ không êm và sâu. Giấc ngủ chính là thời gian để cơ thể được phục hồi và tân trang, do đó bệnh khó ngủ có thể đưa đến nhiều hậu quả xấu cho sức khỏe và khả năng sinh hoạt hằng ngày của người già.

Các nhà nghiên cứu chia một giấc ngủ ra làm nhiều chu kỳ. Giấc ngủ của một người bình thường trong một đêm kéo dài khoảng 4 đến 5 chu kỳ nối tiếp nhau. Mỗi chu kỳ kéo dài khoảng 90 phút, và gồm có hai phần, một phần gọi là **REM** (rapid eye movement) hay còn gọi là phần *ngủ mơ* (dreaming sleep) (gọi như thế vì theo những ghi nhận của máy điện não đồ EEG

(electroencephalogram), trong thời kỳ này bộ não tỏ ra rất hiếu động trong khi cơ thể đang còn bất động) và phần gọi là **non-REM** hay còn gọi là phần *ngủ yên lặng* (quiet sleep) (vì trong thời kỳ này bộ não không làm việc trong khi cơ thể có thể chuyển động).

Thời kỳ non-REM là thời kỳ bắt đầu của chu kỳ ngủ, kéo dài khoảng 60- 80 phút, tiếp theo là REM là thời kỳ cuối của chu kỳ ngủ, khoảng 10 đến 20 phút.

Riêng thời kỳ non-REM lại được chia làm 4 giai đoạn. Giai đoạn 3 và 4 gọi là *delta*, còn gọi là giai đoạn ngủ say (deep sleep), khoảng 30 phút trong một chu kỳ. Đây là thời gian *tuyến yên* (pituitary glands) tiết nhiều loại hormone kích thích sự phát triển của các mô và cơ, làm sức khỏe hồi phục, năng lực tăng cường, và cơ thể có khả năng chống lại các loại nhiễm trùng và bệnh tật. Nhưng giai đoạn ngủ say này lại thường ít xảy ra được đối với nhiều người già. Theo đó, nếu giai đoạn ngủ say của người già bị hạn chế hoặc không có trong suốt giấc ngủ của một đêm thì không kể bao nhiêu thời gian đã nằm trên giường, một người vẫn sẽ cảm thấy mệt mỏi, uể oải khi thức dậy.

Thay đổi khả năng trí tuệ

Người già thường được xem là có nhiều khôn ngoan, nhưng sự khôn ngoan đó phần lớn là do sự tích tụ của những kinh nghiệm có sẵn chứ không hoàn toàn thuần túy là do sự minh mẫn và nhanh nhẹn của đầu óc. Một số nghiên cứu cho rằng khả năng trí tuệ của người lớn tuổi bị hạn chế là lẽ tất nhiên vì họ phải chịu một tình trạng gọi là *sự teo não* (brain atrophy), bộ não bị nhỏ dần vì rất nhiều tế bào não lần lượt bị thoái hóa.

Các cuộc trắc nghiệm tâm lý cho thấy hầu hết người lớn tuổi đều có số điểm thấp hơn giới trẻ trong các mẫu trắc nghiệm về

trí thông minh (IQ test), nhất là các loại trắc nghiệm đòi hỏi khả năng tính toán nhanh (speed test) và khả năng phối hợp (power of coordination). Chẳng hạn, người già không làm nhanh và chính xác được những bài toán đố, các trò chơi ghép hình, hay lắp ráp có tính phức tạp và sáng tạo bằng giấy trẻ. Tuy nhiên, đối với những kiến thức nằm trong phạm trù chữ nghĩa (verbal comprehension), tức là những hiểu biết có được từ quá trình đã được huấn luyện và học hỏi, thì nhiều người già không tỏ ra bị sút kém mấy.

Cần nói thêm là một số nghiên cứu khác mới đây lại gợi ý rằng tuy trọng lượng bộ não người già có nhẹ đi nhưng do tính thích ứng tinh tế của những tế bào não còn lại mà khả năng trí tuệ của người già vẫn còn tốt đẹp. Các nghiên cứu này cho rằng dù nhiều tế bào đã biến mất, nhưng những tế bào còn lại đã phát triển những hệ thống nối tiếp mới mẽ làm cho khả năng truyền đạt các thông tin giữa những tế bào vẫn duy trì được sự nhạy bén. Một số nghiên cứu khác lại quả quyết rằng đã tìm thấy nhiều tế bào não tiếp tục sinh sản trong khu *hồi hải mã Hippocampus* (khu vực nằm trong thùy thái dương được phỏng đoán là nơi tích lũy của trí nhớ) của những người đã có tuổi. Do đó, nếu biết luyện tập, nhiều người lớn tuổi vẫn có nhiều khả năng học hỏi và sử dụng trí tuệ không kém gì giới trẻ.

Tuy nhiên, dù cho sự rèn luyện trí óc chứng tỏ rất cần thiết để duy trì mức độ minh mẫn của người già, nhưng bộ óc cũng không thể nào nằm ngoài quy luật lão hóa của thân xác. Các nghiên cứu cũng cho thấy một số người già có triệu chứng gọi là điểm chấm dứt (terminal drop) của trí tuệ, tức là đột nhiên họ không còn biết gì hết trong khoảng vài tuần hoặc vài tháng trước khi chết (lưu ý: tình trạng này hoàn toàn khác biệt với các triệu chứng của các loại bệnh mất trí nhớ (dementia) sẽ được đề cập ở phần sau).

Thay đổi khả năng ký ức

Sự giảm sút khả năng của ký ức đi song song với tuổi đời. Các nghiên cứu cho thấy sự giảm sút ký ức bắt đầu xảy ra rất sớm, vào khoảng 30 tuổi. Đây cũng là lúc nhiều tế bào não bắt đầu thoái hóa làm ảnh hưởng đến chức năng của các khu vực tế bào chịu trách nhiệm về trí nhớ như khu vực *Hippocampus*, *Locus Cereleus*, và khu *Temporal Lobe* của phần vỏ não (celebral cortex), tức là lớp chất xám bao bọc bên ngoài bộ não.

Tâm lý học phân chia trí nhớ thành nhiều loại khác nhau và ảnh hưởng của tuổi già trên nhiều loại trí nhớ cũng rất khác nhau, nghĩa là có loại dễ bị giảm sút nhưng cũng có loại vẫn được duy trì lâu dài. Trong số những loại trí nhớ mà người già thường bị giảm sút là loại **ký ức dài hạn gần** (recent long-term memory). **Ký ức dài hạn** là phần ký ức chịu trách nhiệm tồn trữ các loại thông tin cần nhớ trong nhiều năm, nhưng **ký ức dài hạn gần** tức là những loại thông tin học hỏi được trong thời gian gần đây. Chẳng hạn tuần trước đã học thuộc tên những con đường phải đi qua để đến nhà một người bạn, nhưng hôm nay trên đường lái xe đi thăm thì không nhớ rõ hết.

Người già cũng thường bị giảm sút loại **ký ức thời điểm** (episodic memory), là khả năng nhớ rõ những chi tiết đã xảy ra theo trình tự từng thời điểm về những gì bản thân đã trải qua trong một biến cố nào đó trong quá khứ. Chẳng hạn, một người già sẽ có thể không kể lại chính xác được các chi tiết theo một trình tự diễn biến về một cảnh tai nạn xe cộ trên đường đi mà họ đã trực tiếp chứng kiến vào năm ngoái.

Thứ đến người già cũng có trở ngại đối với loại **ký ức dự phóng tương lai** (prospective memory), tức là khả năng nhớ phải làm những gì trong những ngày sắp tới. Chẳng hạn nếu không có ghi chú vào lịch thì dễ quên ngày hẹn đi khám bệnh.

Người già cũng thường tự đánh giá khả năng trí nhớ của mình không chính xác bằng giới trẻ. Tự đánh giá khả năng trí nhớ có nghĩa là sự hiểu biết về khả năng trí nhớ của chính bản thân, hay nói cách khác là khả năng về *ký ức tổng thể* (metamemory) của người già thường rất co giãn. Chẳng hạn, khi nói đến trí nhớ tổng quát thì người già thường không tin tưởng rằng khả năng của họ còn nguyên vẹn như trước, nhưng ngược lại, khi dự định làm một công việc đặc biệt nào đó trong tương lai thì họ lại thường quá tự tin, cho rằng khả năng trí nhớ của họ vẫn còn rất tốt.

Ngoài ra cũng còn một số loại ký ức khác trở nên hạn chế trong tuổi già. Những hạn chế này là do sự suy yếu và chậm lụt của các chức năng của trí tuệ, chẳng hạn như khả năng *điều phối* (manipulating), *chuyển tải* (transforming) và *mã hóa* (encoding) các thông tin trong tiến trình chúng được tiếp nhận vào não bộ.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu cũng cho thấy những người lớn tuổi có sức khỏe tốt và sử dụng bộ não thường xuyên trong các việc nghiên cứu, học hành thì thường có khả năng duy trì được trí nhớ ở mức độ khá quan hay ít ra là giảm thiểu được phần nào tốc độ đang xuống dốc của nó.

Thay đổi khả năng tình dục

Song song với sự giảm sút sức khỏe, khả năng tình dục của người già cũng có những thay đổi. Tuổi càng già thì ham muốn tình dục càng giảm dần, theo đó mức độ nhạy bén của sự *kích động dục tính* (sexual arousal), *thỏa mãn thân xác* (physical satisfaction), và *cảm xúc trong ái ân* (emotional intimacy) trở nên cùn mòn. Dù có sự giảm sút, tình dục vẫn là một khía cạnh quan trọng trong cuộc sống của lớp người già. Đại đa số người già vẫn quan niệm tình dục là một sinh hoạt cần thiết để thể hiện sự đam

mê, âu yếm, chia sẻ, và trung thành đối với đối tượng yêu thương của họ. Khả năng tình dục cũng thể hiện một phần bằng chứng cho tình trạng của sức khỏe, vì thế trong các xét nghiệm y tế, nó cũng là yếu tố quan trọng luôn luôn được chú ý thăm hỏi.

Đối với phái nam, vấn đề lớn nhất của số đông những người lớn tuổi là *chứng khó cương cứng dương vật* (erectile dysfunction), và thời gian giữa hai lần cương cứng thường kéo dài hơn trước, gọi là *thời kỳ trơ* (refractory period). Nhưng ngoại trừ số người bị bệnh, hầu hết đàn ông đều có khả năng làm tình và gây thụ thai cho đến cuối đời.

Trong khi đó, đa số phái nữ lớn tuổi ít chú trọng đến chuyện tình dục bằng nam giới, nhưng họ lại có khuynh hướng quan tâm nhiều hơn đến vấn đề giữ gìn sự son trẻ của diện mạo bên ngoài. Đại đa số đàn bà dù sao vẫn có thể duy trì được khả năng ân ái suốt đời, trừ phi mắc phải bệnh, hoặc những vấn đề tâm lý riêng tư, hoặc bị mất hẳn ham muốn sau một thời gian lâu dài vắng thiếu đối tượng. Tình dục của nữ giới cũng có ít nhiều thay đổi, nhất là trong thời kỳ tắt kinh (menopause) (khoảng từ 47 tuổi đến 55) khi kích thích tố estrogen bắt đầu cạn dần, có thể gây triệu chứng gọi là *chứng teo âm đạo* (atrophic vaginitis), nghĩa là chất nhờn trở nên ít ỏi và vành âm đạo mỏng và khô hơn, tạo ra cảm giác khó chịu và đau đớn khi làm tình.

Tựu trung, khả năng tình dục của người lớn tuổi lệ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có sức khỏe cả thể chất lẫn tinh thần, và các điều kiện và hoàn cảnh sinh sống của từng cá nhân. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy *yếu tố tâm lý đóng vai trò trọng yếu trong việc duy trì chức năng sinh hoạt tình dục của người già*. Những cảm giác như sự tự ti mặc cảm, chán nản, phiền muộn, lo lắng, khiếp sợ, ghét bỏ, giận hờn, v.v... có tác động rất tiêu cực

đến sự duy trì khả năng trong ái ân. Đời sống độc thân, ly dị, góa bụa, cô lập với xã hội cũng làm khả năng tình dục suy yếu nhanh chóng. Phần lớn phái nữ phải chịu cảnh độc thân hoặc vắng thiếu đối tượng nhiều hơn phái nam. Thống kê cho biết có 60% đàn bà ở tuổi cao niên hiện sống không có người phối ngẫu so với con số 20% đàn ông ở tuổi cao niên [7]. Con số này rõ ràng phản ánh đúng thực tế xã hội của nhiều nơi trên thế giới; đó là vì những vấn đề như số lượng người già thuộc phái nữ luôn ở mức 3/2 so với phái nam, đàn ông thường chết sớm hơn đàn bà, và đàn bà thường có khuynh hướng không muốn tiếp nối với đối tượng nào khác sau khi người phối ngẫu của mình đã ra đi.

Thay đổi cá tính

Cá tính tổng quát của một người thường không thay đổi trong suốt cuộc sống. Một người có cá tính vui vẻ, lạc quan thì phần lớn những hoạt động trong suốt cuộc sống của họ đều mang tính chất vui vẻ, lạc quan. Một người tính tình gắt gỏng, cục cằn thì dù đến lúc già khuynh hướng gắt gỏng, cục cằn vẫn cứ tồn tại nếu không có những biến cố to lớn làm thay đổi tính tình của họ.

Tuy nhiên, thực tế cho thấy tuổi già có thể ảnh hưởng tới sự thay đổi tánh tình trên một số phương diện.

Mặc dù những nét chính của cá tính có vẻ bền vững, sự già cỗi cũng có thể có ảnh hưởng tới một số khía cạnh khác của cá tính, nhất là những khía cạnh thuộc về cảm nghĩ (feelings) và cảm xúc (emotions) thường biến chuyển và thay đổi theo thời gian. Chẳng hạn, tuổi già thường làm cho nhiều người trở nên *từ tốn, điềm đạm, chính chắn*, không còn nhiều hiếu động, bốc bột, đam mê, và hăng say như thời son trẻ. Sau nhiều ưu tư về cuộc đời, nhiều người có khuynh hướng trở nên *vị tha* và có lòng trắc ẩn hơn. Mặt

khác, đôi khi những cảm giác mỏi mệt, đau nhức, thiếu năng động cũng làm cho tánh tình của nhiều người già trở nên cáu kỉnh, khó khăn hơn, hoặc vì sự sút kém khả năng sắc bén và tập trung của trí óc làm cho một số người sinh ra tật nói nhiều, nói lặp đi lặp lại, nói không đi vào trọng tâm đề tài, v.v...

BỆNH VÀ SỨC KHỎE TUỔI GIÀ

Bên cạnh những thay đổi bình thường đã đề cập ở trên, tình trạng lão hóa cũng có thể tạo ra những nguy cơ tật bệnh cho thể chất và đời sống tâm lý của người già.

Về mặt thể chất, những chứng bệnh phổ thông thường thấy nơi người già là các loại bệnh về tim mạch (heart diseases), bệnh ung thư (cancers), tai biến mạch máu não (cerebrovascular diseases), bệnh huyết áp (hypertention), bệnh về hệ thống tuần hoàn máu (cardiovascular diseases), tiểu đường (diabetes), thấp khớp (arthritis), loãng xương (osteoporosis), và các bệnh về phổi (lung diseases), v.v... Theo thống kê hàng năm tại Hoa Kỳ, nguyên nhân đưa đến nhiều tử vong cho lớp người già được xếp theo thứ tự như sau: khoảng 50% chết vì các bệnh tim mạch, khoảng 15% do các bệnh ung thư, khoảng 10% vì các bệnh tai biến mạch máu não, khoảng 7% vì các bệnh thuộc về phổi, phần còn lại là vì những vấn đề khác [8].

Những tổn thương thường xảy ra cho người già không những là do bệnh tật, đau ốm triền miên mà còn là những vấn đề thuộc về tinh thần như những trải nghiệm về các sự mất mát và chia ly. Trong thời kỳ cuối của cuộc sống, nhiều người già phải đối diện với nhiều sức ép tinh thần từ việc mất người bạn đời, mất vai trò trong xã hội, mất tính hiệu quả và năng động trong mọi sinh hoạt, cho đến việc mất cả cảm giác về mục đích của sự sống, v.v...

Khoa tâm lý tuổi già (geropsychology) phân chia những vấn đề tâm lý của tuổi già ra thành hai nhóm. Nhóm thứ nhất là những người già có những triệu chứng rối loạn tâm lý tương tự như những triệu chứng thường thấy xảy ra ở mọi lứa tuổi khác; ví dụ như các bệnh *rối loạn khí sắc* (mood disorders), *rối loạn lo âu* (anxiety), và *lạm dụng chất liệu* (substance abuse)... Nhóm thứ hai là những người già bị các loại bệnh thường chỉ có cho tuổi già như *bệnh mê sảng* (delirium) và *bệnh mất trí* (dementia). Tựu trung, có thể liệt kê một số triệu chứng bệnh tâm thần đặc biệt ở người già như sau:

Các triệu chứng trầm cảm (depressive symptoms) là một loại rối loạn khí sắc (mood disorder) rất phổ thông của lớp người già, đặc biệt đối với những người vừa bị mất người thân yêu, hay vừa biết được mình đang bị một chứng bệnh ngặt nghèo, hoặc đến lúc phải rời khỏi gia đình để vào nhà thương hay các nơi dưỡng lão tập thể. Những triệu chứng trầm cảm của người già, dù là đặc biệt quan trọng đối với sức khỏe của họ nhưng rất dễ bị chẩn đoán sai vì hay bị nhầm lẫn với các triệu chứng đau nhức cơ thể, chứng lãng trí, v.v... Những người già phải sống trong hoàn cảnh chật vật, thiếu thốn, hoặc đang có cảm giác bị bỏ rơi, thiệt thòi, hay những người rút cuộc không cảm thấy thỏa mãn trên nhiều khía cạnh trong cuộc sống thường dễ bị rơi vào trạng thái trầm cảm.

Triệu chứng trầm cảm có thể gây ra những hậu quả nguy hại cho sức khỏe người già. Những triệu chứng trầm cảm thường làm người già dễ bị các chứng bao tử, huyết áp, tim mạch, tiểu đường; chưa kể những vấn đề khác như cơ thể ỉu rũ, mệt mỏi, khó ngủ, ăn uống không tiêu. Thống kê cho thấy những người già có bệnh huyết áp nếu có kèm theo bệnh trầm cảm thì có khả năng bị những bệnh tai biến mạch máu khoảng 3 lần hơn con số những người không bị trầm cảm [9].

Các triệu chứng lo âu (anxiety symptoms) cũng thường thấy xảy ra cho nhiều người già. Tuổi già làm cho nhiều người có đủ mọi thứ lo lắng. Người già thường quan tâm nhiều về sức khỏe của mình, về sự bình an, tốt lành của con cháu, về khả năng tài chánh hạn hẹp, và ngay cả về tuổi thọ của họ. Những người già hay đau ốm, mệt mỏi, hoặc đang có sẵn bệnh tật gì đó lại càng có khuynh hướng lo lắng hơn. Có khi sự lo lắng trở thành nỗi ám ảnh dai dẳng khiến tinh thần bị sa sút và theo đó, từ chỗ chưa bệnh trở thành có bệnh, hoặc căn bệnh hiện có trở nên trầm trọng hơn. Mặc dù các triệu chứng lo âu của người già thường ít được các giới y tế quan tâm, tuy nhiên, một số cuộc kiểm tra đã cho biết khoảng 15% người già bị chứng rối loạn lo âu tổng quát (generalized anxiety disorders), 12% bị chứng ám ảnh sợ hãi đặc hiệu (specific phobia) (sợ một điều gì hay một cái gì đặc biệt, ví dụ sợ mưa bão, sợ bóng tối, sợ đi máy bay...), và khoảng 5% có những triệu chứng rối loạn vì những loại ám ảnh lo sợ khác [10].

Sự lạm dụng chất liệu (substance abuse) cũng rất dễ xảy ra cho nhiều người già. Những người cảm thấy bất mãn và chán nản với những kinh nghiệm đã trải qua, những người gặp quá nhiều buồn khổ trong tuổi già như sống cô độc, mất người thân yêu, khó khăn trong đời sống vật chất và tình cảm, bị bệnh nan y và cảm thấy

cuộc sống không còn bao lâu nữa, v.v... nếu không có ý thức kiểm chế đều dễ rơi vào sự lạm dụng các chất liệu như rượu chè, cờ bạc, thuốc cấm. Ngoài ra, người già cũng thường có khuynh hướng sử dụng không đúng liều lượng các dược phẩm. Sự dùng dược phẩm không đúng đôi khi không phải vì cố ý mà vì lầm lẫn. Nhiều người già cho rằng sử dụng càng nhiều thuốc men thì sức khỏe càng tốt. Thống kê cho thấy người già sử dụng thuốc có toa hơn 2 lần giới trẻ và có hơn 25% người già sử dụng ít nhất từ 3 loại thuốc trở lên mỗi ngày [11].

Chứng mê sảng (delirium) được so sánh như một tình trạng mờ mờ của ý thức (cloudiness of consciousness), làm cho cá nhân không thể có nhận thức rõ ràng với những gì đang xảy ra chung quanh mình. Cá nhân mất hết khả năng vận dụng sự tập trung, chú ý, và tính chính xác của trí óc nên không duy trì được ý nghĩa của lời nói cũng như tư tưởng. Chứng mê sảng tạo ra tình trạng mờ ảo với thực tại, khiến cá nhân lẫn lộn giờ giấc, đêm ngày, nơi chốn, và sự vật. Người bị mê sảng có thể nói một câu nói mà không ai hiểu được và chính bản thân cũng không hiểu mình đang nói gì, hoặc thức dậy nửa đêm mà tưởng rằng trời đã đứng trưa, đang ở trong bệnh viện mà tưởng như đang ở nhà, đang cầm cây dao mà tưởng như cầm cây bút...

Chứng mê sảng thường chỉ kéo dài vài giờ hoặc vài ngày. Triệu chứng này có thể xảy ra cho bất cứ lứa tuổi nào, nhưng nhiều nhất vẫn là nơi nhóm người có tuổi. Thống kê cho biết có từ 10 đến 15% những người già đang nằm viện để trị bệnh cũng đang bị chứng mê sảng [12]. Nguyên nhân của chứng mê sảng có thể đến từ nhiều lý do. Chẳng hạn, những cơn sốt (fevers), nhiễm trùng (infections), rối loạn hệ thống chuyển hóa (metabolic disorders), các bệnh về thận (renal diseases), chấn thương não bộ (head traumas), tình

trạng hậu phẫu (postoperative states), hoặc lạm dụng chất liệu, hay bị stress, v. v...

Chứng mất trí (dementia) là tình trạng suy giảm khả năng sinh hoạt của trí tuệ, phần lớn là do hậu quả của sự hư hỏng trí nhớ. Chứng mất trí làm cho người bệnh không còn khả năng học hỏi được điều mới cũng như không nhớ lại được những gì đã học, hoặc là chỉ bị một trong hai vấn đề đó. Những triệu chứng mất trí bao gồm *chứng rối loạn ngôn ngữ* (aphasia), *chứng rối loạn chức năng vận động* (apraxia), *chứng không nhận diện sự vật* (agnosia), và *các chức năng hành xử trí tuệ* (executive functioning) bị suy giảm, như suy nghĩ, phán đoán, lý luận... Chứng mất trí thường xảy ra cho những người lớn tuổi, khoảng 1% cho lứa tuổi 65, nhưng gia tăng từ 15 đến 20% cho lớp người từ 80 tuổi trở lên; tổng cộng gần đến 4 triệu người tại Hoa Kỳ đang bị bệnh này [13].

Cả hai chứng mất trí và chứng mê sảng đều làm cho các chức năng trí tuệ bị giảm sút, nhưng khác biệt của chúng là:

- Chứng mất trí luôn luôn kèm theo sự hư hỏng trí nhớ, trong khi đó chứng mê sảng đôi khi không làm cho trí nhớ bị hư hỏng;
- Những người bị mất trí tương đối vẫn còn khả năng thức tỉnh, cảnh giác, trong khi người bị chứng mê sảng luôn ở trạng thái mù mờ, bối rối;
- Chứng mất trí thường tiến triển dần, đều đặn và bền vững, trong khi chứng mê sảng có thể thay đổi ngay trong ngày và thường chấm dứt chỉ trong vài ngày.

Chứng mất trí được chia làm nhiều loại:

- Chứng mất trí loại Alzheimer (dementia of the Alzheimer's type)

là loại chiếm đến 50% trong số những người già bị chứng mất trí.

Chúng mất trí loại Alzheimer thường kéo dài, kể từ khi bắt đầu bệnh cho tới lúc chết là khoảng 10-12 năm, và được chia làm nhiều giai đoạn.

Khởi đầu là giảm sút trí nhớ, nhất là các *loại ký ức gần* (recent memory), như quên những công việc cần làm, lặp đi lặp lại những câu hỏi, quên mất câu chuyện đang bàn luận, v.v... Tình trạng quên cứ tới tấp dần, đến lúc cá nhân bắt đầu quên những công việc đã từng có thói quen và khả năng tự làm như lái xe, đi mua sắm, nấu ăn, v.v... Tới một giai đoạn nữa thì khả năng trí tuệ trở nên suy thoái một cách thảm hại. Ngoài các chứng rối loạn ngôn ngữ, rối loạn chức năng vận động, bệnh nhân bắt đầu thay đổi cá tính (từ bản chất hiền lành có thể trở thành hung dữ và thù nghịch), và trong một số trường hợp có kèm theo các chứng hoang tưởng và ảo giác. Trong giai đoạn cuối bệnh nhân mất hoàn toàn trí nhớ, không nhớ được chữ nghĩa, không nhớ những nơi chốn đã quen thuộc trong nhà mình, không nhớ ngay cả tên của người phối ngẫu của mình, không điều khiển được tiểu tiện và đại tiện, và không thể ngồi hay đi đứng được nữa...

Nguyên cơ gây ra chứng mất trí loại Alzheimer là vấn đề khó biết. Nhiều giả thuyết khác nhau cho rằng có thể do bộ não bị tổn thương, hoặc bị nhiễm độc, do nghiện rượu, hội chứng Down, hoặc cơ thể không vận động đều đặn trong nhiều năm. Nhưng một số nghiên cứu cho thấy nguy cơ nổi bật nhất là những cá nhân có cha hoặc mẹ ruột (thân nhân thứ nhất) cũng đã bị bệnh Alzheimer, khoảng 4 lần nhiều hơn những cá nhân mà cha mẹ đã không bị bệnh. Vấn đề chẩn đoán bệnh cũng khó vì các kỹ thuật quan sát bằng máy móc như CT (computerized topography), MRI (magnetic resonance imaging), và PET (positive emission topography) trong nhiều trường hợp không thể phát hiện được

hiện tượng gì khác biệt trong não bộ của người bệnh. Sự đánh giá bệnh tình và chữa trị phần lớn đều dựa vào các mẫu trắc nghiệm thần kinh tâm lý cơ bản, lời khai của thân nhân và kinh nghiệm lâm sàng qua trực tiếp quan sát, đánh giá của chuyên viên chữa trị. Nhưng nếu áp dụng phẫu thuật não sau khi bệnh nhân chết thì mới có thể tìm biết chính xác được những gì khác thường trong bộ não của người bị bệnh Alzheimer.

- **Chứng mất trí do lưu thông máu (vascular dementia)** là loại chiếm khoảng 15% số lượng trong nhóm người già bị mất trí. Nguyên nhân của nó là do những bệnh thuộc hệ thống máu lưu thông trong não bộ, gồm có các chứng tai biến mạch máu não, như chứng đột quỵ (stroke) và chứng nghẽn mạch máu (infarction), làm cho lượng máu đưa lên đầu luôn ở trong tình trạng bị thiếu hụt. Chứng mất trí do máu lưu thông khác với chứng mất trí loại Alzheimer ở chỗ sự suy giảm khả năng trí tuệ của nó chỉ có tính cách chập vá, từng phần, thay đổi từng thời kỳ, và từng bước một chứ không tiến triển đều đều, lan tỏa và bền vững như Alzheimer.

- **Chứng mất trí do tình trạng lão hóa (senile dementia)** là tên gọi chung cho những trường hợp người già bị mất trí do ảnh hưởng của một số bệnh, hoặc do những nguyên nhân không rõ ràng để có thể đi đến kết luận. Chứng mất trí loại này thường tiến triển từng bước chậm rãi và không tác động quá lớn trên sự thay đổi tánh tình như chứng mất trí Alzheimer.

Ngoài ra, cũng có các loại mất trí khác của người già (các loại mất trí này cũng có thể có ở bất cứ lứa tuổi nào), do những hậu quả trực tiếp của một số bệnh tật. Chẳng hạn, **chứng mất trí vì bệnh AIDS** (dementia due to HIV disease) là loại thường xảy ra cho khoảng 2/3 trong số người bị bệnh AIDS. Triệu chứng khởi đầu là trí óc mất khả năng tập trung và trí nhớ kém, các cơ bắp yếu dần,

cơ thể mất thăng bằng, uể oải, và cảm giác u sầu, ủ dột và xa cách. Giai đoạn kế tiếp là hay bị ngất xỉu, tê liệt vài nơi trên thân thể, và không kiểm soát được chức năng tiểu và đại tiện. Người bị chứng mất trí vì bệnh AIDS chỉ sống từ 1 đến 6 tháng.

BIỆN PHÁP NGĂN NGỪA

Gì là cõi là quy luật của tạo hóa, là một giai đoạn chuyển tiếp tự nhiên không thể tránh được của đời sống muôn loài mà con người cũng không có ngoại lệ. Cùng với tuổi đời càng ngày càng cao thì sức khỏe càng ngày càng giảm sút. Tuổi già làm mọi tế bào và bộ phận tươi mát, lành mạnh trong cơ thể trở nên cằn cỗi, yếu đuối, và thoái hóa. Khoa học tân tiến ngày nay cũng không hoặc chưa làm sao hoán chuyển hay ngăn chặn được quy luật lão hóa để “cải lão hoàn đồng” sự sống của nhân loại. Tuy không làm được điều đó, nhưng khoa học cũng đã giúp cải thiện đời sống con người rất nhiều trong những lãnh vực làm chậm lại tốc độ lão hóa của cơ thể, duy trì lâu dài sự khỏe mạnh của thể chất và tinh thần, và chữa trị thành công nhiều loại bệnh tật.

Trong chiều hướng đó, khoa nghiên cứu về tuổi già đã đặc biệt quan tâm vào vấn đề làm sao giúp người già tiếp tục sống khỏe mạnh và tránh bớt bệnh hơn là chờ đến lúc họ lâm bệnh mới ra tay cứu giúp. Hiện nay nguồn sách báo, thông tin, tài liệu về cách

thức giữ gìn sức khỏe cho người già trở nên rất dồi dào và phổ biến trong các cộng đồng. Công tác giáo dục này thật sự cần thiết, giúp cho nhiều người có những hiểu biết đầy đủ hơn về sức khỏe của họ khi ở tuổi đã xế chiều.

Sự mạnh khỏe là kết quả của rất nhiều yếu tố cộng lại, ngoài những yếu tố không thể tự mình lựa chọn hay thay đổi được (bẩm sinh, di truyền...), còn có những yếu tố mà cá nhân có thể làm theo ý muốn của mình. Một **nếp sống lành mạnh** (healthy lifestyle), chẳng hạn, trong đó bao gồm sự ăn uống điều độ, không lạm dụng hay nghiện ngập các chất liệu, thuốc cấm, luyện tập thể chất và tinh thần đều đặn, và thường xuyên kiểm tra sức khỏe là những yếu tố hoàn toàn thuộc về ý chí và quyết định của mỗi cá nhân. Nhiều cuộc kiểm tra đã cho thấy nếp sống lành mạnh là yếu tố đóng một vai trò hết sức quan trọng trong việc giảm thiểu bệnh và tật nguyền cũng như đem lại sự khỏe mạnh, an vui và sự trẻ trung cho nhiều người già.

Có rất nhiều ý kiến, tài liệu hướng dẫn về cách giữ gìn sức khỏe người già, nhưng tựu trung, có thể tóm lược một số thực hành căn bản như sau:

NHỮNG THỰC HÀNH CHO THỂ CHẤT

A- Ăn quá nhiều hay quá ít cũng đều có hại cho sức khỏe. Phải ăn uống điều độ và vừa đủ cho cơ thể. Thức ăn phải đủ loại và có chất bổ dưỡng. Không nên dùng thức ăn, thức uống nào mà cơ thể không chịu được. Không nên ăn nhiều chất mặn, chất ngọt, và chất béo vì khả năng tiêu hóa, hấp thụ, và đào thải trong cơ thể người già mỗi ngày một kém cỏi, cho nên sự tích lũy quá nhiều các thức ăn loại này sẽ đưa đến nguy cơ bệnh. Nên ăn đúng ba bữa ăn

mỗi ngày và không nên ăn bữa lỡ, ngoại trừ một số trường hợp đặc biệt về sức khỏe của những người phải ăn kiêng và ăn nhiều lần trong ngày. Nhiều nghiên cứu đã xác định bữa ăn sáng là rất cần thiết cho mọi người, dù là trẻ hay già.

Có nhiều ý kiến khác nhau về vấn đề người già có nên dùng thêm các loại chất liệu và vitamin để bồi bổ cho cơ thể không. Vấn đề này rõ ràng lệ thuộc vào tình trạng thể chất của mỗi cá nhân và ý kiến của người bác sĩ chăm sóc. Chẳng hạn, những người già có nguy cơ bị các chứng mất trí nhớ được khuyên là nên sử dụng thêm các vitamin E và B (folic acid) để giảm thiểu tiến trình suy thoái của trí nhớ. Nhưng cũng có những lời khuyên khác là nếu không có bệnh gì thì điều quan trọng là nên tiếp tục ăn uống điều độ và đầy đủ các chất bổ dưỡng, và không cần phải dùng thêm bất cứ loại thuốc hay vitamin nào. Lập luận này cho rằng mặc dù uống thêm các vitamin nhân tạo hằng ngày cũng có thể ích lợi, nhưng chúng không làm sao thay thế được các thức ăn, vì ngoài các vitamin, thức ăn còn cho thêm các chất liệu rất cần thiết cho sức khỏe của cơ thể như chất xơ (fiber), chất chống oxide hóa (antioxidant), chất acid béo (fatty acids) và quan trọng nhất là các chất hóa học thiên nhiên có từ thảo mộc (phytochemicals). Tuyệt đối tránh mọi nghiện ngập như uống rượu, hút thuốc.

B- Giấc ngủ cũng quan trọng không kém phần ăn uống. Tất khó ngủ là nguyên nhân của nhiều vấn đề cho sức khỏe cả tinh thần lẫn thể chất. Người không ngủ ngon giấc thường bị chứng hay quên (forgetfulness). Trong một nghiên cứu gần đây của trường đại học Harvard cho thấy những sinh viên ngủ ngon giấc ít nhất là 6 tiếng một đêm thường có nhiều khả năng học thêm được những kiến thức mới hơn là những sinh viên bị bệnh mất

ngủ thường xuyên [14]. Điều này phù hợp với lý thuyết cho rằng trong giấc ngủ bộ óc tiếp tục ôn lại (replaying) những gì đã học hỏi được vào ban ngày để củng cố và tồn trữ chúng vào các khu trí nhớ của não bộ. Như thế, thói quen thức suốt đêm để ráng làm xong một số công trình thuộc về trí óc, như giải bài toán đố, viết bài văn, ôn lại bài vở trong những mùa thi là những việc làm hoàn toàn trái ngược với lý thuyết về các khả năng của ký ức.

Nhiều người già thường bị tật khó ngủ. Nhu cầu ngủ của mỗi cá nhân có thể khác nhau, nhưng thông thường những người già, từ 65 tuổi trở lên, cần khoảng 6 đến 7 tiếng một ngày để duy trì sức khỏe. Như đã phân tích ở phần triệu chứng, tật khó ngủ của người già là khó đi vào giấc ngủ và khó ngủ được một giấc say; do đó, dù nằm lâu nhưng tính tổng cộng thời gian ngủ thì rất ít.

Người già thường khó ngủ vì nhiều nguyên nhân, có thể là vì cơ thể thiếu hoạt động, cảm thấy khó chịu, nhức mỏi, buồn phiền, lo nghĩ, nhưng phần lớn cũng có thể là do những thói quen, tập quán ăn ngủ không đúng. Nhiều người thích dùng thuốc để dỗ giấc ngủ, nhưng vì dùng thường xuyên nên bị nghiện và thuốc trở nên mất tác dụng. Cách tốt nhất là tập luyện để biến giấc ngủ thành một thói quen.

Tập luyện những phương pháp nào thích hợp mà lại có hiệu quả là do sự lựa chọn của mỗi người. Chẳng hạn, tập thể dục, xoa bóp cơ thể, ngồi thiền, đọc kinh kệ, đọc sách, xem tivi... trước khi ngủ để dễ buồn ngủ và khi ngủ được thì giấc ngủ êm ả hơn. Nhưng đừng vì cảm thấy không thể ngủ được mà làm những việc như đọc truyện, xem phim, nói chuyện, điện thoại... suốt đêm. Điều này dễ tạo thói quen, làm cho một số người chỉ ngủ được từng chập vào ban ngày mà không ngủ được yên giấc vào ban đêm.

Giấc ngủ cũng như hầu hết các sinh hoạt khác của con người,

phần lớn đều do tạo nề nếp. Vì thế, không nên tạo thói quen thức quá đêm hoặc suốt đêm. Tránh nằm nhiều thời gian trên giường. Chỉ lên giường khi thật sự muốn ngủ. Nên luôn luôn giữ đúng giờ đi ngủ và giờ thức dậy. Tránh dùng những chất kích thích như trà, cà phê, rượu trước giờ ngủ, nhưng nếu có thói quen dùng một chút để vừa đủ thoải mái cho cơ thể thì không thành vấn đề. Thực tế cho thấy rất nhiều cá nhân, nhờ cố gắng và kiên trì tập luyện, đã biến giấc ngủ thành một thói quen tốt đẹp. Trong những trường hợp đặc biệt khác thì nên có ý kiến trị liệu của giới chuyên môn.

C- Nhiều nghiên cứu đã xác định sự lợi ích của môn thể dục và vận động cơ thể đối với sức khỏe thể chất cũng như tinh thần của một cá nhân. Dù ở lứa tuổi nào, sự vận động và thể dục đều đặn là rất cần thiết cho việc gia tăng sức khỏe và phẩm chất của sự sống. Thể dục làm thân hình gọn nhẹ, vững vàng khiến cá nhân có cái nhìn tự tin và thỏa mãn về con người của mình. Nó luôn luôn đem lại những cảm giác lành mạnh, phấn khởi, và yêu đời. Hơn thế nữa, sự vận động và thể dục đều đặn còn có khả năng tránh được hay làm giảm thiểu một căn bệnh hiểm nghèo, hoặc biến một sự tê liệt hay thương tật trở thành bình thường trở lại. Thực tế đã chứng minh, nhờ tập luyện mà một người có đôi chân giả có thể tham dự những cuộc đua chạy bộ, hay một người cụt tay có thể dùng răng để cầm viết.

Chính vì thế mà các giới chuyên môn y tế ngày nay không bao giờ quên khuyến khích bệnh nhân dù bị loại bệnh gì và ở mức độ trầm trọng nào thì cũng cần phải vận động và tập thể dục đều đặn mỗi ngày theo những cách thể phù hợp. Tóm lại, hầu hết các chuyên gia y tế đều cho rằng về mặt thể chất, sự thể dục đều đặn sẽ làm tăng hiệu năng hoạt động của tim và phổi, gia tăng

loại cholesterol hữu ích HDL và giảm thiểu loại cholesterol có hại LDL, gia tăng giấc ngủ, giảm thiểu căng thẳng tinh thần, làm xương cốt và bắp thịt vững chắc, vóc dáng uyển chuyển, cân đối, gia tăng năng lực và sức chịu đựng, và theo đó làm chậm lại tiến trình lão hóa.

Tuy nhiên, nhiều người có tuổi không những hằng ngày không chịu tập thể dục mà còn thiếu vận động cho cơ thể. Sự thiếu vận động làm cho người già mặc dù ăn uống càng ngày càng kém cỏi nhưng cơ thể mỗi ngày cứ một xổ xể ra. Ở tuổi già mà cơ thể càng mập thì càng dễ bị bệnh. Khuyến cáo của các giới y tế là phải giữ cho cân nặng cơ thể luôn luôn ở mức cố định, trong những trường hợp đặc biệt thì cũng không để cân nặng tăng trên hoặc giảm sút dưới 10% của cân nặng hiện có.

Tự trung, nên vận động và tập thể dục theo những cách thể phù hợp với điều kiện hiện có của sức khỏe. Sự vận động và thể dục đều đặn và đúng cách của những người già mang lại kết quả là họ có thể tự chữa trị được những triệu chứng bệnh thông thường như đau lưng, nhức mỏi, ăn khó tiêu, táo bón, khó thở, co thắt bắp thịt, v.v... Trong nhiều trường hợp, những triệu chứng như vậy là do hậu quả của tuổi già chứ thật sự không vì một căn bệnh nào cả; do đó, nếu có sự khám nghiệm của y tế thì cá nhân cũng sẽ chỉ nhận được lời khuyên là phải vận động và thể dục đầy đủ mà thôi. Đối với những trường hợp đặc biệt khác, cần hội ý với bác sĩ để hiểu biết thêm những phương pháp nào cần phải luyện tập và vận động đúng với những điều kiện sức khỏe hiện có của mình.

NHỮNG THỰC HÀNH CHO TINH THẦN

Ngoài một số bệnh có thể có, người già thường có những triệu chứng mỏi mệt, đãng trí, uể oải, và cảm giác đau nhức nhiều nơi trên cơ thể. Những bệnh và triệu chứng này thường làm cho nhiều người cảm thấy buồn phiền, lo âu, có cái nhìn tiêu cực về cuộc sống, và trong nhiều trường hợp có thể đưa đến *bệnh trầm cảm* như đã nói. Thêm vào đó, người già cũng dễ mắc phải những triệu chứng của *bệnh tâm thể* (psychosomatic symptoms), tức là luôn luôn bị ám ảnh với bệnh, nghĩ rằng mình đang đau một bệnh nan y gì đó nhưng không tìm thấy bằng chứng qua các kiểm nghiệm y khoa.

Về phương diện tâm lý, cảm giác như thế nào về cuộc đời của mình cũng là yếu tố quan trọng góp phần vào sự lành mạnh hay không của người có tuổi. Nếu một người cảm thấy bằng lòng hay chấp nhận với những gì mình đã làm hoặc đã trải qua trong quá khứ, cảm thấy đã hoàn thành được những điều mình từng ước nguyện, thì người ấy không cảm thấy thất vọng với những hạn chế đang phải trải qua trong tuổi già. Ngược lại, không kể sự giàu sang phú quý, quyền cao chức trọng, công danh sự nghiệp đã từng có, những ai luôn luôn cảm thấy hờn giận, tiếc nuối, ray rứt, hối hận, tội lỗi và phiền muộn về những gì mình đã làm thì lúc về già dễ lâm vào những triệu chứng tâm lý có tính cách khủng hoảng.

Nhiều nghiên cứu đã xác định quan điểm cho rằng trí óc cũng giống như các cơ phận khác trong thân thể, cần phải có sự luyện tập đều đặn, vì sự luyện tập có khả năng làm giảm bớt tiến trình tự hủy hoại của các tế bào não và đồng thời làm tăng hiệu năng hoạt động của số tế bào não còn lại [15]. Khoa học về tuổi già khuyến khích những người có tuổi nên tiếp tục làm và học hỏi thêm những gì đã từng làm cho mình yêu thích. Tiếp tục tăng

cường kiến thức bằng cách đọc sách báo, tập làm những điều mới như thiết kế, sửa chữa dụng cụ, máy móc, hoặc tập đan lát, thêu thùa, vẽ tranh, viết lách, đánh đàn, v.v... Thiếu sự sinh hoạt đều đặn của trí óc cũng là yếu tố góp phần to lớn vào sự phát triển nhanh chóng các chứng quên của tuổi già. Một số nghiên cứu cho thấy những người suốt đời ít có những sinh hoạt đòi hỏi phải vận dụng trí óc thì lúc về già thường mắc phải những triệu chứng xấu thuộc về ký ức sớm hơn những người đã có quá trình vận dụng trí tuệ đều đặn.

Tập luyện để duy trì khả năng của ký ức cũng là một hình thức giữ gìn sự minh mẫn của trí óc. Trước hết là phải tập ngăn nắp và có tổ chức trong mọi sinh hoạt. Chẳng hạn, nên cất đặt mọi thứ cần dùng theo thứ loại riêng biệt và ở từng nơi chốn dễ nhớ. Nên ghi chú vào sổ tay hay lịch bàn tất cả những điều cần nhớ, như địa chỉ, số điện thoại, tên người, ngày hẹn, ngày phải làm một công việc nào đó, v.v...

VÀI GỢI Ý VỀ CÁC KỸ THUẬT GIA TĂNG TRÍ NHỚ

Trước nhất, vì tình trạng kém trí nhớ, người già cần có sự tập trung chú ý nhiều hơn giới trẻ. Chẳng hạn, lúc trẻ chỉ cần nghe qua một vấn đề hay đọc một lần một bài viết là có thể nhớ mãi, nhưng muốn như thế người già cần nhiều chú ý, quan sát, phân ra từng phần, hiểu rõ vấn đề và lặp đi lặp lại nhiều lần. Cần tránh những tình huống làm xao lãng tâm trí, tránh bị ngăn cản nửa chừng, chỉ chú tâm vào từng sự việc một, chuẩn bị và ghi chú cẩn thận. Chẳng hạn, đừng đọc sách trong môi trường rộn ràng huyền ảo; đừng trả lời điện thoại trong khi đang bận đọc sách; lắng nghe và hỏi lại hoặc yêu cầu người đối thoại lặp lại từng vấn đề

rõ ràng trong khi nói chuyện... Các nghiên cứu cho thấy tuổi già ít bị sút kém khả năng **duy trì sự chú ý** (sustained attention), nhưng rất giảm sút về khả năng **phân chia sự chú ý** (divided attention), tức là khả năng chú ý vào nhiều sự việc cùng một lúc. Chẳng hạn, vừa lái xe vừa điện thoại hay vừa nghe tin tức trên đài là điều tối kỵ cho sự an toàn trên giao thông của người già.

Thứ đến là phải kiên nhẫn lặp đi lặp lại những vấn đề cần ghi nhớ lâu dài. Nhiều nghiên cứu cho thấy khả năng ghi nhớ của đôi mắt rất cao nếu biết chú ý ghi nhận, gọi là **ký ức hình ảnh thị giác** (eidetic imagery memory) so với khả năng của các giác quan khác. Ngoài ra, có những vấn đề cũng cần phải đọc lớn nhiều lần để âm thanh được ghi đậm vào tâm trí. Các nghiên cứu cho thấy sự ghi nhớ sẽ có hiệu quả hơn nếu áp dụng phương pháp lặp đi lặp lại từng phần một của vấn đề với những khoảng cách thời gian khác nhau, hơn là lặp đi lặp lại toàn bộ vấn đề trong cùng một thời gian dù là lâu dài.

Sau hết là tập thực hành **kỹ thuật định vị** (method of loci). Đây là kỹ thuật phối hợp những điều cần nhớ với các vật thể quen thuộc bên ngoài để lấy chúng làm vật nhắc nhở cho mình. Chẳng hạn, muốn nhớ hết chi tiết cần thiết để nói về một vấn đề gì trong một cuộc hội họp, trước tiên là chia từng chi tiết của vấn đề đó và gắn liền nó vào từng đồ vật quen thuộc trong nhà theo thứ tự từ ngoài vào trong. Vào lúc nói chuyện, chỉ cần nhớ từng vật thể trong nhà là chúng sẽ nhắc lại cho mình những chi tiết cần nói ra.

Điều quan trọng khác nữa là phải tránh đừng bao giờ để bị “stress” (căng thẳng tinh thần). Tình trạng căng thẳng tinh thần lâu dài có thể dẫn tới nhiều triệu chứng bệnh, như trầm cảm, lo lắng, hờn giận, sợ hãi, nhức đầu, mờ mắt, tức ngực, huyết áp cao, ngất xỉu, bệnh tim, loét bao tử, tiểu đường, ung thư, v.v... Điều

hiển nhiên là khó có ai mà suốt đời chưa từng kinh qua những giây phút tinh thần bị căng thẳng. Đặc biệt tuổi già là thời gian rất dễ bị tổn thương với “stress”. Nhưng thật ra, không phải mọi “stress” đều có hại. Có những việc làm đòi hỏi phải có nỗ lực và sức chịu đựng tương đối nhưng lại tạo ra được nhiều niềm vui, sự thích thú và hứng khởi cho cuộc sống; chẳng hạn, cố xem cho hết một cốt truyện hay, suy nghĩ để đánh thắng một ván cờ, tập sử dụng một cái máy, truy cập một bản tin trên mạng, viết một bài văn, tập chơi được một loại nhạc cụ, hoạch định một chuyến du lịch xa, hay tập nhảy một vũ điệu khó, v.v... . Nhiều người cho những căng thẳng này là những gia vị cần thiết cho cuộc đời.

Có rất nhiều ý kiến khác nhau về những cách thế để đối phó với “stress”, nhưng vấn đề tiên quyết là phải biết rằng mình đang bị “stress”, và hiểu rõ lý do nào đã đem lại “stress” cho mình. Bước kế tiếp là tìm cách để kiểm chế và vượt qua trạng thái “stress” đó.

Có rất nhiều phương pháp làm giảm thiểu những trạng thái căng thẳng và mỗi cá nhân tự lựa chọn cho mình phương pháp nào cảm thấy thích hợp nhất để luyện tập. Phương pháp thông dụng nhất là hãy chọn một hình thức giải trí hay một việc làm nào đó để giữ sự bận rộn cho mình và tránh khỏi tình trạng ngồi yên bất động làm tâm tư trở nên rối rắm. Ngoài ra, một vài gợi ý dưới đây cũng sẽ giúp giảm thiểu được một số tình huống căng thẳng phát sinh từ các mối quan hệ trong xã hội:

- **Thay đổi tình huống:** Nếu không thể giải quyết thỏa đáng được những khó khăn tại hiện trường thì tốt hơn hết là nhờ ai đó giúp giải quyết hoặc là rời khỏi hiện trường.
- **Thay đổi cách suy nghĩ:** Nếu có vấn đề khó khăn nào đó xảy ra mà không làm gì khác hơn được thì nên thay đổi cách suy nghĩ của mình về vấn đề đó theo chiều hướng

nào có vẻ tích cực và có ý nghĩa hơn để có thể thông cảm và chấp nhận được.

- **Gạt ra ngoài tâm trí:** Nếu không thể thay đổi, cũng như không thể chấp nhận được những sự việc đã gây ra bức bối và phiền não cho mình thì hãy bằng mọi cách loại bỏ chúng ra khỏi tâm trí và cố gắng làm một số việc nào khác có ý nghĩa cho mình hơn để quên đi.

Thái độ cư xử mang màu sắc hài hòa và khiêm tốn ở trên xem ra khó thực hiện được cho một số người, nhưng đó chính là cách thể cư xử phù hợp với những người lớn tuổi đã có nhiều kinh nghiệm trong cuộc sống; những người đã nhìn thấy được tính chất vừa phức tạp vừa tương đối và nhất thời trong mọi sinh hoạt của xã hội con người. Nếu hiểu rằng khuynh hướng chung của nhiều người là cố chấp, hiếu chiến, tranh giành, hám lợi, thiếu cặn, và biện bạch thì thái độ tránh để khỏi bị rơi vào những tình huống giao tiếp quá căng thẳng và không có giải pháp kết thúc hợp lý là thái độ khôn ngoan và lịch lãm của những người đã từng trải. Kinh nghiệm thường cho thấy phần lớn những kẻ dốt nát luôn thích khoác lác và hống hách, người có kiến thức lại hay tự mãn và kiêu căng, thế nhưng những người khôn ngoan thường tỏ ra khiêm tốn và ý thức được khả năng giới hạn của chính mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Hobbs, F. B (1997). *The Elderly Population*. US Census Bureau. The Official Statistics. Washington. DC. US Census Bureau.
- 2 Maldonado, David (1987). "Aged". In *Encyclopedia of Social Work*, pp. 95-106. Silver Spring, MD. National Association of Social Work.

- 3 Mayer, M. J (1983). "Demographic change and the elderly population". In special issue. S. Saul, ed: *Group Work and the Frail Elderly*. *Social Work with Groups*, 5 (2): 7- 12.
- 4 Neugarten, B. L (1982) "Older people: A Profile". In B. L. Neugarten, ed., *Age or need? Public Policies for Older people*, pp. 33- 54. Beverly Hills, Calif: Sage.
- 5 Baltes, P. B. , Staudinger, V. M (1993). *The Search for Psychology of Wisdom*. *Current Directions in Psy- Science*, 2, 1- 6.
- 6 Erikson, E. H (1982). *The Life- cycle Completed. A review*. New York: Norton.
- 7 Webside related: <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec14/ch114/ch114b.isp>
- 8 Zastrow, C & Kirst- Ashman, K (1992). *Understanding Human Behavior and the Social Environment* (2nd Ed). Chicago: Nelson- Hall Publishers.
- 9 Simonsick, E. M. , et al (1995). *Depressive Symptomatology and Hypertension- associated Morbidity and Mental Illness in Adults: Psychosomatic Med.* , 57(5), 427- 435.
- 10 Schneider, L. S (1996). *Over view of Generalized Anxiety Disorder in the Elderly*. *Journal of Clinical Psychiatry* , 57 (suppl. 7), 34- 45.
- 11 Salman, C. , et al (1995). *Clozapine in Older Patients with Psychosis and Behaviorral Disruption*. *American Geriatric Psychiatry* , 3(1), 26- 33.
- 12 American Association of Retired Persons (1990). *A Profile of Older American*. Washington, DC: Author.
- 13 Deleon, P. H. , et al (1996). *Prescription Priviledges for Psychologists*. *American Psychology* , 51 (3), 225- 229.
- 14 Harvard Health Publication (2006). "Improving Memory. Understanding age- related memory loss". Harvard Medical School. Boston, MA.
- 15 Lachman, M. E, et al (1992), *Improving Memory and Control Beliefs through Cognitive Restructure and Self- generated Strategies*. *Journal of Gerontology. Psychological Science*, 47, 293- 299.

THUẬT NGỮ CHUYÊN NGÀNH

Abnormal psychology: Khoa nghiên cứu về các hành vi bất thường, bao gồm các công trình mô tả, giải thích, tiên đoán, ngăn chặn và các biện pháp trị liệu.

Acetylcholine: Một chất dẫn truyền thần kinh có liên hệ đến bệnh trầm cảm và bệnh mất trí.

Addiction: Sự nghiện ngập một chất liệu.

Affect: Trạng thái tình cảm, cảm xúc có tính chủ quan, chuyển đổi lên xuống (phân biệt với **"mood"** - trạng thái tình cảm có tính lan toả và kiên trì, bền vững).

Agoraphobia: Cảm giác sợ hãi thường trực và lan toả khiến cá nhân thường tránh né các nơi chốn công cộng đông đúc hay những nơi trống trải xa vắng không có sự cứu giúp.

Akathisia: Triệu chứng run rẩy và không yên tay chân của những cá nhân bị bệnh Parkinson.

Alcoholism: Tính nghiện rượu.

Alogia: Một triệu chứng làm giảm sút khả năng diễn tả và thiếu hụt ý nghĩa trong lời nói của một số bệnh nhân tâm thần phân liệt.

- Alpha waves:** Một loại sóng não bộ được phát hiện khi một người đang ở trong trạng thái thức tỉnh và thoải mái.
- Amnesia:** Chứng quên, mất ký ức.
- Amniocentesis:** Phương thức thí nghiệm nước ối (phần chất lỏng quanh bào thai) để phát hiện nguy cơ bị khuyết tật của thai nhi. Chọc ối.
- Anaclitic depression:** Triệu chứng buồn rầu, rút lui, sụt cân và mất ngủ thường xảy ra ở trẻ con (dưới 6 tuổi) khi bị tách rời ra khỏi người mẹ.
- Anatomical brain disorders:** Những rối loạn có nguyên nhân từ sự bất thường của tằm cổ và hình dạng của một số khu vực trong não bộ.
- Anesthesia:** Sự giảm sút hay mất hẳn cảm giác đụng chạm hay đau đớn.
- Anorexia nervosa:** Bệnh chán ăn hoặc cố tình không ăn uống để bị sụt cân trầm trọng ở những cá nhân luôn có cảm tưởng sai lầm về cân lượng của cơ thể.
- Anterograde amnesia:** Chứng mất khả năng học hỏi và ghi nhớ những điều mới mẻ kể từ sau khi bị một chấn động tinh thần hay tai nạn thể chất.
- Antianxiety drugs** (Anxiolytics): Bao gồm các loại thuốc tâm thần làm giảm triệu chứng lo âu và căng thẳng.
- Antibipolar drugs:** Bao gồm các loại thuốc chống rối loạn khí sắc lưỡng cực.
- Antidepressant drugs:** Bao gồm các loại thuốc chống các triệu chứng trầm cảm.
- Antipsychotic drugs:** Bao gồm các loại thuốc chống các triệu chứng loạn thần (ảo giác, ảo tưởng, ý tưởng hỗn loạn...).
- Aphasia:** Chứng khó khăn trong việc nhớ và đọc tên người và đồ vật.
- Augmentative communication systems:** Các kỹ thuật dùng để tập luyện khả năng nhận biết và đối thoại cho những trẻ tự kỷ, người chậm phát triển trí tuệ, hay thương tích não bộ.
- Autonomic nervous system** (ANS): Một mạng lưới phức tạp bao gồm các dây thần kinh nối từ trung khu não bộ đến tận các bộ phận của cơ thể.
- Aversion therapy:** Một kỹ thuật giúp gây ra sự khó chịu hay ghét bỏ những thói tật mà cá nhân thường đam mê và thích thú trước đây.
- Avoidant behavior disorder:** Một dạng rối loạn nhân cách. Cá nhân thường rất

nhạy cảm, co rút, tránh né mọi tiếp xúc và tình huống có thể đưa mình lâm vào tình trạng bị đánh giá, phê bình hay chỉ trích.

Avolition: Một triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt. Bệnh nhân mất cảm giác hứng thú và không đủ năng lực để sinh hoạt và hoàn thành mục đích gì.

Barbiturates: Nhóm thuốc dùng để giảm thiểu trạng thái lo âu và dễ ngủ.

Battery: Một loạt dụng cụ đo lường dùng để trắc nghiệm một khía cạnh tâm lý nào đó.

Behavioral assessment: Sự thu thập tin tức để đánh giá một hành vi đặc biệt chệch hướng nào đó.

Benzodiazepines: Nhóm thuốc phổ thông thường dùng để chống các triệu chứng lo âu.

Bereavement: Giai đoạn buồn khổ sau khi người thân bị mất.

Beta blocher: Nhóm thuốc dùng để giảm thiểu các rối loạn sinh lý cơ thể do triệu chứng lo âu.

Bilateral electroconvulsive therapy: Liệu pháp sốc điện để chữa trị bệnh trầm cảm. Một dòng điện nhẹ cho chạy ngang qua từ trái sang phải để tác động vào các thùy não ở phần trước trán của bệnh nhân.

Bing-eating disorder: Một loại rối loạn ăn uống. Cá nhân có thói quen háu ăn và ăn thật nhiều không cần chọn lựa rồi lại cố mửa ra. Loại rối loạn này cũng làm cá nhân bị sút cân trầm trọng như loại bệnh chán ăn (anorexia nervosa).

Biological therapy: Phương pháp sử dụng dược liệu và luyện tập thể lý để giảm thiểu các triệu chứng tâm lý.

Bipolar disorder: Bệnh rối loạn khí sắc lưỡng cực. Bệnh nhân trải nghiệm những giai đoạn lúc hưng phấn lúc trầm cảm nối tiếp nhau.

Bipolar I disorder: Rối loạn khí sắc loại Một, trong đó cá nhân trải qua những giai đoạn trầm trọng vừa hưng cảm vừa trầm cảm.

Bipolar II disorder: (Còn gọi là Unipolar disorder, trầm cảm đơn cực) Rối loạn khí

sắc loại Hai, trong đó cá nhân chính yếu kinh qua các giai đoạn trầm cảm nặng và luân phiên với những cơn hưng cảm nhẹ.

Blocking: Một triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt theo đó dòng tư tưởng hay ký ức của cá nhân đột nhiên bị đứt đoạn và biến mất, không thể tiếp nối được.

Blunted affect: Một triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt theo đó bệnh nhân mất sự nhạy bén về những cảm xúc của mình như tức giận, buồn rầu, vui thú...

Body dysmorphic disorder: Một loại rối loạn nhận thức theo đó cá nhân luôn có cái nhìn và cảm giác lo lắng quá đáng về sự bất thường (mất cân đối hay dị hình) của cơ thể mình.

Borderline personality disorder: Một dạng rối loạn nhân cách. Tâm tánh cá nhân thường rất nóng nảy, bốc đồng, thay đổi bất chợt trong cách giao tiếp, quan hệ, khí sắc, và hình ảnh về mình.

Breathing-related sleep disorder: Một loại rối loạn giấc ngủ theo đó giấc ngủ của cá nhân thường bị cản trở, bị mất ngủ hay khó ngủ vì những vấn đề liên quan đến đường hô hấp.

Brief psychotic disorder: Những triệu chứng loạn thần ngắn hạn thường xảy ra đối với một số cá nhân khi bị các chấn động tinh thần, hay rơi vào trạng thái stress.

Bulimia nervosa: Triệu chứng ăn uống vô độ và sau đó tìm cách mửa ra, tương tự như "bing-eating disorder".

Case study: Phương thức trình bày và giải thích quá trình sinh sống và những vấn đề thuộc về tâm lý của một cá nhân.

Catatonia: Chứng trương cứng (bất động, đờ đẫn, chuyển động liên tục, hay mềm nhão...), một trong những dạng triệu chứng đặc biệt của những người bị bệnh tâm thần phân liệt.

Catharsis: (*Từ của phân tâm học*) Trạng thái xả bỏ hay giải tỏa được những ấn ức từng bị đè nén, tranh chấp trong nội tâm của cá nhân.

Central nervous system: Hệ thống thần kinh trung ương.

Checking compulsion: Cảm giác cưỡng bức và trói buộc khiến cá nhân cứ phải kiểm tra trở đi trở lại một vấn đề hay sự kiện nào đó.

Child abuse: Sử dụng quyền năng, sức mạnh thể chất, hay áp lực tâm lý để ép buộc, cưỡng bức hay gây thiệt hại cho một đứa trẻ.

Circadian rhythm sleep disorder: Sự rối loạn giấc ngủ theo đó cá nhân hoặc không thể ngủ được hoặc bị trăn trở thức giấc vì lý do bị xáo trộn về chu kỳ thức ngủ chưa trở thành thói quen khi vừa đến một nơi chốn mới lạ.

Civil commitment: Một tiến trình luật pháp theo đó cá nhân bị bắt buộc phải trải qua một cuộc trị liệu về sức khỏe tâm thần.

Clinical psychologist: Một chuyên viên tâm lý đã tốt nghiệp 4 năm chương trình tiến sĩ về ngành tâm lý học lâm sàng và phương cách trị liệu các trường hợp tâm lý tâm thần, đồng thời cũng đã hoàn tất một năm thực tập tại các bệnh viện.

Cognitive triad: (*Thuật ngữ của liệu pháp nhận thức*) Cá nhân bị bệnh trầm cảm thường có 3 ý tưởng tiêu cực về thế giới nhân sinh, về cá nhân mình và về tương lai của mình.

Cohort: Nhóm người được sinh ra trong cùng một năm hay một giai đoạn, thời kỳ. Nhóm người cùng một thế hệ.

Community mental health center: Trung tâm chuyên chữa trị các trường hợp liên quan đến tâm lý tâm thần của cộng đồng sở tại.

Comorbidity: Sự xảy ra đồng thời của hai hay nhiều hơn các rối loạn tâm lý tâm thần trong cùng một cá nhân.

Conduct disorder: Chứng rối loạn ứng xử của trẻ ở độ tuổi 8 đến 13, theo đó trẻ hay chống đối cha mẹ và thầy cô, trốn học, nói láo, phá phách, ăn cắp, hiếp chiến, gây thiệt hại cho người khác...

Confabulation: Đột nhiên tạo dựng ra những sự cố để lấp vào những khoảng trống không nhớ ra được trong ký ức. Hiện tượng này thường xảy ra cho những cá nhân nghiện rượu nặng bị triệu chứng Korsakoff (trí nhớ hụt hẫng, tâm trí rối loạn...).

Confederate: Người đóng vai đồng lõa để tạo ra một tình huống giả trong một thí nghiệm với mục đích đánh lừa sự tin cậy của người khác.

Conscious: Ý thức (*Thuật ngữ trong Phân tâm học*).

Conversion disorder: Chứng rối loạn về cảm giác và chuyển động của cơ thể có nguyên nhân từ các chấn thương tâm lý hay khủng hoảng nhu cầu tinh thần.

Convulsion: Chứng ngất xỉu và co giật cơ bắp.

Criminal commitment: (*Lưu ý:* khác với Civil commitment) Tiến trình luật pháp theo đó cá nhân phạm tội được phán xét là do ảnh hưởng của bệnh tâm thần và được gửi đi trị liệu ở các trung tâm chữa trị tâm thần.

Cross-tolerance: Sự lờn (không còn hiệu nghiệm) một loại dược chất mà cá nhân chưa bao giờ dùng, giống như loại dược chất tương tự mà cá nhân đã từng dùng.

Culture: Văn hoá nói chung, bao gồm lịch sử, các giá trị truyền thống, các định chế, tập tục, tài khéo, văn chương, nghệ thuật và kỹ thuật...

Day center: (còn gọi là Daycare center) Trung tâm cung cấp các sinh hoạt và chữa trị suốt ngày cho bệnh nhân.

Declarative memory: Trí nhớ về những tin tức ở tầng ý thức liên quan đến tên tuổi, ngày tháng và những sự kiện đã học hỏi.

Delirium: Trạng thái mê sảng, theo đó cá nhân không còn khả năng ý thức, tập trung, chú ý và suy nghĩ được vấn đề gì.

Delusion: Sự hoang tưởng, theo đó cá nhân có những ý nghĩ, lòng tin sai lầm, không thay đổi và hoàn toàn không có bằng chứng thực tại.

Delusion of control: Lòng tin theo đó cá nhân cho rằng mọi ý tưởng, tình cảm, và hành động của mình đều do sự điều khiển và chế ngự của những người ngoài.

Delusion of grandeur: Lòng tin theo đó cá nhân cho rằng mình là thiên tài, người sáng tạo, khuôn mặt lịch sử, giáo chủ, người có quyền năng vô hạn.

Delusion of persecution: Lòng tin theo đó cá nhân cho rằng mình đang bị theo dõi, rình rập, sẽ bị tấn công, ám hại bởi người khác.

Delusion of reference: Lòng tin theo đó cá nhân mình chính là một nhân vật đặc biệt nào đó trong một cuốn phim hay câu chuyện.

Dementia: Chứng mất trí theo đó các chức năng trí tuệ bị sút giảm mọi mặt kể cả ký ức.

Demonology: Lòng tin cho rằng những tình trạng tâm lý tâm thần bị bất thường là sự quấy rầy hay trừng phạt của thánh thần hay ma quỷ.

Dependent personality disorder: Nhân cách lệ thuộc, theo đó cá nhân luôn có hành động và cử chỉ chiều chuộng, dựa dẫm, tìm sự bảo vệ, che chở vào một đối tượng.

Depersonalization disorder: Sự rối loạn nhân cách theo đó cá nhân luôn cảm thấy mình như một kẻ xa lạ, hoàn toàn bị tách rời, không dính líu gì đến con người thật trong hiện tại của mình.

Derealization: Cảm giác như thế giới bên ngoài là kỳ lạ và không thật.

Determinism: Tính đặt định (Trong phân tâm học, **Freud** dùng thuật ngữ này để nói đến những tính chất và yếu tố có sẵn ngay từ lúc sinh ra của đứa trẻ chứ không phải do môi trường tạo nên về sau).

Detoxification: Tiến trình chữa trị bằng cách cho thuốc và kiểm tra sự giảm nghiện.

Disorganized schizophrenia: Một loại bệnh tâm thần phân liệt theo đó tâm trí cá nhân luôn bị rối loạn, dù dẫn, ý tưởng không có dính kết trước sau và khi sắc không thích hợp.

Dissociative amnesia (dissociative disorders): Chứng rối loạn tâm phân, theo đó cá nhân hoàn toàn mất khả năng gợi lại những gì thuộc về tiểu sử quá khứ của mình, nhưng không phải vì những lý do của thể chất.

Dissociative fugue: Chứng rối loạn tâm phân ra đi, theo đó cá nhân đột nhiên bỏ nhà đi đến một nơi xa lạ nào đó (ví dụ, rúc vào ngồi trong bụi tre, hay ngồi trên cây...) và tự cho mình là một con người mới, đồng thời quên hết quá khứ của bản thân.

Dizygotic twins: Trẻ sinh đôi được phát triển bởi hai trứng (dị hợp tử), khác với trẻ sinh đôi đồng hợp tử (monozygotic twins).

Drive: Sự thôi thúc (*Thuật ngữ trong Phân tâm học*).

Dualism: Lý thuyết nhị nguyên của Descartes (Triết gia người Pháp vào thế kỷ 17)

Dyslexia: Chứng rối loạn đọc hiểu, theo đó cá nhân mất khả năng nhận dạng các từ ngữ và hiểu những gì đang đọc, nhưng không phải do những nguyên nhân như bị điếc hay bị rối loạn về trí óc hay do học hành.

Dyspareunia: Triệu chứng bị đau đớn ở bộ phận sinh dục nhưng không phải vì lý do tổn thương của phần sinh lý thể chất.

Dyssomnia: Triệu chứng rối loạn giấc ngủ liên quan đến số lượng giờ giấc, tính chất, và thời gian ngủ thức.

Eccentric: Một cá nhân thuộc loại lập dị, hành vi và cử chỉ lạ lùng không giống ai.

Echolalia: Chứng hay lặp lại, nhái lại lời nói của người khác thường có ở trẻ bị tự kỷ hay người bị bệnh tâm thần phân liệt.

Ego ideal: Giá trị và lý tưởng mà một cá nhân mơ ước được đạt tới.

Eidetic imagery: Một hình ảnh hay quang cảnh mạnh mẽ in đậm vào tâm trí sau khi hình ảnh hay quang cảnh đó đã được tháo gỡ.

Ejaculation: Sự rung động của các cơ bắp vào thời điểm bộ phận sinh dục bắt đầu tinh trùng ra ngoài.

Encephalitis: Một loại bệnh viêm não.

Encopresis: Tật ỉa đùn, đại tiện không tự chủ, của trẻ em.

Encounter group: Một nhóm nhỏ gồm vài người có nhiều kinh nghiệm được tổ chức để đóng vai trò đối tác cho cả nhóm, mục đích là để giúp gia tăng khả năng và tài khéo trong cư xử và quan hệ cho mỗi thành viên trong nhóm.

Endogenous depression: Một loại trầm cảm thuộc loại bẩm sinh, không tìm thấy nguyên nhân xuất phát từ đâu.

Enuresis: Tật đái dầm.

Epidemiological study: Cuộc điều tra nghiên cứu để xác định những trường hợp và tính thịnh hành của một loại bệnh nào đó trong một cộng đồng dân số.

Epilepsy (brain seizure disorder): Bệnh ngất xỉu.

Episodic memory: Ký ức thời điểm. Khả năng nhớ rõ những trải nghiệm và những sự kiện gì cá nhân đã kinh qua trong quá trình cuộc sống.

Essential hypertension: Tình trạng mãn tính của huyết áp cao do hậu quả của sự kết hợp cả hai yếu tố tâm lý và sinh lý.

Exhibitionism: Một chứng loạn dục, theo đó cá nhân chỉ cảm thấy thỏa mãn và sảng khoái nhục dục khi có cơ hội phô bày bộ phận sinh dục của mình ra ngoài cho người khác xem.

Existential anxiety: Cảm giác luôn lo lắng, băn khoăn về sự hạn chế và trách nhiệm của mình trong cuộc sống.

Exorcism: Những kiểu cách tế lễ, cúng bái để xua đuổi hồn ma, quỷ sứ ra khỏi con bệnh của người xưa.

Facilitated communication: Một trong những kỹ thuật dạy trẻ tự kỷ cách thức giao tiếp. Người hướng dẫn cầm tay và giúp trẻ hướng vào các bảng chữ viết hoặc đánh máy để trẻ làm quen.

Factitious disorder: Đau giả hiệu, theo đó cá nhân đóng vai trò của một bệnh nhân với những triệu chứng đau đớn giả tạo hay cố tình (Lưu ý: tình trạng giả hiệu này không phải do cá nhân muốn kiếm có để lợi dụng hay đánh lừa ai, nhưng vì là do khuynh hướng tâm lý tự nhiên của cá nhân đó thôi).

Family pedigree study: Phương pháp nghiên cứu để biết có bao nhiêu thành viên trong gia đình mắc những triệu chứng bệnh như thân chủ.

Fantasy: Hành động tưởng tượng. Một cơ chế tự vệ, theo đó cá nhân hình dung trong trí những sự cố để có cảm giác thỏa mãn bù trừ cho những ham muốn hay ước ao của mình.

Fear hierarchy: (Tư sử dụng trong kỹ thuật giải cảm có hệ thống của liệu pháp

hành vi). Một danh sách ghi chú các đối tượng hay tình huống gây ra sự sợ hãi khiếp đảm cho cá nhân từ tối thiểu đến tối đa.

Female orgasmic disorder: Triệu chứng rối loạn cảm hứng nhục dục của phái nữ, theo đó cá nhân không thể đạt được cao điểm của khoái lạc dù đã có đủ sự kích thích.

Fetal alcohol syndrome (FAS): Một loạt các vấn đề của một thai nhi có mẹ là người nghiện rượu nặng, theo đó đứa trẻ sinh ra bị thiếu cân, mặt mày và tứ chi bất bình thường và chức năng trí tuệ bị khiếm khuyết.

Fetishism: Một chứng loạn dục, theo đó cá nhân chỉ cảm thấy kích thích và khoái cảm nhục dục với các vật dụng không có sự sống như đồ lót, giày dép, khăn tay... của đối tượng.

Flasback: Chứng hồi ức, theo đó cá nhân cứ bị nhớ lại và cảm thấy đau khổ rày rứt với các biến cố kinh hoàng đã xảy ra cho mình.

Flat affect: Chứng mất khả năng xúc cảm của một số bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Forensic science: Khoa nghiên cứu về các luật lệ liên quan đến các ngành y dục và tâm lý.

Frotteurism: Một chứng loạn dục, theo đó cá nhân chỉ cảm thấy thích thú và thỏa mãn nhục dục khi có cơ hội dụng chạm hay cọ xát với đối tượng không thuận ý đồng tình với mình.

Functional mental disorder: Cụm từ này trước đây dùng để mô tả những khuôn mẫu cư xử bất thường, bệnh hoạn mà không có liên hệ gì đến sự rối loạn về não bộ.

Gender identity disorder (transsexualism): Rối loạn bản sắc giới tính, theo đó cá nhân không chấp nhận giới tính sẵn có của mình và ước ao gia nhập làm thành viên của giới tính đối lập.

Generalized amnesia: Một khuôn mẫu triệu chứng theo đó cá nhân quên hết tất cả các sự kiện đã xảy ra kể từ lúc bắt đầu biến cố cho đến về sau.

Generalized anxiety disorder: Một loại rối loạn lo âu, theo đó cá nhân luôn cảm thấy tâm trí bị đè nặng với những nỗi lo lắng mông lung không nguyên cớ về một số vấn đề hay sự kiện nào đó.

Geropsychology: Một lãnh vực nghiên cứu liên quan đến sức khỏe tâm lý tâm thần của tuổi già. Lão khoa.

Grief: Cảm nhận mà một cá nhân phải trải qua khi có người thân yêu qua đời.

Group home: Căn nhà cho các bệnh nhân hoặc những người khuyết tật trú ngụ để được huấn luyện về cách ăn ở và những khả năng sinh hoạt, ứng xử...

Hardiness: Một loại thái độ tích cực để ra để giúp cá nhân lấy lại tinh thần, năng lực hòng chống lại tình trạng bị stress sau khi phải trải qua biến cố chấn động mạnh về tinh thần hay thể chất.

Hebephrenic schizophrenia (Disorganized schizophrenia): Một dạng tâm thần phân liệt, theo đó người bệnh đặc biệt mắc chứng rối loạn phát biểu và cư xử, và khí sắc đều đặn.

Histrionic personality disorder: Một dạng rối loạn nhân cách, theo đó cá nhân luôn biểu hiện những cảm xúc nồng nức có vẻ kịch tính và luôn tìm kiếm sự quan tâm chú ý đến mình từ người khác.

Homosexuality: Đồng tính luyến ái.

Hydrocephalus: Một loại bệnh não bị ứ đọng dịch não khiến đầu bị to. Não úng thủy.

Hypoactive sexual drive: Chứng lãnh cảm trong vấn đề nhục dục.

Hypochondriasis: Một chứng đau cơ thể tưởng tượng, theo đó cá nhân luôn lo sợ, có cảm tưởng mình đang bị một căn bệnh gì trầm trọng lắm.

Hypnotherapy (hypnotis): Liệu pháp thôi miên.

Hypothesis: Giả thuyết, một lối giải thích, chỉ có tính cách dự kiến, về kết quả nghiên cứu sẽ đạt được thế nào.

Hysteria: Thuật ngữ trước đây dùng để mô tả các loại triệu chứng rối loạn thuộc về chuyển động, cảm giác, đau đớn cơ thể có nguyên nhân xuất phát từ những lý do tâm lý.

Idealism: Lý thuyết lý tưởng của Kant (Triết gia người Đức vào thế kỷ 18).

Idiographic understanding: Phương thức nhận dạng những hành vi bất thường ở một cá nhân.

Imposter phenomenon: Hiện tượng theo đó cá nhân luôn có cảm giác dai dẳng rằng mình không thể nào có đủ sức để hoàn thành được công việc do nó quá khó hoặc do bị người khác tìm cách cản trở.

Impulse: Xung động, xung năng.

Impulse-control disorder: Triệu chứng rối loạn theo đó cá nhân không có đủ sự vững vàng để cưỡng lại các xung năng, thôi thúc, cảm dỗ có hại cho bản thân và tha nhân.

Inappropriate affect: Một triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt theo đó người bệnh thường biểu hiện những cảm xúc hoàn toàn không thích hợp với tình huống đang diễn ra tại chỗ.

Incest: Tội loạn luân.

Informed consent: Mẫu giấy thân chủ ký vào và được lưu giữ trong hồ sơ bệnh lý để chấp nhận những điều kiện về cuộc trị liệu sẽ diễn ra với nhà tâm lý.

Insanity defense: Lờ mờ chứng trước luật pháp của một tội nhân viện cớ rằng anh/cô ta không chịu trách nhiệm về lỗi lầm mình đã gây ra vì vào thời gian phạm tội anh/cô ta đang bị bệnh tâm thần.

Insight therapy: Phương pháp trị liệu chính yếu nhằm vào việc giúp cho thân chủ có được khả năng nội thị, nghĩa là thân chủ hoàn thành được một sự hiểu biết sâu rộng các khía cạnh trong chức năng sinh hoạt tinh thần của mình.

Insomnia: Chứng khó ngủ. Khó đi vào giấc ngủ, giấc ngủ chập chờn, không sâu, hay bị thức giấc.

Instinct: Bản năng.

Interdisciplinary treatment procedure: Mô thức liên hợp trị liệu trong ngành tâm lý tâm thần.

Intermittent explosive disorder: Chứng rối loạn kiểm chế xung năng, theo đó cá nhân thường mất khả năng kiểm chế các hành vi bốc đồng, cảm dỗ dẫn

đến gây gỗ, tấn công, bạo lực, hay gây thiệt hại cho bản thân, tài sản hay cho người khác.

Interpersonal psychotherapy (IPT): Một phương pháp tiếp cận trong chữa trị bệnh trầm cảm, theo đó thân chủ được hướng dẫn để phục hồi khả năng quan hệ tốt đẹp với mọi người bên ngoài mà từ lâu do các ý nghĩ tiêu cực và hành vi co rút của bệnh trầm cảm khiến thân chủ bị đã mất khả năng này.

Introjection: Cá nhân thường có khuynh hướng tự định dạng và đồng hoá mình với người thân yêu quý trong gia đình vừa mới qua đời. Theo lý thuyết tâm động, đây là khuynh hướng có tính cách vô thức, sự đồng hóa với những giá trị của người phụ huynh quá cố sẽ dẫn đến việc đứa con trong gia đình phát triển được tầng cấu trúc siêu ngã.

Juvenile delinquents: Thuật ngữ dùng để mô tả những trẻ từ 8 đến 18 tuổi thường có những hành động vi phạm luật pháp.

Kleptomania: Chứng ăn cắp vặt, theo đó cá nhân thường không thể kiểm chế sự ham muốn, cảm dỗ nên phải ăn cắp những đồ vật khi thấy được trước mắt dù chúng không có lợi lộc hay cần thiết gì cho bản thân mình.

Korsakoff's syndrome: Hội chứng rối loạn thường thấy ở những người nghiện rượu, biểu hiện những động tác, cử chỉ bối rối, nhầm lẫn, ký ức hư hỏng, tứ chi run rẩy...

Learned helplessness: Lý thuyết tập nhiễm. Theo quan điểm của trường phái hành vi thì con người thường phải chịu mọi sự tác động có tính cách củng cố từ môi trường bên ngoài. Nói cách khác, cá nhân không thể cưỡng lại sự uồn nản do những tác động lặp đi lặp lại đến từ môi trường.

Learning disorder: Chứng rối loạn học tập, theo đó cá nhân bị mất khả năng nhận biết về ngôn ngữ đọc, viết và làm toán.

Lethality scale: Thang lượng giá về nguy cơ tiềm năng của những cá nhân có ý định tự tử, thường sử dụng trong các trung tâm bệnh viện tâm thần.

Logotherapy: Cách tiếp cận theo liệu pháp Hiện sinh/Nhân văn của Viktor Frankl, theo đó nhà trị liệu giúp thân chủ thay đổi thái độ và cách nhìn về cuộc đời và sự hiện hữu của mình để tâm tư thoát ra khỏi những suy tư rối rắm và do đó được bình thản hơn.

Longitudinal study: Một cách nghiên cứu thí nghiệm thường kéo dài liên tục trong nhiều năm, theo đó các tính chất hay hành vi của một số chủ thể luôn được quan sát và kiểm tra qua những nút thời gian và tình huống khác nhau.

Long-term memory: Ký ức dài hạn, bao gồm các thông tin đã được tích lũy trong nhiều năm.

Loose association (Derailment): Chứng rối loạn tư tưởng của một số bệnh nhân tâm thần phân liệt, theo đó ý tưởng và lời nói của cá nhân thường chuyển nhanh và dồn dập từ đề tài này qua đề tài khác.

Mainstreaming: Một hình thức giáo dục các trẻ chậm phát triển trí tuệ bằng cách đưa trẻ vào học chung với các học sinh bình thường khác.

Major depressive episode: Giai đoạn trầm cảm nặng mà không phải do hậu quả của sự đau ốm thể chất.

Male erectile disorder: Tình trạng rối loạn về sự cương cứng dương vật, theo đó cá nhân không có khả năng duy trì sự cương cứng và hoàn thành được sự thỏa mãn nhục dục.

Malingering: Bệnh giả đau, theo đó cá nhân cố tình làm ra vẻ đang bị một căn bệnh để trốn tránh nhiệm vụ hay được một ân huệ, vật chất nào đó.

Mania: Trạng thái hay cử chỉ biểu hiện sự hưng phấn, ngây ngất tột điểm.

Manifest content: Những nét nội dung nổi bật được nhớ lại trong một giấc mơ.

Mantra: Lời nói, ý tưởng, hay lời khấn được cá nhân dùng để tạo sự tập trung trong lúc ngồi thiền.

Marital therapy: Phương pháp tiếp cận tâm lý để trị liệu cho một cặp vợ chồng.

Masturbation: Hành động thủ dâm.

Meditation: Thiền. Một kỹ thuật tập trung tinh thần để hình thành một trạng thái tỉnh thức tâm trí theo đó cá nhân xả bỏ được những cảm xúc và các triệu chứng căng thẳng.

Melancholia: Bệnh sầu uất. Từ ngữ các triết gia và y sĩ thời xưa dùng để mô tả về các triệu chứng trầm cảm.

Meningioma: Bệnh u màng não.

Meningitis: Một loại bệnh sung não của trẻ em. Viêm màng não.

Mental status exam: Một loạt phỏng vấn và trắc nghiệm để kiểm tra tính chất và mức độ của các chức năng sinh hoạt tinh thần của thân chủ.

Mesmerism (Hypnotism): Một kỹ thuật thôi miên dùng chữa trị các loại bệnh rối loạn dạng tâm căn của các bác sĩ người Áo trước đây. Mesmerism là tiền thân của chữ Hypnotism: Thuật thôi miên. Hai thuật ngữ có nghĩa giống nhau vì trước đây bác sĩ Franz Mesmer (1734-1815) dùng kỹ thuật này để chữa trị chứng điên loạn tâm căn (hysterical disorder). Về sau các bác sĩ Charcot, Breuer, và Freud cũng sử dụng kỹ thuật này nhưng thuật ngữ đổi thành "hypnotism" hay "hypnotherapy".

Metacommunication: Tính chất của nội dung, âm thanh, và đáng điệu hàm chứa trong một thông điệp hay lời nói.

Microencephaly: Tình trạng rối loạn trong đó cá nhân có cái đầu nhỏ và hình dạng không có vẻ bình thường, được phỏng đoán do kết quả của các yếu tố di truyền hoặc các khuyết tật, trở ngại lúc mang thai hay khi sinh.

Migraine headache: Chứng đau nhức dữ dội ở một trong hai phía đầu thường được báo hiệu trước bằng cảm giác khó chịu.

Mind-body dualism: Quan điểm cho rằng tinh thần là một thực thể tách rời hẳn với thân xác, do đó nó không có ảnh hưởng gì đến những tình trạng đau yếu của thể chất.

Monozygotic twins: Cặp sinh đôi được phát triển bởi một trứng (đồng hợp tử).

Mood: Khí sắc, tâm trạng.

Mood stabilizers: Các loại thuốc làm ổn định khí sắc.

Multidimensional risk perspective: Lý thuyết cho rằng một căn bệnh càng dễ bị phát triển nếu cá nhân càng có nhiều yếu tố nguy cơ có liên quan tới căn bệnh đó.

Multiple personality disorder (Dissociative identity disorder): Một loại rối loạn nhân cách theo đó cá nhân thường phô bày ít nhất từ hai đến nhiều khuôn mẫu nhân cách khác nhau. Rối loạn đa nhân cách.

Muscle-contraction headache: Một chứng đau đầu gây ra bởi sự co bóp liên tục các bắp thịt chung quanh sọ não.

Narcissistic personality disorder: Nhân cách dạng ái kỷ, theo đó cá nhân luôn có thái độ trịch thượng, tự tôn, tính khoe khoang, khoe khoang, thích sai bảo, thích được trọng vọng nể phục, nhưng ích kỷ, không biết cảm thông và đối xử hợp lý với các mối liên hệ.

Narcolepsy: Chứng ngủ mê thiếp, theo đó trong khi ngủ cá nhân bị mê thiếp từng chập và các cơ bắp bị tê liệt cộng với cảm xúc mạnh. Dân gian hay gọi là bị “ma đè”.

Neologism: Từ ngữ mới, do cá nhân tự đặt ra với ý muốn truyền tải được ý nghĩa mà họ cần nói đến.

Neuroleptic drugs (antipsychotic drugs): Các loại thuốc chống loạn thần nói chung.

Neuropsychological test: Cuộc trắc nghiệm để phát hiện các tổn thương não bằng cách đo lường những chức năng về nhận thức, trí giác, ký ức, và những phản ứng tự động.

Neurotransmitter: Chất dẫn truyền thần kinh. Ví dụ, dopamine, norepinephrine, serotonin.

Nicotine patch: Miếng dán vào da có tẩm chất nicotine để giúp chữa trị người nghiện thuốc lá nặng.

Nightmare disorder: Chứng ác mộng trong giấc ngủ. Cá nhân thường nằm mơ

những chuyện kinh khiếp, hiểm nguy, đau khổ, và thường vùng thức dậy trong sự hoảng hốt.

Normalization program: Chương trình trị liệu cho những cá nhân chậm phát triển trí tuệ, bằng cách cung cấp cho họ những điều kiện sống tương tự như cuộc sống của những người bình thường khác.

Norms: Những nguyên tắc cư xử chung đã được nhiều người công khai hay ngầm ngầm thừa nhận trong khuôn khổ của một nền văn hoá.

Object relations theory: Thuyết đối tượng liên hệ của các tác giả thuộc trường phái tâm động như Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Margaret Mahler. Lý thuyết này cho rằng sự ao ước có được mối quan hệ gắn bó với một đối tượng (ví dụ, mẹ và con) làm tạo ra động lực cho cư xử và hành động.

Obsession: Nỗi ám ảnh, theo đó một ý tưởng, niềm mơ ước, hay một hình ảnh cứ mãi tràn ngập, xâm chiếm trong ý thức của cá nhân.

Obsessive compulsive disorder: Bệnh rối loạn ám ảnh cưỡng bức. Người bệnh luôn cảm thấy lo lắng và bị trói buộc phải nghĩ đến hay làm một việc gì đó lặp đi lặp lại mãi nhưng tâm tư vẫn cứ cảm thấy không yên ổn. Ví dụ, cá nhân cứ rửa tay liên tục nhưng không phải do tay bị dơ bẩn.

Oppositional defiant disorder: Chứng rối loạn chống đối của trẻ, theo đó đứa trẻ có tánh ương ngạnh, hay cãi vã, không chịu phục tùng nghe lời cha mẹ và thầy cô, không ngăn nắp, hay gây gổ, chống đối người thân, bè bạn...

Organic mental disorder: Từ ngữ trước đây dùng để mô tả các triệu chứng rối loạn tâm thần do nguyên nhân của vấn đề thể chất.

Orgasm: Cảm giác cực khoái về nhục dục của phụ nữ vào lúc giao hoan.

Outpatient: Bối cảnh chữa trị theo đó cá nhân thường xuyên đến văn phòng riêng của bác sĩ thay vì phải vào nằm tại bệnh viện.

Overt behavior: Những hành động có thể quan sát được, hay những lời phát biểu rõ ràng.

Pain disorder associated with psychological factors: Một loại rối loạn cơ thể trầm trọng và dai dẳng trong đó các yếu tố tâm lý của cá nhân là nguyên nhân chính yếu, đóng vai trò quan trọng ngay từ khi khởi đầu.

Panic attack: Cơn hốt hoảng. Thường hay bất thần xảy ra trong vài phút khiến cá nhân hồi hộp, khó thở, toát mồ hôi và sợ hãi.

Paranoid personality disorder: Nhân cách dạng hoang tưởng. Cá nhân luôn nghi ngờ người khác, cho rằng mọi người chung quanh đều có dã tâm, ác ý với mình.

Paraphilias: Chứng loạn dục. Thuật ngữ dùng để mô tả chung cho những dạng rối loạn về các chức năng như thích làm tình với trẻ em, với đồ vật không có sự sống, với người không đồng tình, v.v...

Paraprofessional: Cá nhân không được huấn luyện chuyên môn được tuyển dụng để làm việc dưới sự giám thị của một chuyên viên sức khỏe tâm thần.

Parasomnias: Các chứng bất thường trong giấc ngủ. Ví dụ, chứng ác mộng trong giấc ngủ (nightmare disorder), hay chứng mộng du (sleep walking attack).

Parasympathetic nervous system: Hệ thần kinh đối giao cảm. Bao gồm một nhóm sợi thần kinh có nhiệm vụ giúp cho cơ thể trở lại bình thường sau một cơn hoảng hốt hay lo sợ.

Parkinsonian's symptoms: Bao gồm các triệu chứng tê cứng bắp thịt, chuyển động chậm chạp chập và trở ngại, cầm môi run... thường xảy ra cho các bệnh nhân sử dụng các loại thuốc chống loạn thần lâu năm.

Pathological gambling: Chứng nghiện cờ bạc.

Pedophilia: Chứng rối loạn tình dục theo đó cá nhân chỉ cảm hứng và thích làm tình với trẻ con chưa đến tuổi dậy thì.

Pervasive developmental disorders: Các chứng rối loạn phát triển lan tỏa. Còn gọi là rối loạn phổ tự kỷ (autism spectrum disorders).

Psychopharmacology: Ngành dược lý chuyên về các loại thuốc chữa trị tâm lý tâm thần.

Phenomenology: Những trải nghiệm và quan điểm về thế giới của một cá nhân.

- Phobia:** Trạng thái sợ hãi và ghét bỏ phi lý nhưng kiên định của một cá nhân về một đối tượng, một vật hay một nơi nào đó.
- Play therapy:** Phương pháp tiếp cận để trị liệu cho trẻ em bằng cách bày ra các vật dụng đồ chơi cho trẻ để trong khi chơi trẻ có cơ hội diễn tả ý nghĩ, cảm xúc và phát triển trí tưởng tượng, sáng tạo.
- Polygraph:** Máy trắc nghiệm nói thật, bằng cách đo các phản ứng sinh lý như hơi thở, nhịp tim, mồ hôi trong khi đặt ra những câu hỏi cho cá nhân trả lời.
- Postpartum depression:** Bệnh sản hậu hay trầm cảm sau khi sinh.
- Post-traumatic stress disorder:** Bệnh rối loạn stress sau san chấn.
- Poverty of content:** Chứng cùn mòn và thiếu thốn ý nghĩa trong lời nói mà không phải do bị cảm xúc, thường thấy ở các bệnh nhân tâm thần phân liệt.
- Preconscious:** Tiềm thức (*Thuật ngữ trong Phân tâm học*).
- Predisposition:** Thiên hướng, tổ bẩm. Những yếu tố nguy cơ có sẵn từ trước khi sinh ra được cho là nguyên nhân phát triển thành bệnh về sau.
- Premature ejaculation:** Chứng xuất tinh sớm của nam giới.
- Premenstrual dysphoric disorder:** Trạng thái khó chịu, buồn bực, bâng khuâng, lo lắng, gắt gỏng thường xảy ra trong những ngày sắp đến kỳ kinh nguyệt của một số phụ nữ.
- Premorbid:** Thời kỳ trước khi bắt đầu một căn bệnh.
- Presenile dementia:** Chứng mất trí xảy ra ở tuổi trung niên.
- Procedural memory:** Loại ký ức thuộc về khả năng hành xử tự nhiên và tự động của cơ thể và tri giác mà không cần phải có sự can thiệp của phần ý thức.
- Prodromal phase:** Giai đoạn chưa phát bệnh tâm thần phân liệt, nhưng cá nhân bắt đầu có nhiều dấu hiệu tụt hậu về các chức năng hành xử.
- Prognosis:** Sự tiên lượng bệnh.
- Psychiatric social worker:** Chuyên viên tâm lý tâm thần xã hội, có khả năng áp dụng tâm lý trị liệu cho thân chủ sau khi đã tốt nghiệp thạc sĩ hay tiến sĩ chuyên ngành tâm lý xã hội.
- Psychogenic illness:** Chứng đau có nguyên nhân từ những yếu tố tâm lý như

buồn bực, căng thẳng hay do những giằng co, tranh chấp của các nhu cầu vô thức.

Psychoneuroimmunology: Môn nghiên cứu về những tác động liên hệ giữa các triệu chứng rối loạn tâm thần tâm lý, căng thẳng tinh thần với hệ thống miễn nhiễm của cơ thể.

Psychopathology: Tâm bệnh học.

Psycho-Stimulants: Các loại thuốc kích thích tâm trí.

Pyromania: Chứng rối loạn kiểm chế xung động khiến cá nhân có tật muốn đốt nhà để vui thích hay để giải tỏa căng thẳng tinh thần; chứng cuồng phóng hỏa.

Quasi-experiment: Một phương pháp thí nghiệm theo đó các đối tượng thí nghiệm không được tuyển lựa theo lối tình cờ ngẫu nhiên, nhưng thay vào đó người điều hành sử dụng một nhóm người đặc biệt đã có sẵn trong xã hội nói chung.

Random assignment: Phương pháp sử dụng các đối tượng thí nghiệm được chọn lựa theo lối tình cờ, ngẫu nhiên để lập thành hai nhóm: nhóm kiểm tra và nhóm thí nghiệm. Phương pháp này thường giúp giảm thiểu được những ảnh hưởng không khách quan do những vấn đề khác biệt của hai nhóm đối tượng đã có sẵn từ trước cuộc thí nghiệm.

Rape: Hành động hiếp dâm.

Rapprochement: Một nỗ lực định nghĩa và giải thích một loạt các chiến lược chữa trị chung từng được các chuyên gia tâm lý sử dụng có hiệu quả.

Relapse - prevention training: Kỹ thuật trị liệu bằng cách hướng dẫn những người nghiện nặng về các phương pháp tự theo dõi để nhận ra những tình huống hay trạng thái xúc cảm nào có sức lôi cuốn, cám dỗ, làm cho gia tăng nguy cơ sử dụng chất liệu, và sau đó hướng dẫn họ những phương cách để có những phản ứng hiệu quả.

Relaxation training: Kỹ thuật giúp cho thân chủ biết cách xả bỏ trạng thái căng thẳng của tinh thần và cơ thể.

Residual schizophrenia: Trạng thái tồn đọng của bệnh tâm thần phân liệt, theo đó các triệu chứng chính yếu của căn bệnh đã được giảm thiểu và chế ngự, nhưng vẫn không thể hoàn toàn biến mất.

Retrograde amnesia: Tình trạng quên những sự cố gì đã xảy ra trong thời gian trước khi bị tai nạn.

Savant: Một cá nhân mặc dù mắc phải những triệu chứng rối loạn tinh thần và tâm lý nhưng lại có một tài năng đặc biệt nào đó.

Schizoaffective disorder: Một loại bệnh tâm thần phân liệt kết hợp với những triệu chứng rối loạn nổi bật của bệnh trầm cảm.

Schizophreniform disorder: Một dạng rối loạn tâm thần thể hiện đầy đủ các triệu chứng nổi bật của bệnh tâm thần phân liệt, nhưng chỉ tồn tại trong thời hạn từ 1 đến 6 tháng.

Schizotypal personality disorder: Nhân cách dạng phân liệt. Cá nhân có những hành vi lạ lùng, bất thường, tư duy và nhận thức méo mó, huyền hoặc và những kiểu cư xử khó chịu, không giống ai trong quan hệ.

School phobia: Chứng sợ trường học của trẻ em khi mới bắt đầu đến trường.

Seasonal affective disorder (SAD): Một dạng trầm cảm thường xảy ra cho một số người do ảnh hưởng của sự thay đổi thời tiết trong các mùa.

Selective amnesia: Chứng quên theo đó cá nhân chỉ nhớ được một số chi tiết (phỏng đoán là do ý muốn trong vô thức của cá nhân) trong toàn bộ sự kiện đã xảy ra vào một thời điểm nào đó.

Self psychology: Liệu pháp tâm lý tập trung vào vai trò của "cái tôi" của nhà tâm động học Heinz Kohut.

Semantic memory: Ký ức về các thông tin có tính bách khoa và trừu tượng của một cá nhân.

Senile dementia: Chứng mất trí bình thường của những người khoảng từ 65 tuổi trở lên.

Separation anxiety disorder: Chứng lo sợ phân ly của trẻ, theo đó trẻ có trạng

thái căng thẳng, lo lắng khi bị rời nhà hay bị xa cách, vắng bóng cha mẹ hay người giám hộ.

Sexual dysfunction: Chứng rối loạn tình dục theo đó cá nhân mất khả năng hành xử các động tác quan hệ tình dục tự nhiên và bình thường.

Sexual machochism: Chứng rối loạn tình dục, theo đó cá nhân chỉ cảm thấy rạo rực, thích thú và thỏa mãn khi cá nhân bị đối tượng nhục mạ, đánh đập, hay làm cho mình đau đớn trước khi làm tình.

Sexual sadism: Chứng rối loạn tình dục, theo đó cá nhân chỉ cảm thấy rạo rực, thích thú và thỏa mãn nếu đã có cơ hội hành hung, chửi rủa, đánh đập, gây thương tích cho đối tượng trước khi làm tình.

Shared psychotic disorder (folie à deux): Chứng rối loạn tâm thần do cá nhân bị nhiễm lây từ người bệnh đang sống chung với mình.

Short-term memory: Hệ thống ký ức liên quan đến các thông tin cá nhân đang cập nhật.

Sleep apnea: Chứng rối loạn giấc ngủ theo đó cá nhân thật sự bị ngưng thở trong vòng từ 30 giây hay nhiều hơn trong khi ngủ.

Sleep terror disorder: Chứng hoảng sợ trong khi ngủ, theo đó cá nhân đột nhiên la hoảng trong sự kinh hoàng và tỉnh dậy cho dù còn nhớ lại hay không những gì đã mơ thấy.

Social phobia: Chứng ám ảnh sợ xã hội, theo đó cá nhân sẽ tìm mọi cách tránh né hay vô cùng bối rối và run sợ khi phải trình diện trước chỗ đông người.

Sociocultural model: Quan điểm lý thuyết nhấn mạnh vào tác động và ảnh hưởng của văn hoá và xã hội lên mọi hành vi của cá nhân.

Sociology: Xã hội học.

Sociopathy (antisocial personality disorder): Nhân cách dạng chống đối xã hội.

Somatogenesis: Quan điểm cho rằng phần sinh lý cơ thể của cá nhân là nguyên nhân gây ra các rối loạn tâm thần tâm lý.

Specific phobia: (Khác với Social phobia) Chứng sợ ám ảnh đặc hiệu, theo đó cá nhân luôn cố tránh né hay tiếp xúc với một đối tượng hay tình huống đặc thù nào đó.

Statutory rape: Tội giao hoan với trẻ vị thành niên (dù cho có sự đồng tình).

Stutter: Chứng rối loạn phát âm, theo đó cá nhân cứ lặp đi lặp lại, kéo dài, ngưng lại hay lặp bập trộn lẫn âm thanh các chữ trong khi phát biểu. Nói lắp, cà lăm.

Sublimation: Sự thăng hoa. Đây là yếu tố tâm lý mà phân tâm học cho rằng nó chỉ có với những cá nhân có phần cấu trúc siêu ngã mạnh mẽ. Thăng hoa cũng có cội nguồn từ những khát vọng của bản năng vô thức, nhưng nó lại được thực hiện ở một tầm mức của lý trí và lương trí. Thăng hoa là yếu tố tâm lý thể hiện những giá trị lý tưởng và cao đẹp nhất mà cá nhân muốn thể hiện. Ví dụ, từ một nỗi đam mê nhục dục lại biến thành một tình yêu trong sáng.

Sympathetic nervous system: Hệ thần kinh giao cảm. Bao gồm một nhóm sợi thần kinh khiến cho hơi thở và nhịp tim đập nhanh, các bắp thịt rần lại, da mặt đỏ lên hay tái xanh khi đối mặt với một tình huống gây ra sự lo lắng, sợ hãi hay tức giận.

Tarantism: Còn được gọi là điệu nhảy St. Vitus phổ biến từ khoảng thế kỷ thứ 10 đến 15. Một chứng rối loạn theo đó một nhóm người đua nhau bắt thần nhảy nhót cuồng loạn cho đến khi mất ý thức và ngất xỉu. Tương tự như tục "lên đồng" của một số nước Á châu.

Tardive dyskinesia: Triệu chứng môi và cằm lập cập, khuôn mặt đờ đẫn thường xảy ra cho những bệnh nhân sử dụng các loại thuốc chống loạn thần truyền thống (traditional antipsychotic drugs) quá lâu.

Thanatos: Bản năng hủy diệt (chết). Thuật ngữ của phân tâm học, phân biệt với thuật ngữ Eros: Bản năng sinh tồn (tình yêu, sự sống).

Tolerance: Sự lờn thuốc.

Travestic fetishism (transvestism): Chứng loạn dục theo đó cá nhân cảm thấy bị kích thích và thỏa mãn nhục dục khi mặc áo quần của đối tượng khác giới tính.

Trephination: Cách dùng dụng cụ bằng đá để cắt sọ của bệnh nhân tâm thần như là một lối chữa trị của người xưa trong thời kỳ đồ đá.

Trichotillomania: Chứng bứt hay vầy vò mái tóc của một số cá nhân để chế ngự những cơn xúc cảm, bốc đồng, hay lúc bị stress.

Type I schizophrenia: Các dạng bệnh tâm thần phân liệt có những triệu chứng dương tính như hoang tưởng (delusion), ảo giác (hallucination).

Type II schizophrenia: Các dạng bệnh tâm thần phân liệt có những triệu chứng âm tính như khí sắc thờ ơ, ngôn ngữ thiếu hụt, nông cạn và năng lực cùn mòn.

Undifferentiated schizophrenia: Một dạng bệnh tâm thần phân liệt nhưng không có những nét triệu chứng nổi bật để được xếp vào một thứ loại rõ ràng nào trong nhóm bệnh này.

Unipolar depression: Bệnh trầm cảm đơn cực, cũng được gọi là bệnh trầm cảm, theo đó cá nhân chỉ luôn biểu hiện trạng thái khí sắc tiêu cực và không bao giờ trải qua giai đoạn hưng cảm nào.

Unstructure interview: Một kiểu phỏng vấn theo đó nhà trị liệu chỉ nêu lên những câu hỏi tự khởi căn cứ trên những vấn đề hiện ra tại chỗ chứ không có sự sắp xếp trước.

Vaginismus: Chứng mất khả năng co giãn của cơ bắp ở phần ngoài âm đạo của người phụ nữ tạo ra sự khó khăn cho vấn đề tình dục với nam giới.

Vascular dementia: Chứng mất trí vì sự hạn chế lưu thông của máu luân chuyển điều hòa giữa các vùng não. Chứng này có nguyên nhân từ sự tổn thương của các mạch máu não bị tai biến hay do một tai nạn ở đầu.

Visual hallucination: Ảo giác thị giác, theo đó cá nhân nhìn thấy một đối tượng vô hình, một đối tượng ảo, hoặc thấy một đối tượng có thật nhưng với góc độ, màu sắc và hình thể không đúng như thực tế.

Voyeurism: Chứng rối loạn tình dục, theo đó cá nhân chỉ có cảm giác rạo rực, hứng khởi và sảng khoái khi nhìn trộm kẻ khác đang làm tình hay đang thay áo quần.

Waxy flexibility: Một dạng rối loạn trương căng của bệnh tâm thần phân liệt, theo đó cá nhân có triệu chứng cứng ngắt và bất động. Ví dụ, đứng yên không lay chuyển hàng giờ trên vệ đường hay giữ nguyên miệng há ra mà không khép lại sau khi bác sĩ đã kiểm tra cổ họng.

Withdrawal: Trạng thái và phản ứng thèm (đói) thuốc của những người nghiện.

TÂM BỆNH HỌC

TS. PHẠM TOÀN

Chịu trách nhiệm xuất bản: PHAN THỊ THU HÀ
Chịu trách nhiệm nội dung: DƯƠNG THÀNH TRUYỀN
Biên tập và sửa bản in: VŨ THỊ THU NHỊ
Bìa: BÙI VĂN NAM
Trình bày: ĐỖ VĂN HẠNH

NHÀ XUẤT BẢN TRẺ

Địa chỉ: 161B Lý Chính Thắng, Phường 7,
Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh
Điện thoại: (028) 39316289 - 39316211 - 39317849 - 38465596
Fax: (028) 38437450
E-mail: hopthubandoc@nxbtre.com.vn
Website: www.nxbtre.com.vn

CHI NHÁNH NHÀ XUẤT BẢN TRẺ TẠI HÀ NỘI

Địa chỉ: Số 21, dãy A11, khu Đầm Trấu, Phường Bạch Đằng,
Quận Hai Bà Trưng, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: (024) 37734544
Fax: (024) 35123395
E-mail: chinhanhhanoi@nxbtre.com.vn

CHI NHÁNH NHÀ XUẤT BẢN TRẺ TẠI ĐÀ NẴNG

Địa chỉ: 280D Trưng Nữ Vương, Phường Bình Thuận,
Quận Hải Châu, Đà Nẵng
Điện thoại: 02363539885
E-mail: chinhanhdanang@nxbtre.com.vn

Công ty TNHH Sách điện tử Trẻ (YBOOK)

161B Lý Chính Thắng, P.7, Q.3, Tp. HCM
ĐT: 028 35261001 – Fax: 028 38437450
Email: info@ybook.vn
Website: www.ybook.vn

In 2.500 cuốn, khổ 14x20cm, tại Xí nghiệp in Fahasa
774 Trường Chinh, Phường 15, Quận Tân Bình, Tp. HCM.
Số đăng ký KHXB: 3103-2019/CXBIPH/90-165/Tre.
Số QĐXB: 1350/QĐA-NXBT ký ngày 31/12/2019.
In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2020.
ISBN: 978-604-1-15213-7.

- TÂM BỆNH HỌC LÀ GÌ?
- CÁC LÝ THUYẾT VỀ TÂM BỆNH
- LƯỢNG GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN BỆNH TÂM THẦN
- PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN
- ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN
- BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT
- BỆNH RỐI LOẠN KHÍ SẮC
- BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU
- RỐI LOẠN HẬU CHẨN THƯƠNG
- TÂM TRẠNG CĂNG THẲNG
- TUỔI TRÉ VÀ BỆNH TÂM THẦN
- TUỔI GIÀ VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN



Môn học về các hiện tượng tâm bệnh dù từng được quan tâm nghiên cứu qua nhiều thời kỳ trong lịch sử nhân loại, nhưng chỉ trong những thập niên gần đây nó mới thực sự trở thành một môn khoa học thực nghiệm có hệ thống và đã được hầu hết các quốc gia tân tiến trên thế giới xem như là một lãnh vực nghiên cứu và chữa trị chuyên biệt trong y học. Trong chiều hướng đó, các chuyên gia tâm lý tâm thần trong cộng đồng người Việt chúng ta cũng đã và đang quan tâm nghiên cứu, cố gắng tiếp tục phát triển môn học này để phục vụ cho đời sống của cộng đồng và xã hội.

Quyển *Tâm bệnh học* được tác giả soạn thảo với chủ đích giới thiệu tính phổ quát của các đề mục trong môn học tâm lý tâm thần, cũng như tính chuyên sâu và súc tích về các phần nội dung chuyên ngành, do đó nó sẽ là tập tài liệu tham khảo bổ ích cho các sinh viên và chuyên viên đang học tập, làm việc hoặc giảng dạy trong ngành tâm thần tâm lý.

Giản lược, dễ hiểu, đầy đủ các phần:

Định nghĩa • Giải thích • Phân loại • Chẩn đoán • Trị liệu



ISBN 978-604-1-15213-7



Tâm bệnh học



Giá: 145.000 đ

