

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

# TÂM LÝ HÀNH VI BẤT BÌNH THƯỜNG

*Th.S.Nguyễn Ngọc Lâm biên soạn*

**Năm 2002**

## MỤC LỤC

Chương 1 : Khái niệm bất bình thường.....	Tr 3
Chương 2 : Hành vi con người.....	tr 12
Chương 3 : Tâm bệnh học về tuổi thơ .....	tr 18
Chương 4 : Lịch sử của tâm lý bệnh học và hệ thống phân loại :.....	tr 28
Chương 5 : Hoạt động tâm thần :.....	tr 39
Chương 6 : Biểu hiện của rối loạn tâm thần :.....	tr 43
Chương 7 : Lo âu và trầm cảm :.....	tr 48
Chương 8 : Bệnh hưng – trầm cảm :.....	tr 63
Chương 9 : Xung đột và Stress :.....	tr 65
Chương 10 : Rối loạn nhân cách :.....	tr 73
Chương 11 : Bệnh tâm thần phân liệt :.....	tr 76
Chương 12 : Rối loạn tình dục :.....	tr 79
Chương 13 : Hành vi tự tử ở thanh thiếu niên :.....	tr 81
Tài liệu tham khảo :.....	tr 85

# CHƯƠNG 1 : KHAI NIỆM BẤT BÌNH THƯỜNG



Nói đến ai đó bất bình thường là nói đến cái gì ? Làm thế nào để biết một người nào đó bất bình thường ? Tại sao họ đã trở thành như thế? Họ có thay đổi được không ? Trước hết, chúng ta cần tìm hiểu thế nào là “bình thường” và “bất bình thường”.

## 1. CÁC ĐỊNH NGHĨA VỀ BẤT BÌNH THƯỜNG :

Ngày nay có nhiều định nghĩa khác nhau được sử dụng bởi các nhà tâm lý và trong dân gian về hành vi bất bình thường.

**1.1. Sự lệch lạc so với bình thường (lệch chuẩn):** hành vi không bình thường so với đa số : nếu làm thống kê và nếu lấy một điểm trung bình thì đa số con người xoay quanh điểm ấy, một ít người ở vị trí xa hơn : ví dụ chiều cao. Khoảng cách với những giá trị trung bình đôi khi bị xem là bất bình thường (gọi là đơn vị lệch chuẩn) : ví dụ IQ của trí thông minh : dưới 100 được xem là bất bình thường về trí thông minh.

**1.2.. Vi phạm chuẩn mực xã hội :** vi phạm các qui tắc xã hội. Phần lớn các hành vi của chúng ta được định hình theo các quy tắc (cái gì là đúng, sai). Ví dụ : cách thức ăn mặc, hành vi trong lần hẹn đầu tiên, nhìn người lạ, hành vi sinh viên / giảng viên, nói chung ở mọi khía cạnh của cuộc sống. Đây là định chuẩn thường được dùng nhiều nhất.

**1.3. Hành vi không thích nghi :** có hai khía cạnh : không thích ứng với chính mình như không đạt mục tiêu, không thích ứng với yêu cầu cuộc sống và không thích ứng với xã hội ( như quấy rầy, không hoà nhập hay làm hỏng chức năng nhóm xã hội)

Ví dụ: Tuấn, một người đàn ông 38 tuổi ngày nào cũng say rượu đến mức mất tự chủ. Anh ta hay gây gổ với gia đình và bạn bè anh và thường đánh nhau tại nơi làm việc. Tuần rồi, anh mắng chửi xếp của anh và bị nghỉ việc. Anh không ý muốn tìm việc khác và tiêu tiền vào việc uống rượu, xem video, anh không hề nghĩ anh là gì và khi ai xem thường anh ta thì anh ta rất buồn khổ.

**1.4. Sự đau khổ cá nhân :** Nếu con người hài lòng với cuộc sống của mình thì không có gì phải quan tâm đến lãnh vực sức khoẻ tâm thần. Nhưng khi lo âu, khủng hoảng..... thì hành vi và suy nghĩ của người bất hạnh dễ bị xem là bất bình thường.

**1.5. Lệch lạc từ một lý tưởng :** vấn đề này tùy thuộc vào tính chất đặc biệt của “ lý tưởng “ cá nhân là gì. Đó cũng là dấu hiệu của bệnh tâm thần theo một số thuyết tâm lý.

**1.6. Rối loạn về mặt y học :** bất bình thường phát sinh khi có bệnh về thể chất. Hành vi bất thường là dấu hiệu của sự rối loạn thể chất. Đó là khái niệm phát sinh sinh vật

(biogenic). Người bệnh khác với người không bệnh. Ví dụ : bệnh Alzheimer (não bị thoái hoá, tập trung, trí nhớ kém, khó chịu, ảo giác)

Không có một định nghĩa nào gọi là đúng hay là tốt nhất vì có nhiều khía cạnh của bất bình thường.

## **2. MỘT SỐ VẤN ĐỀ TRONG CÁC ĐỊNH NGHĨA VỀ BẤT BÌNH THƯỜNG**

### **2.1. Sự lệch lạc so với bình thường :**

Định nghĩa này liên quan đến người trung bình (average person = ideal person). Trung bình có nghĩa là lý tưởng không ? Khác với trung bình có phải là dấu hiệu của lệch lạc không ? Nhưng trong các lĩnh vực hoạt động nghệ thuật, khoa học, văn hoá...) nhiều người đã lệch lạc so với bình thường thì lại linh hoạt và mang đến nhiều tiến bộ cho loài người.

### **2.2. Vi phạm chuẩn mực xã hội :**

- a) Những người cải cách xã hội (như nữ quyền) không chấp nhận những chuẩn mực xã hội lạc hậu thì không thể bị xem là bất bình thường.
- b) Thuyết văn hoá tương đối : không có gì tuyệt đối, cái bất thường tuyệt đối với chúng ta lại là bình thường đối với dân tộc khác. Ví dụ tại Tân Guinea có 3 bộ tộc : Arapesh (nam và nữ đều dịu dàng, cùng chăm sóc con cái), Mundugumar (nam và nữ đều hung dữ, ăn thịt người) và Tchumbuli (nam thì nham hiểm, tóc xoắn và mặc quần áo đẹp, thích đi mua hàng trong khi nữ mạnh mẽ, quản lý, không trang điểm). Như vậy không có tiêu chuẩn văn hoá để đánh giá ai bình thường và ai bất bình thường. Hơn nữa, các quy tắc văn hoá có thể thay đổi theo thời gian, qua các thế hệ khác nhau.

### **2.3. Hành vi không thích nghi:**

Cách đánh giá này không quan tâm đến việc có thể có hoàn cảnh không bình thường, cần có hành vi không bình thường để thích ứng. Ví dụ có người Đức không thích nghi với Đức Quốc Xã, người vợ không thể đương đầu với người chồng lạm dụng bà ta.

### **2.4. Khủng hoảng cá nhân :**

Nói hành vi bất thường là nói hành vi gây ra khủng hoảng/khó chịu và bình thường là khi không có sự khó chịu. Vậy tại sao Charles Manson, kẻ giết người hàng loạt, vẫn tỏ ra bình thường, không cảm thấy tội lỗi, cũng như người tâm thần nghe tiếng nói của người mẹ đã mất cảm thấy vui sướng. Đau buồn không hẳn là điều xấu. Khi thể hiện đau buồn thì con người có thể khắc phục tốt hơn khó khăn, sự lo âu về một nguy cơ nào đó có thể giúp ta phòng tránh.

### **2.5. Lệch lạc từ một ý tưởng :**

Lý tưởng của ai ? lý tưởng của cá nhân ? văn hoá ? trời ? Giống như các quy tắc xã hội, lý tưởng mang tính tương đối qua các nhóm và thời gian. Ví như Pythagoras xây dựng tôn giáo dựa trên những lý tưởng rõ ràng như không nhặt của rơi, không bẻ bánh mì, không đi trên xa lộ, kiêng ăn đậu.

## **2.6. Rối loạn về mặt y học :**

Trước đây cho rằng vấn đề trong sinh học là nguyên nhân của vấn đề tâm lý. Như chúng ta đã biết có nhiều hành vi bất thường không phải do vấn đề tâm lý. Ví dụ chứng cuồng loạn (triệu chứng như tê liệt, mù, điếc, không do nguyên nhân về thể chất) do một nỗ lực vô thức muốn vượt qua những cảm xúc không mong muốn.

Theo WHO, sức khoẻ là tình trạng thoải mái hoàn toàn về mặt thể chất, tâm thần và xã hội và không đơn thuần là không có bệnh tật.

Dùng định nghĩa là không thể tránh được và là cần thiết. Khi chọn một định nghĩa, ta thường dựa trên cảm nhận, cảm xúc, tiện lợi, thói quen, sự hấp dẫn, đạo đức. Định nghĩa được dùng trong nội dung môn học này tất nhiên mang nhiều khía cạnh khác nhau. Và cũng vì thế mà chúng ta cùng phát hiện vấn đề.

## **3. CÁC YẾU TỐ CỦA BẤT BÌNH THƯỜNG**

**3.1. Đau khổ :** Đau khổ về mặt tâm lý và do đó càng đau khổ hơn. Nhưng đau khổ chưa phải là điều kiện cần thiết của bất bình thường vì có người bị xem là bất bình thường nhưng họ không đau khổ. Đau khổ cũng chưa phải là yếu tố đủ của bất bình thường vì đau khổ là chuyện bình thường của cuộc sống.

**3.2. Thiếu thích nghi :** Một hành vi phù hợp và thích nghi là yếu tố cơ sở để đánh giá một hành vi là bình thường hay bất thường. Về mặt sinh học, sự thích nghi được ứng dụng trong ba câu hỏi : Nó có tăng cường sự tồn tại không ? Có tăng cường cho sự an sinh cá nhân không ? Có tăng cường cho an sinh xã hội không ? Những nhà tâm lý thiên về hai câu hỏi sau. Hành vi nào gây cản trở, làm phương hại an sinh cá nhân hay xã hội thì được xem là không bình thường. Qua an sinh cá nhân, chúng ta muốn nói đến khả năng làm việc và khả năng giao tiếp tốt với mọi người khác. Phiền muộn và lo âu làm cản trở tình yêu và công việc, khó đạt các mục tiêu cá nhân. Kẻ sát nhân, kẻ thích đốt nhà là những kẻ làm phương hại an sinh xã hội, được xem là bất bình thường.

**3.3. Sự phi lý và khó hiểu :** Một khi hành vi của ai đó có vẻ lập dị, khó hiểu thì bị đánh giá là bất bình thường : các triệu chứng của tâm thần phân liệt (schizophrenia), những niềm tin mơ hồ và kỳ quặc, nhận thức không dựa trên thực tế khách quan.

**3.4. Không dự đoán trước được và thiếu tự chủ :** Chúng ta thường mong đợi người khác trước sau như một, biết tự chủ và có thể tiên đoán trước hành vi của họ được. Chúng ta phê phán người bất thường là người không như ta mong đợi.

**3.5. Không theo quy ước :** ăn mặc sắc sảo nơi tôn nghiêm, hành vi không giống ai, hiếm thấy mà xã hội không mong muốn, ví dụ : người Hippy.

**3.6. Tạo sự khó chịu nơi người khác :** mở âm thanh to trong xóm, vi phạm các nguyên tắc phi chính quy.

**3.7. Vi phạm những tiêu chuẩn đạo đức :** làm việc là bình thường, không làm việc là bất thường. Yêu, trung thực, giúp đỡ người khác là bình thường, không như thế là bất thường. Có nơi, ai không tin vật lạ bay hoặc không tin có một đấng siêu nhiên là bất bình thường.

**Định nghĩa “bình thường” :** “Bình thường” chỉ đơn giản là không có bất bình thường. Nếu bất bình thường là một vấn đề do phán xét và nhãn quan xã hội thì đó cũng là bình thường. Thảo luận về trường hợp thủ dâm : Có vô lý không ? Không và có đau khổ không ? Không, người khác trông thấy có khó chịu không ? Không. Thủ dâm ở một số nơi không được chấp nhận, nhưng nó không hội đủ các yếu tố của bất bình thường.

Theo Rosenhan(1969), các mặt tích cực của cuộc sống tạo sự bảo vệ tốt chống lại bất bình thường, đó là khái niệm “sống tối ưu”(optimal living”).

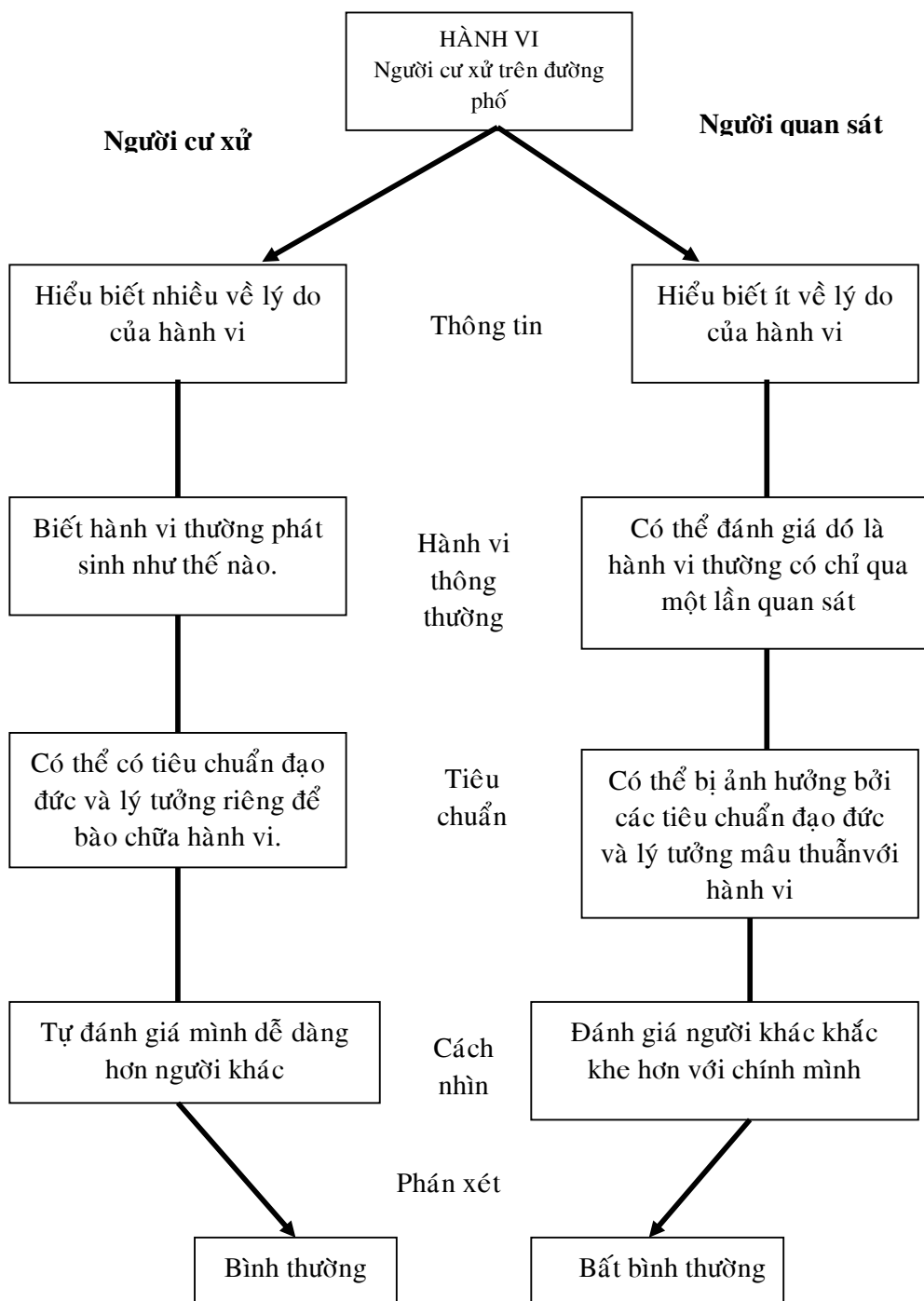
#### **4. CÁC YẾU TỐ CỦA CUỘC SỐNG TỐI ƯU :**

Tối ưu là một mục tiêu, có ngày nào đó và trong những điều kiện nào đó, chúng ta cảm thấy thoải mái hơn, nhưng vào những lúc khác, mình lại thấy ít hơn, không phải lúc nào cũng thấy hoàn toàn hài lòng. Có sáu lãnh vực được công nhận là sống tối ưu:

1. Thái độ tích cực đối với chính mình : Tự chấp nhận mình, chấp nhận khả năng và giới hạn của mình.
2. Tăng trưởng và phát triển : Biết đầu tư cho cuộc sống, thỏa mãn được các nhu cầu cơ bản.
3. Tự lập : đáp ứng được với sự đòi hỏi của môi trường xã hội và các tiêu chuẩn nội tại, đánh giá tốt về chính mình hơn là người khác đánh giá tốt về mình.

## PHÁN XÉT HÀNH VI

Giữa người hành động và người quan sát (người hành động ít khi tự cho mình bất bình thường trong khi người quan sát có khuynh hướng phán xét người khác là bất bình thường)



4. Nhận thức đầy đủ về thực tại : Khi chúng ta ghét ai, chúng ta thường tin rằng họ lúc nào cũng dễ ghét, chứ chúng ta không chịu tìm cách nào đó để thấy họ dễ thương. Nếu nhận thức đầy đủ, chúng ta tránh được những sai lầm trong cuộc sống.
5. Môi trường phát huy khả năng: Môi trường làm việc, tình yêu, vui chơi giải trí.
6. Quan hệ tích cực với người khác: vui vẻ, giúp đỡ lẫn nhau, tôn trọng nhau, khả năng yêu và được yêu.

**Bài đọc thêm :**

## **Tạo cân bằng tâm lý**



Không quá hà khắc với chính mình:

Bạn đừng định ra yêu cầu quá cao với mình, khi không đủ sức thực hiện lại chán nản. Cũng đừng vì quá cầu toàn dễ rồi luôn tự trách mình chưa hoàn thiện. Tốt nhất, bạn nên lập kế hoạch, thực hiện mục tiêu trong phạm vi khả năng mình, như thế lòng bạn sẽ thanh thản hơn.

Đặt kỳ vọng quá cao ở người khác:

Dù là người thân nhất, cũng không nên đặt quá nhiều kỳ vọng vào họ. Bạn đừng quên, mỗi người đều có tư tưởng riêng, ưu khuyết điểm riêng, họ không thể giống bạn. Kỳ vọng của bạn như là một ảo tưởng, dễ làm bạn thất vọng chán nản, khi họ không đạt như ý bạn yêu cầu.

Làm tan biến cơn giận:

Khi nóng giận, bạn dễ phạm sai lầm. Có nhiều cách kiểm soát nóng giận như chơi thể thao, xem phim, ca nhạc v.v....

Đôi khi cần "khuất phục":

Nếu sự việc không có ảnh hưởng lớn, bạn cũng tránh cố chấp để giảm bớt sự phiền toái. Bạn nhớ, khuất phục ở đây là nhượng bộ trước điều có thể và hợp lý, chứ không phải ngại khó khăn, gian khổ, ngại phần đầu, vươn lên.

Nên nghỉ ngơi:



Khi gặp trở ngại, bạn nên tạm để cho sự phiền muộn lắng dịu bằng cách chia sẻ với người thân, bạn bè nếu có thể, hay đi du lịch, giải trí, để tâm hồn bình yên, bạn mới tìm cách giải quyết. Việc giúp đỡ người khác cũng nên làm vì khi đó chẳng những bạn quên đi phiền toái, mà còn tạo tình cảm quý báu với mọi người chung quanh.

Đừng tham việc quá sức:

Muốn giảm bớt gánh nặng tinh thần, bạn đừng nên tiến hành cùng một lúc nhiều công việc, tránh lao tâm, lao lực vô ích.

Đừng cạnh tranh, hay đổ kỵ với người khác:

Học hỏi điều hay hơn của người khác là đáng quý, song đó hoàn toàn khác với sự tị nạnh, đổ kỵ. Thói quen tị nạnh sẽ tạo trạng thái tinh thần căng thẳng cho bạn. Bạn không thể sống và làm việc tốt nếu luôn nghĩ rằng mình đang sống với kẻ thù.

Sống chan hòa với mọi người:

Người bị bài xích thường là người có tính đa nghi, cảnh giác với người khác. Bạn phải tỏ thiện chí đúng lúc, có quan hệ tốt với những người sống quanh mình. Như vậy tâm trí bạn sẽ thanh thản hơn.

Giải trí:

Đây là biện pháp tốt nhất để giảm áp lực tinh thần của bạn. Hình thức giải trí ra sao không quan trọng, nếu bạn thấy vui vẻ thoải mái, tạo sự cân bằng ổn định tâm lý là tốt nhất.

*Theo Báo Người lao động*

## **5. BẤT BÌNH THƯỜNG QUA THỜI GIAN**

Theo thời gian, có 3 cách giải thích nguồn gốc của bất bình thường :

1. Giải thích theo tâm linh
2. Giải thích theo thể lý
3. Giải thích theo tâm lý

### **5.1. Giải thích theo tâm linh :**

Thuở xưa, bất bình thường đều gắn với ma quỷ. Ở mọi thời đại và mọi nơi, người ta đều cho rằng động đất, lũ lụt, bệnh tật, mâu thuẫn trong quan hệ người và người đều được dùng để giải thích nguồn gốc của điều không bình thường. Bất bình thường xuất phát từ cách nhìn của một nền văn hóa và được giải thích theo từ riêng của mình (ví dụ theo quan điểm duy tâm (animism) – giải thích nguồn gốc là do ma quỷ nhập - hay duy vật – giải thích theo khoa học hơn).

Trong các xã hội cận đại, người ta tin là mọi người đều có linh hồn và khi con người bị rối loạn tâm thần thì cho đó là do nguồn gốc tâm linh : người bệnh tâm thần là do sự thâm nhập và kiểm soát của hồn ma (có thể là tổ tiên, thú, thần linh, vị anh hùng...): Điệu nhảy điên cuồng và tự cho mình là chó sói (lycanthropy = chứng hoang tưởng hóa sói).

Đến thời cách mạng tư sản tại Châu Âu (TK18), với sự xuất hiện của chủ nghĩa tư bản, các giá trị cá nhân thay thế các giá trị công xã, thành phố thay thế dần cộng đồng thôn quê, chế độ phong kiến đang suy yếu, Ki-tô giáo trở nên mạnh và đầy quyền lực : ai tin vào ma quỷ, nhất là phù thủy sẽ bị xử chết.

### **5.2. Giải thích theo thể lý :**

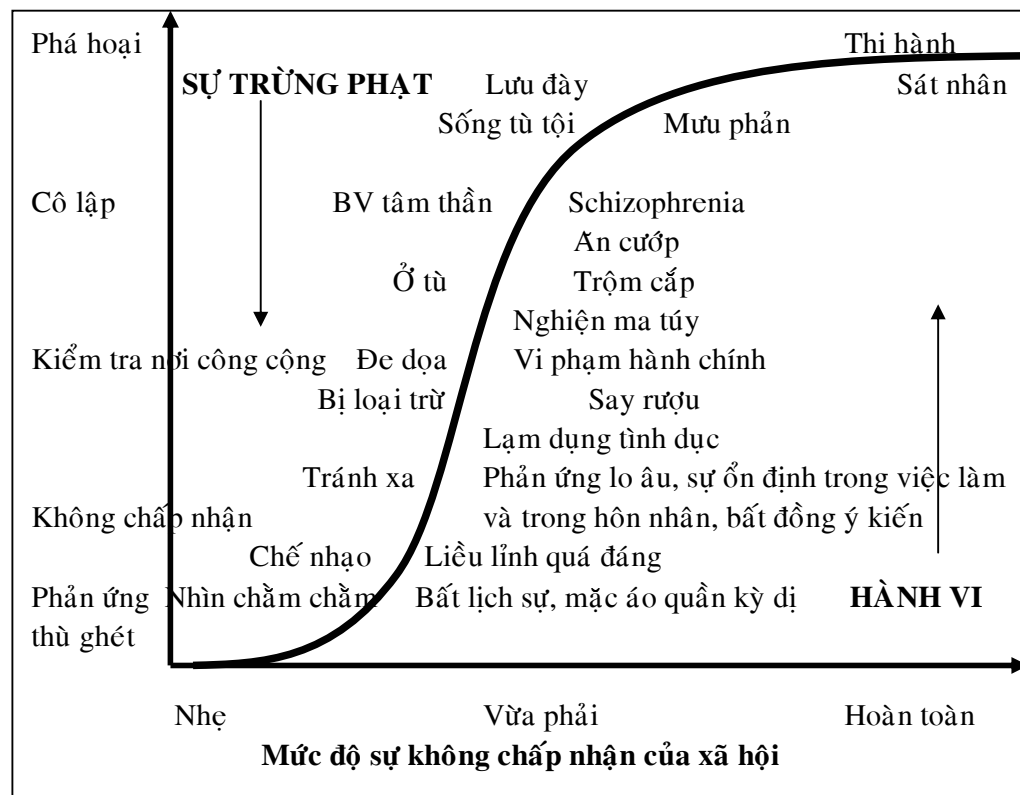
Thời cổ đại, con người xem bất bình thường là do nguyên nhân thể lý : người ta khoan vào sọ người để trị bệnh chứng đau đầu cho người bị chứng cuồng loạn (hysteria). Người Ai-cập cho rằng nếu người phụ nữ nào mà bị đau nhức ở cơ thể, mất giọng nói, đau đầu, bại liệt, u buồn đều do nguồn gốc là sa tử cung. Họ tin rằng mỗi bộ phận trong cơ thể có thể di chuyển để đi tìm nước và thức ăn và khi nó bám vào tim thì phát sinh u buồn, ói mửa... (Theo chữ Ai-cập, hysteria = uterus). Theo thuyết cho rằng người là thú (animalism), có sự tương đồng giữa thú vật và người bị tâm thần vì người bị tâm thần không kiểm soát được hành vi của mình như thú vật và có thể sống như thú vật trong điều kiện tồi tàn mà không phản kháng.

### **5.3. Giải thích theo nguồn gốc từ tâm lý (Psychogenic) :**

Nhà vật lý Hy-lạp Galen (130 – 201 sau CN) đã giúp khám phá các nguyên nhân tâm lý của bất bình thường qua việc chẩn mạch cho một phụ nữ bị mất ngủ, bơ phờ, luôn bất ổn và nhận thấy không có nguyên nhân nào về mặt thể chất cả vì mạch vẫn bình thường, tuy nhiên vào một ngày nọ, khi Galen báo cho phụ nữ này biết là có thấy người yêu đi khiêu vũ thì mạch của người phụ nữ đập loạn lên. Những nhận xét của Galen bị lãng quên cho đến giữa TK 18 thì được đề cập trở lại đến bởi Franz Anton Mesmer (1734 – 1815).

Được xem là lang băm, Mesmer cho rằng nhiều bệnh phát sinh do sự tắc nghẽn dòng chảy của một cái gì vô hình mà ông gọi là “chất lưu có sức thu hút toàn bộ”(universal magnetic fluid) và sau đó là “sức hấp dẫn thú vật”(animal magnetism). Theo ông, chất lưu này bị tác động bởi chu kỳ hoạt động của mặt trăng và các vì sao trên vũ trụ.

Cuối cùng, “bệnh tâm thần” được đặt tên cho người dưới mức sức khỏe bình thường. Thông thường Một người bị xem là có hành vi bất bình thường là một khi gia đình và cộng đồng phán xét hành vi của người ấy bị lệch lạc một cách nguy hiểm và khi qua trắc nghiệm người ấy không đáp ứng được những tiêu chuẩn của mức bình thường, khi họ tự cho mình không bình thường hoặc có hành vi nơi công cộng nguy hiểm cho chính mình và cho người khác.

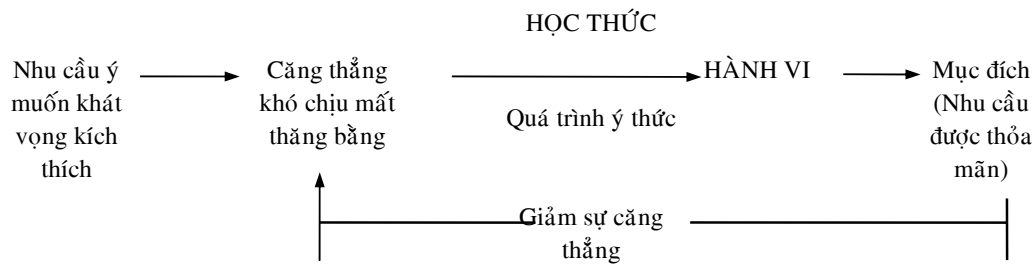


## CHƯƠNG 2 : HÀNH VI CON NGƯỜI



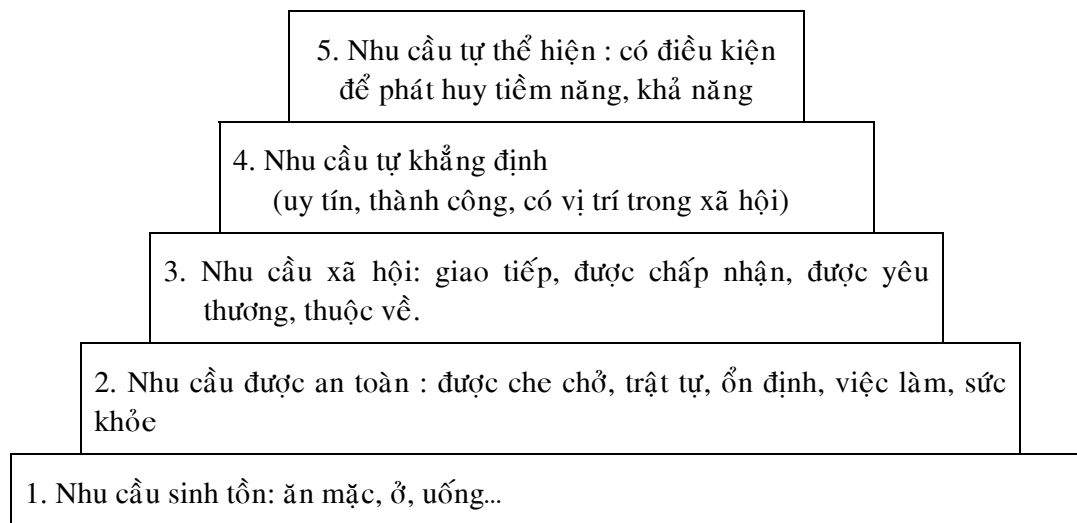
### 1. HÀNH VI CON NGƯỜI LÀ GÌ ?

Hành vi là năng lượng mang tính tâm lý, là cách sử dụng năng lượng của mình để chỉ, động tác đáp lại của con người khi có một KÍCH THÍCH từ bên ngoài hoặc một ĐỘNG LỰC THỨC ĐẨY bên trong của cá nhân để giải tỏa một sự MẤT THĂNG BẰNG (NHU CẦU) để đạt được MỤC ĐÍCH (THỎA MÃN NHU CẦU - TÁI LẬP SỰ THĂNG BẰNG). Con người hành động để thích nghi với hoàn cảnh để tồn tại và phát triển.



### 2. CÁC NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI

Thứ bậc các nhu cầu cơ bản của TS. Abraham Maslow được trình bày theo sơ đồ dưới đây :



### 3. ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC NHU CẦU

- 3.1. Nhu cầu là nguyên nhân của hoạt động của con người.
- 3.2. Bất cứ nhu cầu nào cũng có mục đích và nhu cầu và mục đích luôn luôn thay đổi. Cùng một nhu cầu nhưng mỗi người hướng đến mục đích không giống nhau.
- 3.3. Các nhu cầu không bao giờ được thỏa mãn hoàn toàn.
- 3.4. Các nhu cầu sinh tồn gây “**căng thẳng**” mạnh nhất ở con người.
- 3.5. Ý thức nhu cầu ở các cấp độ khác nhau:
  - Thấy cần cái gì : **Ý hướng** (ý thức chưa rõ ràng, trạng thái tiềm tàng).
  - Muốn có cái gì : **Ý muốn** (rõ ràng hơn, xác định được đối tượng, chưa xác định phương thức).
  - Thêm cái gì : **Ý định, khát vọng** (ý thức đầy đủ, sẵn sàng hành động).

Đặc điểm tâm lý chung của con người bình thường là:

<b>MUỐN</b>	sống lâu	<b>SỢ</b>	chết
	no ấm, sung sướng		đói khổ
	nhàn nhã		vất vả
	giàu có		nghèo nàn
	hiểu biết		đốt nát
	danh vọng		thấp hèn, kém cỏi
	tự do		lệ thuộc
	bình đẳng - công bằng		bất công
	làm điều thiện		làm điều ác
	gặp may		rủi
	cái đẹp		cái xấu

Để đạt được cái MUỐN và tránh cái SỢ chính là ĐỘNG LỰC thúc đẩy con người hành động.

## **5. KHÁI NIỆM BẢN THÂN VÀ LÒNG TỰ TRỌNG**

Khái niệm bản thân là cách ta hình dung ta là người như thế nào và ta soi theo đó mà hành động. Nó không có sẵn khi sinh ra và được hình thành dần do cách đối xử, phản ứng của người thân thuộc (cha mẹ, bạn bè, thầy cô...). Khái niệm bản thân phát triển theo hướng tích cực hoặc tiêu cực tùy theo các yếu tố sau:

- 5.1. Sự suy nghĩ về người khác mong đợi như thế nào về mình trong hành vi.
- 5.2. Việc đảm nhận các vai trò được giao.
- 5.3. Kinh nghiệm khắc phục các rắc rối và các mâu thuẫn trong cuộc sống (quan hệ, nguyên tắc, vai trò, giá trị...).
- 5.4. Việc nhận diện các phản ứng khác nhau của người khác trong những hoàn cảnh khác nhau.
- 5.5. Mức độ mong đợi ở chính mình trong hành vi (biết quyết định cái gì sai, cái gì đúng).

Khái niệm bản thân (cảm nghĩ về mình) và lòng tự trọng (sự đánh giá về mình) gắn bó với nhau mật thiết. Tự thấy mình không tốt thì sẽ hạ thấp lòng tự trọng và sự đánh giá về mình tùy thuộc vào các thành công hay thất bại trong quá khứ của cuộc sống. Hành vi của con người đều có nguyên nhân bên trong và bên ngoài. Không bao giờ có hành vi vô cớ. Công việc của nhân viên xã hội là nhận diện được hành vi và phân tích nó theo khung cảnh và những người thân thuộc có liên quan và không quên các yếu tố đang biến chuyển của đời sống xã hội.

## **6. KHÁI NIỆM SINH THÁI VÀ HÀNH VI CON NGƯỜI.**

Chúng ta cần nhận thức về sự ảnh hưởng của nhiều định chế lên việc hình thành các chức năng xã hội của đứa trẻ và các hệ thống này góp phần tạo ra tình huống hoặc khó khăn cho trẻ. Lý thuyết sinh thái đề cập đến các tương tác hỗ tương, phức tạp và rộng lớn giữa cơ thể sống và môi trường xung quanh. Môi trường được định nghĩa như một toàn thể các điều kiện bên ngoài có ảnh hưởng, tác động và quyết định cuộc sống và sự phát triển của trẻ ( bao gồm gia đình, trường học, lối xóm, bệnh viện, truyền thông đại chúng...).



### HỆ THỐNG TÁC ĐỘNG ĐẾN HÀNH VI CON NGƯỜI

Hệ thống sinh thái gồm hai ý tưởng : Môi trường sinh thái của cá nhân khi cá nhân đó đang cố gắng để thích nghi với môi trường xung quanh; hệ thống khi nhìn vào mối tương quan của những bộ phận khác nhau. Ta phối hợp hai chữ này thành hệ thống sinh thái(Ecology systems). Để hiểu một người nào đó, chúng ta phải hiểu thế giới rộng hơn, phải hiểu gia đình người đó, nhóm bạn cùng làm việc, cộng đồng mà người đó đang tương tác. Hệ thống sinh thái của mỗi cá nhân đều độc đáo.

- Cha mẹ bị stress dẫn đến ngược đãi con cái hay cha mẹ thất nghiệp cũng ngược đãi con cái.
- Nếu người ta có việc làm thì sẽ giảm bớt những vấn đề xã hội.

Có bốn thành tố đối với mọi hệ thống :

- Hành vi
- Cấu trúc : bộ phận, ranh giới, tổ chức.
- Văn hóa : vai trò, cách ứng xử (Mong đợi về vai trò, thể hiện vai trò, ý thức về vai trò, sự linh động về vai trò, sự mơ hồ về vai trò, sự mâu thuẫn về vai trò-Tôi muốn làm người cha tốt, một người chồng tốt, nhưng tôi làm không được nên tôi bỏ luôn- Áp lực về vai trò – người mẹ phải đóng cả hai vai khi người cha đi vắng- Co rút vai trò –bỏ cuộc, trẻ em nghèo bỏ học, tự cô lập đối với người khác).
- Diễn biến của hệ thống : ổn định hay không ổn định, vấn đề quản lý.

Thông thường, chúng ta hành động tương tác trong xã hội và quan tâm đến phản ứng của người khác đối với mình.

Một phân tích về các thành tố của từng bên của giao diện giữa con người và môi trường bắt đầu bằng sự phân tích **các hành vi ứng phó của cá nhân**. Các hành vi ứng phó được xác định như là các hành vi hướng trực tiếp đến môi trường, bao gồm những nỗ lực của cá nhân nhằm thực hiện kiểm soát hành vi của chính bản thân mình ( sử dụng “ cái tôi” một cách có mục đích ).

**Có 3 loại hành vi ứng phó :**

- **Hành vi ứng phó để tồn tại** : ăn, ở, mặc, chăm lo sức khỏe...
- **Hành vi ứng phó để hội nhập** : tham gia nhóm, câu lạc bộ, phát triển và duy trì mối quan hệ giữa các cá nhân,...
- **Hành vi ứng phó để tăng trưởng và thành đạt** : khả năng theo đuổi các hoạt động tri thức và xã hội có ích cho chính mình và cho người khác.  
( để tăng trưởng và phát triển chức năng nhận thức, phát triển thể chất, kinh tế và khả năng tình cảm ).

Các hành vi ứng phó của cá nhân phát triển trong suốt cuộc đời con người. Thông thường các hành vi này được biểu lộ bởi cá nhân hay nhóm có liên quan đến việc tích tụ các thông tin về chính họ hay để phản hồi đối với môi trường đặc thù ( ví dụ như thông tin tiêu cực đeo đẳng và phản hồi từ gia đình và trường học đối với đứa trẻ về các khả năng học tập của em có thể tạo ra và kéo dài hoạt động học tập yếu kém của em).

Theo Albert Ellis : Hành vi ABC ( A = Bối cảnh kích thích, sự kiện tác động; B = niềm tin – thái độ, cách nhìn vấn đề, cảm xúc chi phối phản ứng đối với sự kiện; - , C = hậu quả của phản ứng ( hành vi được thể hiện ).





Ví dụ :

Niềm tin tự hủy hoại : “Tôi phải thắng”, “Người khác phải tôn trọng tôi”

Niềm tin gây hại : “Thật quá lắm rồi, tôi không chịu đựng được nữa đâu”

Niềm tin “luôn luôn” và “không bao giờ”: “Mọi người luôn luôn chỉ trích tôi”, “Tôi không bao giờ thành công trong việc gì cả”.

Niềm tin không khoan dung người khác : “Bạn ấy cố tình gây phiền phức cho tôi”

Niềm tin đổ lỗi : “Tôi luôn đi học trễ vì xe hỏng”.

Theo Rudolf Dreikurs, có **4 mục tiêu của hành vi sai trái** ở trẻ trong trường học :

1. Để có sự chú ý về mình vì trẻ tin là mình không có giá trị.
2. Để thể hiện quyền lực : chỉ để chứng tỏ nếu trẻ có thể làm được điều gì mình muốn và bất chấp áp lực của người lớn ( không nghe lời, làm ngược lại điều phải làm... )
3. Để trả thù : để làm tổn thương người làm tổn thương mình ( đánh lại, chọc giận...)
4. Để thể hiện một sự bất lực nào đó nhằm muốn được bị loại để không còn ai đòi hỏi gì ở mình nữa ( trốn, ngủ, làm hỏng, ...)

Năm 1969, một nhà giáo dục Mỹ William Glasser có nói :” Khi chúng ta có những trường học nơi mà học sinh, qua việc sử dụng những khả năng thích hợp của các em, có thể thành đạt, chúng ta sẽ ít phải giải quyết những vấn đề lớn của quốc gia. Chúng ta sẽ có nhiều lệch lạc xã hội, nhiều người cần phải vào tù nhiều hơn, vào bệnh viện tâm thần nhiều hơn, cần nhân viên xã hội nhiều hơn để hỗ trợ cuộc sống của họ vì họ cảm thấy không thành đạt trong xã hội và cũng không muốn thử thành đạt nếu trường học không phải là nơi để trẻ được đáp ứng các nhu cầu cơ bản.”. Theo ông, trẻ có hai nhu cầu : Nhu cầu tình thương và nhu cầu tự thấy mình có giá trị. Nếu trẻ không được đáp ứng tại gia đình thì trẻ phải có cơ hội tại lớp học. Trường học là vị trí duy nhất để nhận diện trẻ bắt đầu phát triển hình ảnh thất bại. Giáo viên cần biết, phát hiện và ngăn ngừa điều này, phải tìm phương cách để làm cho lớp học của mình trở thành một kinh nghiệm thành đạt cho trẻ.



## CHƯƠNG 3 : TÂM BỆNH HỌC VỀ TUỔI THƠ<sup>1</sup>



### I. DẪN NHẬP.

Xác định bất bình thường là rất khó. Hãy xem xét thường hợp của Tâm, sáu tuổi. Tâm có những giấc mơ xấu, sợ chó và đái dầm mỗi tuần một lần trong 5 tuần qua. Mẹ Tâm lo âu và đưa Tâm đến phòng khám. Khi đang khám cho Tâm thì Tâm tỏ vẻ sợ hãi và chống cự lại mẹ. Tâm được nhập viện với chẩn đoán là tính khí lo âu bất thường.

Nhưng, tâm có phải là trẻ bất thường không ?

Nếu không được điều trị thì các triệu chứng đó có gia tăng không ?

Giúp em Tâm như thế nào ?

Xác định đó là gì ?

Chúng ta phải xem xét nhiều yếu tố để có thể hiểu được tâm bệnh học về tuổi thơ và nó có liên quan đến các phạm vi rộng hơn : tâm lý và các yếu tố xã hội tác động lẫn nhau.

### II. Tâm lý phát triển.

Có thể khía cạnh quan trọng nhất của tâm bệnh học về tuổi thơ (tbhvt) phải được xem xét trong bối cảnh các giai đoạn phát triển của trẻ.

#### 1.Theo tuổi :

Ở mức độ cơ bản, xác định vấn đề tùy vào tuổi trẻ. Hành vi được đánh giá là bất thường ở một tuổi nào đó có thể lại phù hợp ở tuổi tác khác. Ví dụ : đái dầm, không đọc chữ được, sợ người lạ, lo âu khi bị bỏ rơi một mình đúng là các vấn đề nếu nó xảy ra ở lứa tuổi 12, nhưng lại là bình thường ở tuổi 1 hoặc 3 tuổi.

#### 2.Mức độ phát triển nhận thức.

Trẻ em và trẻ vị thành niên có khả năng nhận thức khác nhau. Giải quyết vấn đề, khả năng nhận biết quan điểm của người khác, khái niệm bản thân, đạo đức ... những điều này phát triển theo thời gian ... Ví dụ, theo Piaget, trẻ phải qua nhiều giai đoạn để có khả năng nhận thức, từ đơn giản đến phức tạp trong thời thơ ấu. Vấn

---

<sup>1</sup> BS Lâm Xuân Điền, Giáo trình Sức khỏe Tâm thần, Khoa PNH, 2001

đề là : làm thế nào một hành vi riêng biệt được nhận thấy, được phân tích và được xác định bởi người lớn (bình thường – bất bình thường) phần nhiều tùy thuộc vào mức độ phát triển nhận thức. Ví dụ, cha mẹ đánh giá về hành vi gây hấn tùy theo tuổi của trẻ : hành vi gây hấn ở tuổi 2 - 3 ít được xem là vấn đề phải trị liệu, vì trẻ chưa hiểu thế nào là làm đau người khác. Trẻ chưa có nhận thức về người khác, tức là chưa có nhận thức mối liên quan giữa hành vi và sự đau đớn của người khác. Gây hấn lúc ấy thường là chiếm đoạt đồ chơi, phản ánh xu hướng bản chất vị kỷ (ego-centric) của tiến trình nhận thức.

Tuy nhiên ở tuổi cao hơn thì đó là vấn đề : ở tuổi 8, hành vi như thế là mối quan tâm của cha mẹ vì trẻ có nhiều khả năng nhận thức hơn : khả năng dùng và hiểu ngôn ngữ, biểu tượng, tuân theo các nguyên tắc ở mức độ nào đó ... Có nghĩa là có khả năng “suy nghĩ về điều nó đang làm” . Nếu trẻ có hành vi gây hấn, cha mẹ cần giúp trẻ điều chỉnh hành vi phù hợp hơn.

Ở tuổi 13, nếu trẻ có hành vi gây hấn, trẻ cần được quan tâm nhiều hơn và có khi hệ thống tư pháp vị thành niên phải can thiệp vào, vì ở tuổi này, trẻ vị thành niên được xem là có nhận thức về quan điểm con người khác và hiểu rõ những gì mình làm.

### **3.Các yếu tố môi trường .**

Trẻ em tùy thuộc vào người khác. Yếu tố này giúp chúng ta phân tích tâm bệnh học

- i. Sự ổn định : hành vi của trẻ thiếu ổn định hơn của người lớn vì nó nhạy cảm hơn với sự thay đổi và lôi kéo của môi trường. Hành vi của trẻ có thể thay đổi từ hoàn cảnh này đến hoàn cảnh khác. Hành vi của người lớn có ảnh hưởng sâu đậm trên hành vi của trẻ. Tìm hiểu môi trường của trẻ là tìm hiểu vấn đề của trẻ.
- ii. Giới thiệu điều trị : thường cha mẹ trẻ quyết định trẻ cần được giúp đỡ. Công việc đầu tiên của bệnh viện khi làm việc với trẻ là xác định trẻ có vấn đề hay không. Sự không khoan dung, thiếu hiểu biết, hiểu sai của người lớn là lý do trẻ cần được điều trị liệu. Trẻ cần được khám vì có thể có nhiều hành vi, những rối loạn không được chú ý vì ít được bộc lộ. Ví dụ trẻ tránh né người khác không bộc lộ vấn đề như trẻ phá rối trong lớp học và khó mà nhận diện để được giúp đỡ .
- iii. Vị trí vấn đề :
  - Trọng tâm nơi trẻ : Vấn đề là vấn đề của trẻ . Có điều gì không ổn nơi trẻ.
  - Mô hình đôi : vấn đề của trẻ có mối tương tác với người khác (ví dụ người cha).

- Sức khoẻ tâm thần của cha mẹ : vấn đề có thể liên quan đến mối tương tác và chúng ta phải làm việc với các vấn đề nhận thức và cảm xúc của các thành viên khác trong gia đình. Ví dụ: Người mẹ cảm thấy tội lỗi vì sinh con muộn và tác động bất lợi đó ảnh hưởng đến cách chăm sóc con của mình, người cha không hài lòng khi có con nằm trong kế hoạch, bệnh tâm thần của cha mẹ ảnh hưởng đến với hành vi con cái.
- Mô hình hệ thống gia đình : Vấn đề của trẻ bắt nguồn từ rắc rối trong quan hệ giữa cha mẹ và người cha hoặc người mẹ trút cơn giận vào đứa trẻ. Do đó, vấn đề của trẻ là triệu chứng của khủng hoảng gia đình.

#### **4.Tác động của việc gọi tên bệnh:**

Việc gọi tên bệnh có thể tác động xấu :

1. Trầm trọng hóa vấn đề của trẻ
2. Phóng đại sự ổn định của vấn đề
3. Không quan tâm đến các ảnh hưởng của môi trường
4. Làm cho người khác có những mong đợi tiêu cực về trẻ

#### **5.Quyền trẻ em:**

Ít nhất người lớn phải nói đến và nghe nói đến quyền trẻ em. Người lớn có luật sư, họ có những quy định và luật lệ bảo vệ quyền của họ. Ngoài ra họ có khả năng tự liên hệ về mình, biết khi nào mình có vấn đề. Trẻ em không có nhiều luật sư hay luật bảo vệ cho chúng, trẻ không có khả năng tự liên hệ, không biết lúc nào mình có vấn đề và cần được giúp đỡ và giúp đỡ nào là phù hợp. Vậy người lớn có trách nhiệm là phải xác định khi nào trẻ cần được hỗ trợ. Điều khó khăn là làm thế nào để nhân vật thứ ba can thiệp vào đứa trẻ.

### **III. Rối loạn bên trong và bên ngoài :**

Nhiều hành vi có vấn đề thường giảm bớt theo thời gian. Trẻ cho thấy nhiều vấn đề có nguy cơ là những vấn đề lâu dài. Thông thường, những nhóm hành vi có vấn đề cho biết tâm bệnh nhiều hơn những hành vi đơn lẻ.

#### **1.Rối loạn bên trong .**

Một vài vấn đề có liên quan đến cái “tôi” , như sợ hãi, phiền muộn về mặt thể chất, lo âu, rụt rè. Các loại rối loạn này được định danh là “rối loạn thần kinh chức năng” và cũng được gọi là “kiểm soát quá mức” hay “ức chế quá mức” và vấn đề “rụt rè –lo âu”. Trẻ em có những rối loạn này phải đối phó các vấn đề bên trong hơn là

với môi trường bên ngoài. Các rối loạn bên trong ảnh hưởng nặng nề lên trẻ hơn các rối loạn bên ngoài.

## **2.Rối loạn bên ngoài.**

Những nhóm hành vi có vấn đề có đặc điểm nhắm đến người khác, ví như cứng đầu, gây hấn, phạm pháp, quá hiếu động. Các loại hành vi này thường liên quan đến mâu thuẫn với người khác và được gọi là “rối loạn tư cách”, “tự kiểm soát kém”, và đơn giản hơn là “gây hấn”.

## **IV. Sự chú ý kém .**

Sự chú ý kém là một triệu chứng chính của ADHA (Attention – deficit hyperactivity Disorder. Rối loạn hiếu động thái quá – sự chú ý kém). Những khó khăn trong chú ý có thể thể hiện dưới nhiều hình thức :

1. Trục trặc trong định hướng đến nguồn kích thích.
2. Không phát hiện được nguồn kích thích.
3. Đáp ứng với những khía cạnh sai lệch của một nguồn kích thích hoặc toàn bộ nguồn kích thích không phù hợp.
4. Không duy trì được sự chú ý vào một công việc thích hợp khi cố gắng kềm chế sự đáp ứng về một việc không phù hợp.

Tại nhà : không hoàn thành việc vặt trong nhà, bài làm tại nhà, ...không nghe lời hướng dẫn, chơi trong thời gian lâu không có người trong nom.

Tại lớp học : vấn đề khi dự lớp và làm bài trong lớp, trẻ thường lo ra bởi chuyện khác (như trẻ khác chơi gì, cái gì xảy ra bên ngoài cửa sổ ...)

Ghi chú : trẻ lo ra có khi do yếu tố môi trường kích thích, do yếu tố thể chất (như mệt mỏi, bệnh), do rối loạn tính khí như phiền muộn, chậm phát triển tâm thần .

## **V. Tính bốc đồng.**

Tính bốc đồng hay thiếu kềm chế được thể hiện dưới nhiều hình thức;

1. Đáp ứng nhanh, với nhiều sai sót.
2. Không ngừng suy nghĩ về những hậu quả của hành động của mình, đặt trẻ vào những tình huống nguy hiểm.
3. Khó đánh giá hết mọi khía cạnh hướng dẫn cung cấp cho trẻ.
4. Xu hướng đáp ứng một cách gây hấn khi bị ức chế hoặc tình cảm bị người khác làm tổn thương.

5. Không quan tâm đến ảnh hưởng của hành động của mình lên người khác.
6. Những hành động đó làm cho người khác thường đánh giá trẻ thiếu trưởng thành và trẻ bốc đồng thường hay bị phạt nhiều hơn trẻ bình thường khác.

## **VI. Hiếu động thái quá.**

Hiếu động thái quá cũng là đặc tính của ADHD. Hình ảnh là “dài trong vận động, ngắn trong kiềm chế” (Loney, 1980) , nói một cách khác, luôn di động, không chú ý đến các quy định, hướng dẫn. Tính này thường không phù hợp với cấu trúc và mục tiêu của lớp học. Tính hiếu động thường được xem là vấn đề khi trẻ ở trong một môi trường có giới hạn đòi hỏi sự tập trung (như lớp học).

### **Nguyên nhân :**

- Yếu tố sinh học : não phát triển không bình thường hoặc bị tổn thương, đường dẫn dây thần kinh không bình thường, thần kinh chưa phát triển tốt, di truyền.
- Yếu tố môi trường : chất độc như sơn, khói xe ô -tô, thức ăn chế biến có màu thực phẩm, đường hoá học.
- Yếu tố khác : Người mẹ hút thuốc hay nghiện rượu khi mang thai.
- Yếu tố tâm lý: các nguyên tắc mâu thuẫn trong gia đình, bị trừng phạt nhiều, cha mẹ ra lệnh quá đáng, bị mắng thường xuyên.

## **VII. Phiền muộn.**

Năm 1946, Spitz (1946) có mô tả tình trạng phiền muộn của trẻ (6 - 12 tháng tuổi) trong cơ sở tập trung trong thời gian dài xa cha mẹ với các triệu chứng như khóc, tránh né, thờ ơ, giảm cân, ngủ không yên giấc. Khi xa cha mẹ, trẻ thường biểu hiện :

1. Chống đối : trẻ rất khó chịu, la hét khi gặp lại cha mẹ.
2. Thất vọng : thất vọng khi gặp lại cha mẹ, im lặng, tránh né.
3. Thờ ơ ; Trẻ có vẻ khắc phục sự mất mát và trở nên đáp ứng, hoà nhập trở lại. Tuy nhiên, trẻ không còn mong chờ ở cha mẹ nữa và có thể quên họ khi họ trở lại.

Hetherington và Martin (1972) mô tả như sau : trước hết trẻ la hét, chống đối đòi cha mẹ, tỏ ra hiếu động. Sau một tuần, trẻ giảm sự chống đối, tỏ sự thất vọng phiền muộn, tránh né, không đáp ứng với ai, không quan tâm đến bên ngoài, khóc thút thít rên rĩ.

### **1. Phiền muộn thời thơ ấu .**

May mắn là trẻ giữa tuổi biết đi đến tuổi vị thành niên ít có triệu chứng phiền muộn. Trong một nghiên cứu, chỉ có 1,4/1000 trẻ tuổi 10 - 12 được phát hiện rối loạn phiền muộn. Có một lý do như sau;

1. Tự báo cáo : một giải thích tại sao trẻ khó xác định là phiền muộn vì trẻ không có khả năng biết đó là gì và nói lên cảm nhận của mình. Cha mẹ và cô giáo khó mà nhận diện phiền muộn nặng nề ở trẻ (trường hợp trẻ tự tử).
2. Phiền muộn được che giấu : Người khác cho rằng chỉ nhận biết phiền muộn của trẻ qua hành vi và cách thể hiện khác với người lớn khi phiền muộn. Giả thuyết cho rằng trẻ che giấu phiền muộn của mình không như cách của người lớn, trẻ che dấu bằng cách gây hấn, hiếu động, đá dẫm, học kém, bệnh tâm thể và phạm pháp. Che dấu phiền muộn đưa đến những hành vi công khai đó, có lẽ vì trẻ khó mà chịu đựng trong thời gian dài và hướng mối quan tâm của mình và các hoạt động khác.
3. Bối cảnh tâm lý phát triển: một lý do phiền muộn khác được xác định là do bản chất của tuổi ấu thơ. Lúc ấy có nhiều thay đổi ở trẻ, hành vi và tâm khí của trẻ rất mong manh và dễ thay đổi, có xu hướng nhất thời và đáp ứng với môi trường .

### **2. Phiền muộn ở tuổi vị thành niên.**

Ở tuổi vị thành niên, phiền muộn lại thường có. Lý do như sau:

1. Tuổi có nhiều điều mơ hồ : mỗi ràng buộc quá khứ không còn, một hình ảnh mới của cái Tôi được hình thành, không như trẻ con mà cũng chẳng phải như người lớn.
2. Đảm nhận thêm những vai trò mới và áp lực phải hoàn thành nó, tất nhiên mâu thuẫn giữa các vai trò. Điều này đưa đến cảm giác bất lực, hổ thẹn và tội lỗi. Vấn đề này liên quan đến số nghiện rượu và nghiện ma túy gia tăng ở giới trẻ.
3. Tuổi dậy thì : triệu chứng phiền muộn có liên quan đến sự thay đổi của các kích thích tố khi mà các kích thích tố này đóng vai trò trong vấn đề tình cảm (nữ cảm thấy phiền muộn hơn khi uống thuốc ngừa thai, điều hoà kinh nguyệt) .
4. Kinh nghiệm thiếu sự giúp đỡ : Khi trẻ lớn, sự giúp đỡ của người lớn giảm dần. Triệu chứng của kinh nghiệm thiếu sự giúp đỡ cũng giống như triệu chứng của phiền muộn. Trẻ lớn lên trong hỗn độn, bị ép buộc, và trải qua một thời gian trong thế giới mơ hồ, thành công hoặc thất bại đều có ảnh hưởng trên giới đó.

5. Phát triển nhận thức : Trẻ vị thành niên đang trong giai đoạn phát triển nhận thức trừu tượng, những suy nghĩ đặt giả thuyết. Những suy nghĩ trừu tượng đưa đến khả năng đặt câu hỏi về ý nghĩa của cuộc sống. Nói chung, trẻ vị thành niên có khả năng bày tỏ, nhận diện vấn đề và có kinh nghiệm hơn trước về các hình thức phiền muộn.

## **VIII. Trẻ bị lạm dụng và bị bỏ rơi.**

Năm 1976, Hiệp hội quốc tế phòng ngừa lạm dụng và bỏ rơi trẻ em được thành lập.  
Năm 1976, năm quốc tế về trẻ em, nhấn mạnh quyền trẻ em.

### **1. Các định nghĩa về hoài nghi.**

1. Lạm dụng trẻ em : chủ động sử dụng quyền lực làm tổn thương, la mắng hoặc giết trẻ, bao gồm lạm dụng tâm lý và tình dục, về mặt thể chất. Lạm dụng tâm lý: làm mất phẩm giá, bôi nhọ, chế nhạo và lên án trẻ, đặt trẻ vào những hoàn cảnh không thể chịu đựng được, thường kèm theo về mặt thể chất.
2. Bỏ rơi trẻ em : trẻ không được chăm sóc, bị tước đoạt, thiếu sự kích thích, thiếu đáp ứng các nhu cầu cơ bản cho sự phát triển của trẻ, dù do ý muốn hay do thiếu khả năng của người bảo hộ.
3. Tuy nhiên các định nghĩa trên rộng và mơ hồ. Có trường hợp cần xác định có lạm dụng hay không và khó mà phân biệt giữa trừng phạt và lạm dụng. Nó còn tùy thuộc vào thời gian và văn hoá của từng dân tộc. Khó mà xác định mức độ và tần số, trẻ có nguy cơ, nạn nhân và chọn cách can thiệp. Có khi cũng khó cân đo giữa quyền của cha mẹ và sự bảo vệ trẻ, ví dụ như duy trì kỷ luật và quyền của trẻ không bị lạm dụng. Làm thế nào để phân biệt trừng phạt về thể chất với lạm dụng ?
4. Hoài nghi: Vấn đề lạm dụng trẻ em có lịch sử lâu đời ảnh hưởng từ sự hoài nghi của các nhà chuyên môn sức khoẻ tâm thần. Họ cho đó là những mảnh khoé của trẻ.

### **2. Sự hoài nghi của các nhà chuyên môn :**

Những đứa trẻ bị chết do lạm dụng thường do các dịch vụ bảo vệ trẻ em phát hiện, nhưng những trường hợp này thường hay khép lại vì không tin vào sự thật của những vấn đề nghiêm trọng này.

Tại sao lại có sự hoài nghi này ?

Có người lý luận là do cơ chế phòng vệ chống lại sự sợ hãi của chúng ta, tội lỗi và nóng giận gắn với vấn đề trẻ lạm dụng Từ chối và hoài nghi là cách tốt nhất để



đừng tránh xa những thực tế khủng khiếp. Sự hoài nghi bảo vệ cả hai người trị liệu và gia đình khỏi những thực tế không hay, ví như tìm hiểu những hậu quả thể chất và tâm lý ở trẻ, khỏi phải đến Tòa án bảo vệ trẻ, hoặc phải bỏ ra hàng trăm giờ trị liệu khi cần thiết.

Vấn đề đáng tin cậy là : Ton ở mức độ nào ở đứa trẻ nói bị lạm dụng ?

Sự tin cậy trẻ :

Có nhiều tranh luận về việc những gì trẻ nói có được tin hay không ?

Vấn đề là trẻ có những nguồn tin không xác thực.

### **3. Những vấn đề khi trẻ khai báo :**

1. Các vấn đề của phát triển : Trẻ có nhận thức giới hạn, đặc biệt trẻ có xu hướng thêm dệt thêm. Sự hiểu biết và từ ngữ của trẻ cũng giới hạn khi nêu vấn đề.
2. Sự chấn thương : sự chấn thương nơi trẻ có thể làm méo mó trí nhớ của trẻ. Ví dụ trường hợp năm 1976, 23 học sinh tiểu học tại California bị bắt làm con tin trên xe buýt. Ba người bị bắt chặn ngang đường, chĩa súng cho xe ngừng lại và cho xe chạy trong suốt 11 giờ và dấu chúng trong toa xe tải trong 16 giờ và sau đó được hai đứa trẻ khác phát hiện. Nhiều tháng sau 14 trong số trẻ này có trí nhớ bị méo mó : kể sai về sự xuất hiện của những kẻ bắt cóc, thời gian bị bắt cóc, 3 trẻ bị ảo giác về các cảnh tượng.
3. Bối cảnh gia đình : có trường hợp khi một thành viên trong gia đình gây chấn thương cho trẻ, nhưng trẻ vẫn cảm thấy thương yêu, trung thành ... với người làm hại mình. Có người gọi đó là “sự thông đồng im lặng”. Nạn nhân không cho đó là lạm dụng, cả của người khác và cả chính mình. Khi trẻ chấp nhận lạm dụng, cảm thấy tội lỗi, và muốn thay đổi câu chuyện. Có khi trẻ bị người nhà cấm, đe dọa không được nói.
4. Sự chối bỏ của trẻ : 1/3 trẻ bị lạm dụng không cho đó là lạm dụng vì trẻ không ý thức được những hành vi của cha mẹ là không bình thường mà không biết gì để so sánh. Trẻ bị lạm dụng thường nín câm không nói với ai trong nhiều năm.

### **Ghi chú**

1. Mỗi năm : 1,9 triệu trẻ tại Mỹ từ 3 – 17 bị đánh, bị đối xử thô bạo.
2. 3% cha mẹ đe dọa trẻ bằng dao hoặc súng.
3. Tuổi trung bình trẻ bị lạm dụng : 7,4
4. Tỷ lệ lạm dụng về mặt thể chất (tổn thương thể xác) cao nhất : Tuổi 12 – 17

#### **4.Thiệt hại khi trẻ bị lạm dụng :**

1. Rách quần áo, bị phỏng, gãy xương, nội thương, chấn thương sọ não.
2. Vấn đề sức khỏe : suy dinh dưỡng, thiếu máu, đau răng, dễ bị nhiễm trùng, thính giác và thị giác có vấn đề, phát triển kém, thần kinh tổn thương, ngôn ngữ kém, học kém.
3. Vấn đề hành vi cảm xúc : gây hấn, hiếu động, thiếu tự kiểm soát, thiếu tự tin, khái niệm bản thân xấu, thiếu niềm tin, lo âu, phiền muộn ...
4. Hậu quả khi lớn : phạm pháp, giết người, bỏ học, mang thai ngoài hôn nhân, không trưởng thành, tự đánh giá thấp về mình, lạm dụng rượu và ma túy, khó học, tâm lý không ổn định.

#### **Nguyên nhân :**

1. Yếu tố nơi trẻ em : trẻ sinh non (chiếm từ 12 – 30%), trẻ bị khuyết tật về thể chất và tâm thần (chiếm hơn 70% các trường hợp) vì cha mẹ cảm thấy tội lỗi, căm giận, bức bối ... khí chất của trẻ.
2. Yếu tố nơi cha mẹ : yếu tố hành vi (cha mẹ sống cô đơn, thiếu sự hỗ trợ, thiếu tương tác với trẻ, vấn đề trong hôn nhân, thiếu kỹ năng trong chăm sóc gia đình), yếu tố tâm lý (buồn bán trong cuộc sống, khô cứng, phiền muộn, bị ức chế, không trưởng thành, tùy thuộc, thụ động, có những mong đợi không phù hợp với nhu cầu và khả năng của trẻ, ví dụ : tin là trẻ làm phiền cha mẹ, không thương yêu cha mẹ, mong muốn con làm những thứ mà cha mẹ không có được như thương yêu ...) cuộc sống có nhiều lo âu (tiền bạc, việc làm, sức khỏe, không thỏa mãn trong hôn nhân).
3. Yếu tố xã hội : thái độ của xã hội đối với lạm dụng/bỏ rơi trẻ em, ảnh hưởng của phim ảnh, TV.



#### **Bài đọc thêm :**

### **Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên**

Các hành vi xâm phạm, bạo lực, gây thương tích cho người khác, phá phách, càn quấy, chống đối, nghiện ngập... nếu lặp lại hoặc kéo dài ít nhất 6 tháng ở thanh thiếu niên thì có thể coi là rối loạn hành vi. Nguyên nhân là trẻ bắt chước hành vi xâm phạm và ngược đãi của người lớn (cha mẹ, anh chị....) đối với trẻ hoặc hành vi ngỗ ngược, phá phách của nhóm trẻ em xấu khác. Ảnh hưởng

của phim ảnh, sách báo bạo lực cũng là nguyên nhân trực tiếp gây nên rối loạn hành vi ở trẻ. Nhiều khi, rối loạn hành vi còn là phản ứng của trẻ đối với hoạt động của bản thân và các bậc phụ huynh trước cuộc sống nhiều căng thẳng. Rối loạn hành vi thường tiến triển thành mạn tính đối với những trường hợp nặng. Những trường hợp nhẹ nếu được giáo dục tốt sẽ thuyên giảm và hết.

- **Điều trị**

- *Liệu pháp gia đình*: Trẻ có biểu hiện rối loạn hành vi nặng thường có những vấn đề về gia đình. Vì vậy, cần tìm hiểu rõ nguyên nhân để "điều chỉnh", lập lại trật tự trong gia đình trước khi giải quyết các rối loạn hành vi ở trẻ. Đây là liệu pháp chủ yếu đối với trẻ bị rối loạn hành vi.
- *Liệu pháp hành vi*: Sự tham gia tạo dựng môi trường gia đình tích cực của bố mẹ và những người thân trong gia đình đóng một vai trò quan trọng trong việc ổn định hành vi cho trẻ. Cần tạo cho gia đình một môi trường ấm cúng, hòa thuận, kiểm soát được hành vi của trẻ. Đây là liệu pháp có ý nghĩa quan trọng trong rối loạn hành vi thể nặng.
- *Liệu pháp hóa dược*: Liệu pháp này không có ý nghĩa nhiều trong việc điều trị rối loạn hành vi, ngoại trừ có bệnh động kinh kết hợp, cần phải dùng thuốc kháng sinh động kinh. Một số trung tâm điều trị có thể cho sử dụng thuốc an thần. Điều quan trọng là tránh tạo cho trẻ và gia đình quan niệm thuốc có thể giải quyết được rối loạn hành vi.

Theo BS Gia đình trên Internet

## **CHƯƠNG 4 : LỊCH SỬ CỦA TÂM LÝ BỆNH HỌC VÀ HỆ THỐNG PHÂN LOẠI**



### **1. VÀI ĐIỂM LỊCH SỬ CỦA TÂM LÝ BỆNH HỌC**

#### **1.1. Thời kỳ cổ xưa :**

- Một trong những lý thuyết cổ xưa nhất là gán những hành vi không thích nghi và những sức mạnh siêu nhiên hoặc ma thuật. Từ đó, việc điều trị thông thường là do thầy phán hoặc thầy lang thực hiện nhằm xua đuổi tà ma khỏi những người bị bệnh.
- Những hành vi không thích nghi cũng được giải thích bởi sự hiện diện của những tổn thương thực thể trên một cơ quan nào đó, chứ không phải trên toàn bộ cơ thể. Người ta đã tìm thấy những xương sọ cổ xưa với những lỗ khoan khoảng 2cm đường kính ở các vùng đông Địa Trung Hải và Bắc Phi (3000 – 2000 năm trước Công nguyên).
- Sự tiếp cận thứ ba đối với những hành vi không bình thường là cái nhìn tâm lý học. Theo quan điểm này thì các rối loạn hành vi không bình thường là do sự không tương xứng giữa suy nghĩ và cảm nhận của con người về thế giới bên ngoài.

#### **1.2. Thời kỳ cổ Hy Lạp :**

- Thế kỷ thứ 9 trước Công nguyên, việc điều trị những người có hành vi không bình thường được thực hiện trong đền thờ thần Asclepius (Thần chữa bệnh)
- Hippocrates (460 – 377 trước Công Nguyên) mô tả não người như cơ quan biểu lộ ý thức (Trước đó người ta cho rằng trái tim là nơi chứa đựng cuộc sống, tinh thần và cảm xúc). Việc điều trị dựa trên sự nghỉ ngơi, tắm rửa và dinh dưỡng.
- Socrates (470 – 399 trước Công nguyên) chú ý nhiều đến sự tự thăm dò bản thân “Hãy tự biết mình”. Ông xem lý trí như hòn đá tảng của một cuộc sống tốt đẹp và hạnh phúc. Platon (427 – 347 trước Công nguyên) phát triển thêm quan điểm hữu cơ đó và giải thích hành vi như là sự thể hiện của toàn bộ các quá trình tâm lý của con người. Ông cho rằng hành vi bị rối loạn là do những xung đột bên trong giữa cảm xúc và lý trí. Aristote (384 – 322 trước Công nguyên) viết rất nhiều về lý trí và ý thức mô tả về cảm xúc của con người (tức giận, sợ hãi, thèm muốn, can đảm, thù hận và thương hại).

### **1.3. Thời kỳ Trung Cổ :**

- Thời kỳ trộn lẫn giữa hai kiểu trị liệu đối với bệnh nhân tâm thần: Trị liệu tàn nhẫn và trị liệu có tính nhân bản. Mê tín dị đoan phát triển song song với tư tưởng bác ái của Thiên Chúa Giáo.
- Saint Augustine (354 – 430) viết nhiều về xung đột nội tâm. Cuốn sách “Sự thú tội” (Confessions) là một điển hình về những công cụ của tâm lý học hiện đại như nội quan và tự phân tích.
- Paracelsus (1493 – 1541) và Juan Huart (1530 – 1589) chống đối mạnh mẽ tư tưởng mê tín dị đoan cuốn sách “Thăm dò tâm hồn” (Probe of the mind) phân biệt rõ ràng giữa Thần học và tâm lý học và tìm cách giải thích hợp lý về sự phát triển tâm lý của trẻ em.

### **1.4. Thời kỳ Phục Hưng :**

- Thời kỳ của những thay đổi về thái độ của xã hội đối với những hành vi không thích nghi.
- Johann Weyer (1515 – 1576) bảo vệ mạnh mẽ sự cần thiết phải điều trị bệnh nhân bằng y học. Các tác phẩm của ông đại diện cho giai đoạn phân chia tâm lý bệnh học ra khỏi thần học.

### **1.5. Thời kỳ của lý trí :**

- Thế kỷ 17 và 18 : lý trí là những phương pháp khoa học thay thế cho mê tín dị đoan trong việc tìm hiểu hành vi của con người.
- Baruch Spinoza (1577 – 1640) đưa ra sự tiếp cận mới về tâm lý học và sinh lý học, coi tâm hồn và cơ thể là một khối không thể phân chia.
- Robert Burton (1577 – 1640) viết về “Giải phẫu học của sự ưu tư” (The anatomy of melancholy). Ông mô tả và phân tích trầm cảm dựa trên kinh nghiệm bản thân.
- Franz Anton Mesmer (1734 – 1815) có ý tưởng áp dụng từ trường sinh học và thôi miên vào điều trị các vấn đề tâm lý.
- Philippe Pinel (1754 – 1826) khởi xướng sự thay đổi trong các bệnh viện tâm thần (Xóa bỏ xiềng xích đối với bệnh nhân).
- Nửa cuối thế kỷ 19, tâm thần học được hình thành như một môn của y học. Bệnh viện tâm thần được xây dựng.

### **1.6. Thời kỳ Hiện đại :**

- Từ những năm 1980 – 1990, chúng ta thấy nở rộ những chuyên ngành của tâm lý học theo hai hướng :

- ✓ *Hướng thứ nhất* : Những lĩnh vực lớn của tâm lý học nghiên cứu chủ yếu những hiện tượng tâm lý với hai cực tương ứng với hai mảng lớn khác nhau về phương pháp cũng như về trọng tâm: cái bình thường và cái bệnh lý.
- ✓ *Hướng thứ hai* : Liên quan đến hai khía cạnh không tách rời được của hành vi, một bên là sinh học nghĩa là cội rễ của hành vi, và bên kia là xã hội, nghĩa là những mối tương tác giữa con người và xã hội.

### **1.7. Sự ra đời của Tâm lý bệnh học :**

- Tâm lý bệnh học ra đời vào đầu thế kỷ 20 khi mà tâm lý học với tư cách là một môn khoa học được tách khỏi triết học.
- Georges Dumas (1866 – 1946) : học trò của Thiodule Rilot (1839 – 1826), thầy thuốc và triết gia, giám đốc đầu tiên của Phòng thí nghiệm Tâm lý bệnh học đối với triết học, và sự gắn bó với truyền thống của y học và của tâm thần học.
- Charles Blondel (1876 – 1939) : Cũng là thầy thuốc và triết gia. Ông tiếp tục lý tưởng của Georges Dumas và đưa tâm lý bệnh học vào bối cảnh của khoa học nhân văn.
- Pierre Janet (1851 – 1947) : Triết gia và sau đó là thầy thuốc, là một trong những người sáng lập của tâm lý bệnh học năng động (Psychopathology dynamique) : Nguyên lý cơ bản của ông là : Sử dụng phương pháp bệnh lý học, khái niệm về cấu trúc của bộ máy tâm lý.
- Henri Weller (1879 – 1962) : Học trò của Georges Dumas và Pierre Janet, sử dụng chủ yếu phương pháp phát triển và đã xây dựng khái niệm chung của thành thực của trẻ em, trong một tổng thể tâm lý sinh học và xã hội.

## **2.HỆ THỐNG PHÂN LOẠI**

### **2.1. Dẫn nhập.**

Có nhiều loại bất bình thường khác nhau. Công việc của nhà tâm lý là xác định loại gì. Chúng ta cần một hệ thống giúp chúng ta nhận diện các loại rối loạn khác nhau bị đánh giá là bất bình thường.

Tầm quan trọng của phân loại :

1. Mô Tả, nhận diện có sự rối loạn .
2. Thông tin : cần có tên gọi .
3. Nghiên cứu : nhóm tương đồng .
4. Các quyết định trị liệu ; can thiệp, chuẩn đoán.

## 5. Phát triển lý thuyết.

Cần có bốn điều kiện :

1. Hệ thống toàn diện : Hệ thống phân loại phải nêu tất cả các hành vi bất thường thấy được.
2. Các loại riêng biệt, độc lập: không có hệ thống phân loại chung chung, không rõ ràng, cần có những đặc điểm phân biệt nhau.
3. Đáng tin cậy : Bất cứ lúc nào, nếu ta phân loại cùng một người thì cũng đưa đến một kết quả như nhau: nếu một hệ thống phân loại xác định hôm nay anh A bị tâm thần phân liệt và tuần sau anh ta là người bị khủng hoảng thì hệ thống phân loại này không có ích lợi .
4. Có tính hiệu lực : hệ thống phân loại phải mang tính thực tiễn, có thực. Không thể theo “size” giày mà cho rằng người này hay người kia là bất thường.

### 2.2. Lịch sử các hệ thống phân loại.

- Có thể có từ thời tiền sử khi mà con người có sự phân biệt người này với người kia.
- Thời Hy-Lạp cổ đại : Hippocrates (TK4 trước CN) đề ra cách chữa trị bệnh tâm thần, chú ý đến sự tương tác của 4 tính khí (4 dung dịch của cơ thể: huyết, mật đen, mật vàng, chất đờm) .

Các hệ thống khác :

- Jean Fernel (1497-1588) : theo phương cách giải phẫu (bệnh và cấu trúc cơ thể), bắt đầu sử dụng từ “ sinh học” (physiology) theo ý nghĩa mới và từ “ bệnh lý” (pathology) : theo hình dáng cơ thể mà đoán tính tình.
- Felix Platter (1536-1614): Hệ thống phân loại mới về bệnh tật, dựa trên triệu chứng học (symptomatology).
- Sau TK17: các nhà vật lý và thần kinh học cố gắng tạo lập hệ thống phân loại hoàn thiện hơn với các đơn vị vững chắc hơn.
- Francois Baussier de Sauvages (TK 18) : phát triển hệ thống dựa trên những quan sát chi tiết của ông, gồm có 10 loại, 40 thứ, 78 giống, 2.400 bệnh khác nhau. Vấn đề của hệ thống là không phân biệt được giữa triệu chứng và bệnh:
  - \* “ Triệu chứng” : thể hiện của bệnh quan sát được.
  - \* “Bệnh tật” : sự suy yếu so với bình thường của cơ thể, được nhận diện qua một số triệu chứng và nguyên nhân riêng biệt.

- Philippe Pinel (1745-1826) : Bs tâm thần Pháp và là học trò của Sauvages, phát triển sơ đồ phân loại tâm thần đầu tiên. Có 5 loại bệnh tâm thần: kỳ quặc (mania), u sầu với mê sảng, u sầu không mê sảng, tâm thần phân liệt (dementia) và đần độn (idiotism). Tuy nhiên, hệ thống phân loại của ông chỉ mang tính chất mô tả.
- Emil Kaepelin (sauTK19) : Cha đẻ của “tâm thần học hệ thống”. Mục tiêu của ông là định nghĩa chính xác các giai đoạn khác nhau và thực thể của bệnh. Ông quan sát và thu nhập thông tin từ hàng trăm bệnh nhân và viết sách dài 2.425 trang và qua đó ông xác định 2 nhóm chính yếu của rối loạn tâm thần là vui buồn thất thường và tâm thần phân biệt và sau đó được chia ra làm 18 nhánh rối loạn tâm thần riêng biệt. Hệ thống phân loại của ông ảnh hưởng rất nhiều trên các hệ thống phân loại sau này.

## **2. Vấn đề của các hệ thống phân loại này.**

1. Thiếu sự tin cậy: khó có được chuẩn đoán phù hợp, hơn nữa các đặc tính riêng biệt của một rối loạn như đã mô tả trong các hệ thống phân loại khác nhau không kết hợp đầy đủ với sự rối loạn đáng lẽ phải có liên quan.
2. Thường nặng về lý thuyết, thiếu dữ kiện thực tế để chứng minh.
3. Sự chồng chéo nhau giữa các chủng loại : khó phân biệt giữa loại này với loại khác và cũng khó xếp loại khi chuẩn đoán.
4. Thiếu cơ sở vững chắc : bản chất của rối loạn tâm lý không được rõ rệt.



## **TRÍCH BẢNG PHÂN LOẠI QUỐC TẾ LẦN THỨ 10 CỦA WHO (ICD-10)**

(Bảng phân loại do Hội Tâm Thần học Hoa Kỳ lập năm 1994 được mang tên Diagnostic and Statistical Manual – DSM III.R)



### **Rối loạn tâm thần và hành vi (f00-f99)**

#### **MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS (f00-f99)**

##### **Rối loạn tâm thần thực thể bao gồm rối loạn tâm thần triệu chứng**

##### **(F00-F09 )**

##### **Organic, including symptomatic, mental disorders**

F00 Sa sút tâm thần trong bệnh Alzheimer - Dementia in Alzheimer 's disease

F01 Sa sút tâm thần trong bệnh mạch máu -Vascular dementia

F02 Sa sút tâm thần trong các bệnh khác đã được phân loại ở phần khác - Dementia in other diseases classified elsewhere

F03 Sa sút tâm thần không xác định - Unspecified dementia

F04 Hội chứng quên thực thể không do rượu và chất tác động tâm thần khác - Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substance

F05 Sảng không do rượu và chất tác động tâm thần khác - Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substance

F06 Rối loạn tâm thần khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và do bệnh cơ thể - Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease

F07 Rối loạn nhân cách và hành vi do bệnh não, tổn thương và rối loạn chức năng não - Personality and behavioural disorders due to brain disease damage and dysfunction

F09 Rối loạn tâm thần thực thể hoặc triệu chứng không xác định -Unspecified organic or symptomatic mental disorders

##### **Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần**

##### **( F10-F19 )**

##### **Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use**

F10 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu -Mental and behavioural disorders due to use of alcohol

F11 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dạng thuốc phiện - Mental and behavioural disorders due to use of opioids

F12 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dạng cần sa - Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids

F13 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các thuốc an thần hoặc thuốc ngủ - Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics

F14 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng cocain - Mental and behavioural disorders due to use of cocaine

F15 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất kích thích khác, bao gồm cả caffein - Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants including caffeine

F16 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây ảo giác - Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens

F17 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng thuốc lá -Mental and behavioural disorders due to tobacco

F18 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng dung môi dễ bay hơi -Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents

F19 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng nhiều loại ma túy và các chất tác động tâm thần khác -Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances

### **Tâm thần phân liệt, rối loạn dạng phân liệt và rối loạn hoang tưởng**

**(F20-F29 )**

#### **Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders**

F20 Tâm thần phân liệt - Schizophrenia

F21 Rối loạn kiểu phân liệt -Schizotypal disorder

F22 Rối loạn hoang tưởng trường diễn -Persistent delusional disorders

F23 Rối loạn loạn thần cấp tính và thoáng qua -Acute and transient psychotic disorders

F24 Rối loạn hoang tưởng cảm ứng -Induced delusional disorder

F25 Rối loạn phân liệt cảm xúc -Schioaffective disorders

F28 Rối loạn tâm thần không do nguyên nhân thực thể khác -Other nonorganic psychotic disorders

F29 Loạn thần kinh không do nguyên nhân thực thể, không xác định - Unspecified nonorganic psychosis

### **Rối loạn khí sắc (cảm xúc) ( F30-F39 )**

#### **Mood (affective) disorders**

F30 Giai đoạn hưng cảm - Manic episode

F31 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực - Bipolar affective disorder

F32 Giai đoạn trầm cảm - Depressive episode

F33 Rối loạn trầm cảm tái phát - Recurrent depressive disorder

F34 Rối loạn khí sắc (cảm xúc) trường diễn - Persistent mood disorders

F38 Rối loạn khí sắc (cảm xúc) khác - Other mood disorders

F39 Rối loạn khí sắc (cảm xúc) không xác định - Unspecified mood disorder

### **Loạn thần kinh, rối loạn liên quan đến stress và rối loạn dạng cơ thể (F40-F48)**

#### **Neurotic, stress-related and somatoform disorders**

F40 Rối loạn lo âu ám ảnh sợ hãi - Phobic and anxiety disorder

F41 Rối loạn lo âu khác - Other anxiety disorder

F42 Rối loạn ám ảnh-cưỡng chế - Obsessive-compulsive disorder

F43 Phản ứng với stress trầm trọng và rối loạn thích ứng - Reaction to severe stress, and adjustment disorders

F44 Rối loạn phân ly (chuyển đổi) - Dissociative (conversion) disorders

F45 Rối loạn dạng cơ thể - Somatoform disorders

F48 Rối loạn loạn thần kinh khác - Other neurotic disorders

### **Hội chứng hành vi kết hợp với rối loạn sinh lý và yếu tố thể chất (F50-F59 )**

#### **Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-F59)**

F50 Rối loạn ăn uống - Eating disorders

F51 Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể - Nonorganic sleep disorders

F52 Rối loạn chức năng tình dục không do rối loạn hay bệnh thực thể - Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F53 Rối loạn hành vi và tâm thần kết hợp hậu sản, chưa được phân loại ở nơi khác - Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

F54 Yếu tố hành vi và tâm lý kết hợp với rối loạn hoặc các bệnh đã được phân loại ở các phần khác - Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere

F55 Lạm dụng chất không gây nghiện - Abuse of non-dependence - producing substances

F59 Hội chứng hành vi ứng xử không xác định kết hợp với rối loạn sinh lý và yếu tố thể chất - Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

### **Rối loạn nhân cách và hành vi ở người trưởng thành ( F60-F69 )**

#### **Disorders of adult personality and behaviour (F60-F69)**

F60 Rối loạn nhân cách đặc biệt - Specific personality disorders

F61 Rối loạn nhân cách khác và hỗn hợp - Mixed and other personality disorders

F62 Thay đổi nhân cách kéo dài, không do tổn thương hay bệnh não -Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease

F63 Rối loạn thói quen và xung động - Habit and impulse disorders

F64 Rối loạn xác định giới tính - Gender identity disorders

F65 Rối loạn trong sở thích tình dục - Disorders of sexual preference

F66 Rối loạn với hành vi tâm lý và kết hợp với sự phát triển và định hướng tình dục - Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation

F68 Rối loạn khác về hành vi và nhân cách ở người trưởng thành - Other disorders of adult personality and behaviour

F69 Rối loạn không xác định về hành vi và nhân cách ở người trưởng thành - Unspecified disorder of adult personality and behaviour

## **Chậm phát triển tâm thần ( F70-F79 )**

### **Mental retardation (F70-F79)**

F70 Chậm phát triển tâm thần nhẹ - Mild mental retardation

F71 Chậm phát triển tâm thần trung bình - Moderate mental retardation

F72 Chậm phát triển tâm thần nặng - Severe mental retardation

F73 Chậm phát triển tâm thần nghiêm trọng - Profound mental retardation

F78 Chậm phát triển tâm thần khác - Other mental retardation

F79 Chậm phát triển tâm thần không xác định - Unspecified mental retardation

## **Rối loạn phát triển tâm lý (F80-F89 )**

### **Disorders of psychological development (F80-F89)**

F80 Rối loạn đặc hiệu về phát triển lời nói và ngôn ngữ - Specific development disorders of speech and language

F81 Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập - Specific development disorders of scholastic skills

F82 Rối loạn phát triển đặc hiệu chức năng vận động - Specific development disorders of motor function

F83 Rối loạn phát triển đặc hiệu hỗn hợp - Mixed specific development disorders

F84 Rối loạn phát triển lan tỏa -Pervasive developmental disorders

F88 Rối loạn phát triển tâm lý khác - Other disorders of psychological development

F89 Rối loạn phát triển tâm lý không xác định - Unspecified disorders of psychological development

## **Rối loạn về hành vi và cảm xúc với sự khởi bệnh thường xảy ra ở lứa tuổi trẻ em và thiếu niên (F90-F98 )**

### **Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence (F90-F98)**

F90 Rối loạn tăng động - Hyperkinetic disorders

F91 Rối loạn cư xử - Conduct disorders

F92 Rối loạn hỗn hợp về cư xử và cảm xúc - Mixed disorders of conduct and emotions

F93 Rối loạn cảm xúc với sự khởi phát đặc biệt ở trẻ em - Emotional disorders with onset specific to childhood

F94 Rối loạn hoạt động xã hội với sự khởi phát đặc biệt ở trẻ em và thiếu niên - Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence

F95 Rối loạn máy giật Tic - Tic disorders

F98 Rối loạn cảm xúc và hành vi khác với sự khởi phát thường xảy ra ở trẻ em và thiếu niên - Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

### **Rối loạn tâm thần không xác định (F99)**

#### **Unspecified mental disorder (F99)**

F99 Rối loạn tâm thần, không xác định - Mental disorders, not otherwise specified.



## CHƯƠNG 5 : HOẠT ĐỘNG TÂM THẦN<sup>2</sup>



Có một thực tại tâm lý bên trong của chúng ta giống như cái thực tại vật chất bên ngoài. Thế giới tâm lý bên trong là tổng hợp toàn bộ quá trình phát triển và cá thể hóa, chủ yếu là sự tự nội tâm hóa dần dần những tương tác giữa những đứa trẻ và môi trường, do học tập, do điều kiện hóa và là sự nội tâm hóa của những người quan hệ với đầy đủ gánh nặng tình cảm của nó.

### I. NHỮNG NGUYÊN TẮC CỦA HOẠT ĐỘNG TÂM THẦN :

1. Nguyên tắc của tính không thay đổi (constance) : giống như những cơ thể sinh vật khác, cơ thể con người luôn có khuynh hướng không đổi lực căng bên trong, như sự điều bình (homéostasie) trong sinh lý học.

- *Nguyên tắc khoái cảm (principe de plaisir)* : ban đầu hoạt động của trẻ em chỉ biết chịu theo sự thôi thúc của ham muốn, tìm khoái cảm, bất chấp thực tế.
- *Nguyên tắc thực tế (principe de réalité)* : Khi đụng phải thực tế hiệu xung năng không thể thực hiện được mà phải điều chỉnh lại. Lúc đó, môi trường xung quanh giữ một vai trò rất quan trọng. Nguyên tắc này cũng là một hình thức nhằm thỏa mãn những nhu cầu, đem lại chất lượng cho sự sinh tồn.

2. Sự lặp đi lặp lại (répétition) : Đó là sự thúc ép lặp đi lặp lại. Không phải là một khuynh hướng bình thường lặp đi lặp lại những thói quen tiếp thu từ sự học tập, nhưng là một sự thúc đẩy bên trong làm cho con người lặp lại vô tận những tình huống chấn thương làm cho họ đau khổ nhưng họ không thể tự kiềm chế được. Thêm vào đó những phản ứng của những người xung quanh làm cho chúng nặng thêm. Tất cả những gì gây sang chấn tâm lý sẽ để lại dấu ấn với khuynh hướng nổi lên trở lại một cách lặp đi lặp lại.

Sự phóng lực cảm xúc (abréaction) tạo khả năng tránh né tác động bệnh lý, của sang chấn tâm lý. Đây cũng là nguồn gốc của những phương pháp biểu lộ cảm xúc (catharsis). Nhưng biện pháp có hiệu quả nhất chống lại sự lặp đi lặp lại là hồi ức lại sang chấn nhằm tìm hiểu đầy đủ ý nghĩa tâm lý của nó.

### II. NHỮNG DẠNG THỨC CỦA HOẠT ĐỘNG TÂM THẦN :

---

<sup>2</sup> BS Lâm Xuân Điền, Giáo trình Sức khỏe Tâm thần, Khoa PNH, 2001

1. Khả năng chờ đợi và sự tượng trưng hóa : Đây là hai phẩm chất của hoạt động tâm thần được hình thành từng bước, gắn liền với sự phát triển thành thực của hệ thần kinh trung ương, nhưng cũng phụ thuộc vào hệ thống tình cảm của đứa trẻ, nghĩa là bản chất và chất lượng của những mối quan hệ của nó.

Trẻ em từng bước không cần đến chính vật thể nữa mà chỉ chú ý những điểm tượng trưng của vật thể. Tư duy từ cụ thể đi dần đến tư duy trừu tượng (quy luật của ngôn ngữ và lô-gic)

Đứa trẻ phải giữ một khoảng cách tâm lý đối với những đối tượng cần được tượng trưng. Nó phải có khả năng dằn lại sự thỏa mãn ngay của những ham muốn của nó để cho tư duy có thời gian phát triển và có khả năng chờ đợi nghĩa là chịu đựng sự thiếu vắng và sự cô đơn, những phẩm chất cần thiết để có thể xây dựng nên một mối quan hệ chắc chắn với môi trường.

2. Hoạt động theo quá trình tiên phát :

Đó là hoạt động của vô thức, nhưng nó có thể chiếm lĩnh cuộc sống ý thức và mục tiêu duy nhất của nó là sự thỏa mãn ngay những ham muốn đã sinh ra nó. Như vậy để tạo được sự cân bằng bên trong, chỉ có 2 con đường để thoát ra :

- *Giải thoát năng lượng theo con đường vận động hay thần kinh thực vật*: loạn vận hành (dyspraxie), chứng lặp lại máy móc (stéréotypie), **tic**, rối loạn tâm thể và rối loạn ứng xử.
- *Giải thoát năng lượng bằng việc đầu tư quá mức cho thế giới huyền tưởng* : ảo giác (hallucination), hoang tưởng (délire, delusion).

Việc giáo dục sẽ giúp cho trẻ chịu đựng được một mức độ căng thẳng bên trong nào đó và lùi lại việc giải thoát năng lượng nhờ vào sự phát triển thế giới tâm lý của nó.

3. Hoạt động theo quá trình thứ phát :

Hoạt động này đặc trưng cho cuộc sống ý thức và lý trí. Ở đây tư duy logic chớ không phải mức độ tình cảm có nhiệm vụ nối kết những hình tượng. Nguyên tắc thực tế có trách nhiệm sửa chữa cho nguyên tắc khoái cảm và sự chờ đợi có thể thực hiện được. Việc hình thành cái Tôi sẽ tạo sự phù hợp với thực tại bên ngoài. Vấn đề chủ yếu ở đây cũng là vai trò của các mối quan hệ với môi trường và sự nội tâm hóa của chúng.

### III. CƠ CHẾ PHÒNG VỆ :

Đây là những thao tác của bộ máy tâm lý nhằm giảm thiểu những căng thẳng bên trong. Chúng thường có giá trị che chở sự toàn vẹn của bộ máy tâm lý, nhưng hiệu quả không giống nhau. Chúng cũng dễ bị sự điều hành của các quá trình tiên phát và như vậy có thể gây bệnh và cản trở hoạt động tâm thần.

**1. Sự dồn nén (Refoulement, Repression) :**



Có thể nói đây là một cơ chế phòng vệ chủ yếu. Đây là thao tác mà chủ thể tìm cách đẩy vào hoặc giữ lại trong vô thức những biểu tượng gắn liền với một xung động. Con người không thể thỏa mãn bất kỳ dục vọng nào ( ví dụ tình dục) và cơ chế này giúp cho sự hình thành cái Tôi. Dồn nén để chuyển sang các hoạt động khác là cách đối phó tương đối hiệu quả.

## **2. Sự thoái lui (Thoái bộ, Régression) :**

Thoái lui là quay trở lại với những hành vi ban sơ không phù hợp với lứa tuổi hiện tại khi gặp những trắc trở trong cuộc sống. Đây là sự trở về với những hình thức trước kia của sự phát triển tư duy và phương thức quan hệ của chủ thể với môi trường. Theo Freud, có ba kiểu thoái lui :

- *Thoái lui chủ đề (régression topique) :* Từ ý thức đi đến vô thức.
- *Thoái lui hình thức (régression formelle) :* trở lại những biểu hiện của tư duy nguyên thủy (quy trình thứ phát trở thành quy trình nguyên phát)
- *Thoái lui theo thời gian (régression temporelle) :* trở lại những dạng thức quan hệ theo kiểu vùng kích dục (zones érogènes) hậu môn hay miệng.

Sự thoái lui không bao giờ là sự trở lại đơn giản về tình trạng trước vì chúng ta không thể nào xóa bỏ hoàn toàn sự phát triển trung gian.

Một người trưởng thành thoái lui không bao giờ trở thành như chính người ấy khi còn trẻ nhỏ.

## **3. Sự đảo lộn ngược lại (Renversement dans la contraire) :**

Mục đích của một xung động biến thành cái ngược lại, như từ ác tâm chuyển thành khổ tâm, từ chứng nhìn trộm thành chứng phô bày.

## **4. Sự hình thành có tính phản ứng (Formation réactionnelle) :**

Là thái độ tâm lý ngược chiều phản kháng lại với một ham muốn đã bị dồn nén. Một ý thức quá mức về sạch sẽ che đậy một khuynh hướng về sự dơ bẩn. Một sự thương hại tràn lan là một thái độ chống lại những ham muốn hung hãn.

## **5. Sự thăng hoa (Sublimation)**

Những xung lực bản năng không được thỏa mãn sẽ được đầu tư vào những hoạt động được xã hội đề cao, như khoa học, nghệ thuật, sự nghiệp xã hội...

## **6. Sự đồng hóa (Identification)**

Nhờ quy trình tâm lý này mà chủ thể có thể tiếp nhận một đặc tính của người khác và hành động giống từng phần hay hoàn toàn theo kiểu như vậy.

Sự đồng hóa là :

- Quy trình hình thành nhân cách.
- Cơ chế tự vệ chủ yếu chống lại sự mất mát và tang tóc.
- Nguyên nhân của nhiều ứng xử bệnh lý.
- Yếu tố chủ yếu trong việc hình thành và hoạt động của nhóm(đại bàng : đồng hóa với kẻ hung tính).

### **7. Phóng chiếu ( Projection)**

Cá nhân có một ý tưởng hay tình cảm nào đó và tin một cách vô thức rằng người khác cũng có ý nghĩ và tình cảm như mình : người ích kỷ nhìn ai cũng thấy toàn là người ích kỷ trong khi tự cho mình là chẳng bao giờ ích kỷ. Con người có xu hướng phóng chiếu những nét cá tính khó ưa của mình.

### **8. Bù trừ ( Compensation)**

Bù trừ là khuynh hướng che đậy sự yếu kém của mình và quay sang các hoạt động được ưa thích, dễ thành công hơn. Người có ngoại hình xấu thường cố gắng học cách ăn nói có duyên hơn. Cơ chế này được phát huy mạnh ở những người khuyết tật.



## CHƯƠNG 6

# BIỂU HIỆN CỦA RỐI LOẠN CỦA TÂM THẦN<sup>3</sup>



### 1. Rối loạn cảm giác và tri giác :

- 1.1. *Tăng cảm giác* : Màu sắc rực rỡ, mùi nồng nặc.
- 1.2. *Giảm cảm giác* : Không rõ rệt, xa xăm.
- 1.3. *Loạn cảm giác bản thể (cénesttopathia)* : nóng ran trong người, cấu xé trong ruột, điện giật trong óc.
- 1.4. *Ảo tưởng (illusion)* : tri giác sai lầm về các đối tượng có thật trong thực tế khách quan (ví dụ : áo treo trên tường giống người đang đứng, nhìn dây thừng tưởng rắn).
- 1.5. *Ảo giác (hallucination)* : Tri giác như có thật về một sự vật, một hiện tượng không hề có trong thực tế khách quan.
  - 1.5.1. *Ảo giác thô sơ và phức tạp* :
    - Ảo giác thô sơ : không có cấu kết rõ nét.
    - Ảo giác phức tạp : có hình tượng rõ ràng và sinh động.
  - 1.5.2. *Ảo giác thật, ảo giác giả* :
    - Ảo giác thật : người bệnh tiếp nhận ảo giác như có thật trong thực tại, không phân biệt được ảo giác với sự thật.
    - Ảo giác giả : khu trú trong ???, từ trong cơ thể phát ra, bệnh nhân nhận thức ảo giác trong ý nghĩ của mình.
  - 1.5.3. *Ảo giác chia theo giác quan* :
    - Ảo thanh : tiếng nói cơ thể là nói một mình hay là nói với người bệnh (ảo thanh bình phẩm, ảo thanh mệnh lệnh)
    - Ảo thị : kích thước cơ thể giống như tự nhiên hay có thể lớn lên (ảo thị khổng lồ : macroposia) hay nhỏ đi (ảo thị tí hon : microposia). Ảo thị có thể sinh động hoặc bất động. Nội dung của ảo thị có thể làm cho người bệnh say mê ngồi nhìn một cách thích thú hoặc ngơ ngác, bàng hoàng, sợ hãi.

---

<sup>3</sup> BS Lâm Xuân Điền, Giáo trình Sức khỏe Tâm thần, Khoa PNH, 2001

- Ảo giác nội tạng (visceral hallucination) : cảm thấy rõ ràng trong người có những dị vật, những sinh vật.

1.5.4. *Ảo giác sơ đồ thể (trouble of body schema)* : tri giác sai lầm về hình thể và kích thước của thân thể mình (lớn lên, dài ra, ngắn lại).

## **2. Rối loạn cảm xúc :**

### *2.1. Giảm cảm xúc :*

- Giảm khí sắc (hypothymia) : buồn rầu, ủ rũ.
- Vô cảm (apathia) : thờ ơ đứng đưng với tất cả những việc gì xảy ra xung quanh.

### *2.2. Tăng cảm xúc :*

- Cảm xúc không ổn định (labile) : từ vui sang buồn, từ khóc sang cười.
- Cảm xúc say đắm (etasy) : tăng cảm xúc mạnh có tính chất nhất thời.
- Khoan khoái (euphobia) : thấy mọi vật xung quanh đều hợp với lòng mình nên cười nói một cách thích thú.

### *2.3. Rối loạn cảm xúc khác :*

- Cảm xúc hai chiều (ambivalence) : vừa thích vừa không thích.
- Cảm xúc trái ngược (paradoxical) : nhận được tin vui thì buồn rầu.

## **3. Rối loạn tư duy :**

### *3.1. Rối loạn hình thức tư duy :*

#### *3.1.1. Phân chia theo nhịp độ nhanh :*

- Tư duy phi tán (flight of ideas) : quá trình liên tưởng rất nhanh, chủ đề luôn luôn thay đổi theo tác động bên ngoài.
- Tư duy dồn dập (accelerated thinking) : những ý nghĩ xuất hiện dồn dập ngoài ý muốn.
- Nói hổ lớn (logorrhea) : nói luôn mồm, nội dung vô nghĩa.

#### *3.1.2. Phân chia theo nhịp độ chậm :*

- Tư duy chậm chạp (bradypsychia) : suy nghĩ khó khăn, nội dung đơn điệu, nghèo nàn.
- Tư duy ngắt quãng (barrage) : dòng ý tưởng bị ngắt quãng khi đang nói.
- Tư duy lai nhai (circumstantial thinking) : kể một cách tỉ mỉ những chi tiết thứ yếu và rất khó chuyển sang nội dung chủ yếu.

- Tư duy kiên định (perseverance) : lặp đi lặp lại một chủ đề nhất định.

### 3.1.3. Phân chia theo hình thức phát ngôn :

- Nói một mình (monologue).
- Nói tay đôi (dialogue).
- Nói lặp lại (palilalia) : không ai hỏi cũng cứ nói.
- Nhại lời (echolalia) : chỉ lặp lại câu hỏi.

### 3.2. Rối loạn nội dung tư duy :

3.2.1. Định kiến (fixed idea) : ý tưởng quá đang về những sự kiện thực tế.

3.2.2. Hoang tưởng (delusion) : tin tưởng vững chắc và những ý tưởng phán đoán sai lầm.

- Hoang tưởng suy đoán :
    - Hoang tưởng liên hệ
    - Hoang tưởng bị hại
    - Hoang tưởng bị chi phối
    - Hoang tưởng ghen tuông
    - Hoang tưởng tự buộc tội
    - Hoang tưởng nghi bệnh
    - Hoang tưởng tự cao
    - Hoang tưởng phát minh
  - Hoang tưởng cảm thụ :
    - Hoang tưởng nhận nhầm
    - Hoang tưởng đóng kịch (hoang tưởng đổi dạng)
    - Hoang tưởng biến hình bản thể
- 3.2.3. Ám ảnh (obsession) : Ý nghĩ không phù hợp với thực tế, xuất hiện với tính chất cưỡng bức.
- Ám ảnh trừu tượng
  - Ám ảnh cảm cụ thể : ám sợ, ám ảnh hồi ức.

### 4. Rối loạn trí nhớ :

- Giảm nhớ (hypomnesia)
- Tăng nhớ (hypermnnesia)

- Quên (amnesia)
  - Thuận chiều (anterograde) : quên sự việc xảy ra sau khi bị bệnh, từ vài giờ đến vài tuần.
  - Ngược chiều (retrograde) : quên sự việc xảy ra trước khi bệnh.

#### **5. Rối loạn chú ý :**

- Chú ý suy yếu : không thể tập trung chú ý vào một việc gì lâu được,.
- Chú ý trì trệ : năng lực di chuyển chú ý rất kém.
- Chú ý di chuyển nhanh chóng.

(Hình)

#### **6. Rối loạn hoạt động :**

##### *6.1. Rối loạn hoạt động có ý thức :*

- Giảm vận động (hypokinesia)
- Mất vận động (akinesia)

- Tăng vận động (hyperkinesia)
- Động tác dị thường (parakinesia)
- Giảm hoạt động (hypoboulia)
- Tăng hoạt động (hyperboulia)
- Mất hoạt động (aboulia)

#### 6.2. Rối loạn hoạt động bản năng :

6.2.1. *Hành vi xung động* : xuất hiện đột ngột, không có sự đấu tranh bên trong để kiềm chế lại (nhảy xuống đất khi ô tô đang chạy)

#### 6.2.2. *Say mê xung động* :

- Xung động uống rượu (dipsomania)
- Xung động đi lang thang (romomania)
- Xung động trộm cắp (kletomania)
- Xung động đốt nhà (pyromania)
- Xung động thèm uống (potomania)



## Chương 7 : Lo âu và trầm cảm



Lo âu và trầm cảm là những vấn đề tâm lý xã hội mà người thầy thuốc gia đình thường phải đối đầu nhiều nhất. Đây là trường hợp cần phải được xem xét vì không những tỉ lệ mắc chung của các rối loạn này cao trong xã hội chúng ta, mà còn vì tần số liên quan của nó với các rối loạn y học.

Các rối loạn lo âu xảy ra ở 30 đến 40% trong quần thể người lớn, tại một lúc nào đó trong cuộc đời của họ và 27% bệnh nhân đến khám thầy thuốc gia đình với các triệu chứng tâm thần là các triệu chứng lo âu.

Ngoài ra, gần 10% nam giới và 20% nữ giới sẽ trải qua chứng trầm cảm khá rõ rệt trong cuộc đời của họ. Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng trầm cảm là vấn đề tâm thần thường có nhất mà người thầy thuốc gia đình phải đối phó.

Tuy vậy, cả lo âu lẫn trầm cảm đều không được nhận biết bởi các thầy thuốc gia đình vì nó thường phải biểu hiện với các triệu chứng thân thể (somatic) như đau, hồi hộp, táo bón. Trầm cảm liên quan nhiều tới cách dùng thuốc và các bệnh y học. Sự ốm đau thường thúc đẩy nhanh trầm cảm ở người có tuổi.

Lo âu và trầm cảm làm cho xã hội phải trả giá cao về chi phí y học, mất ngày công và đau đớn về tinh thần. Như vậy, thầy thuốc có kỹ năng phát hiện và điều trị với cả hai vấn đề y học thường có này là rất quan trọng.

### Định nghĩa Lo âu

Mỗi người chúng ta đều trải qua những lúc và có thể những giai đoạn lo âu kéo dài. Trong thực tế y học gia đình, bạn sẽ gặp những bệnh nhân với một loạt những triệu chứng khác nhau liên quan đến lo âu. Thường bệnh nhân lo âu đến với những lời phàn nàn về thực thể như nhức đầu, đau vùng thắt lưng, mệt mỏi, mất ngủ. Những triệu chứng này phản ánh sự phản ứng từ nhẹ đến nặng của chứng lo âu, và mục đích của bạn đối với bệnh nhân là xác định họ đang ở chỗ nào trong chuỗi liên tục đó (hình 1) và đưa ra cách chữa chạy thích hợp.



---

Mức trầm trọng tăng dần lên

- Lo âu do tình huống
- Rối loạn điều chỉnh với tâm trạng lo âu
- Rối loạn lo âu
- Các ám ảnh sợ (ví dụ sợ độ cao)
- Các trạng thái lo lắng (ví dụ: rối loạn lo âu toàn bộ)

---

## Hình 1 : Các loại lo âu

### Các loại lo âu

**Lo âu do tình huống hay thứ phát:** là một chứng bệnh mà bạn sẽ thường gặp. Nó diễn ra trong khi đáp ứng với nhiều đòi hỏi hàng ngày của cuộc sống, có thể là chúng liên quan tới công việc, quan hệ hoặc những chuyển biến của cuộc sống bình thường như có mang, trung niên hoặc tuổi già. Lo âu do tình huống thường tự nó giảm đi. Người đã trải qua lo âu do tình huống sẽ đáp ứng tốt bằng cách nói với người khác những cảm giác của mình và nhận sự giúp đỡ của những người này.

Những chẩn đoán về tâm thần học chỉ cần thiết khi lo âu trở nên mạn tính và/ hay can thiệp vào sự thích nghi đang tiếp diễn với những sự kiện của cuộc đời.

**Rối loạn sự điều chỉnh với tâm trạng lo âu:** là loại chẩn đoán cho những cá nhân mà sự đáp ứng của họ đối với các stress đủ để nặng nề, gây trở ngại cho hoạt động hàng ngày. Cũng như những người có chứng lo âu do tình huống, người có chứng rối loạn sự điều chỉnh với trạng thái tâm lý lo âu sẽ đáp ứng tốt khi có sự giúp đỡ của người khác, bằng cách nói chuyện về những sự xúc động và với thời gian trôi đi chứng lo âu sẽ bớt.

Ngược lại với những chẩn đoán trên, những rối loạn lo âu là những bệnh hiện hữu, tương đối không đáp ứng với những cách điều trị bằng lời, bằng sự hỗ trợ và với thời gian trôi đi. Những bệnh nhân có chứng rối loạn lo âu thường đến với thầy thuốc với các triệu chứng sau đây:

Những lời phàn nàn mơ hồ như khó chịu ở dạ dày, các hội chứng đau, nhức đầu, mệt mỏi toàn thân hoặc cảm giác khó chịu.

Cảm giác chung về sự không thoải mái, buồn phiền quá đáng, khó tập trung và khó ngủ, hoặc tăng sự chú ý và tính cảnh giác. Một vài bệnh nhân có thể đơn giản coi những cảm giác đó là "kích động thần kinh".

Những cơn hoảng hốt, đó là những giai đoạn mạnh lên và có giới hạn của sợ hãi đột nhiên, đặc trưng bởi các triệu chứng sau đây: ngất, cảm giác chết đến nơi, tức thở, chóng mặt, tháo mồ hôi, dị cảm, run và sợ bị chết hay đang phát điên.

Sách giáo khoa về Chẩn đoán và Thống kê in lần thứ 3 (DSM III) phân loại các rối loạn ra làm 2 loại lớn: những rối loạn ám ảnh sợ và những trạng thái lo âu. Những người bị chứng hay ám ảnh sợ (phobias) trải qua sự sợ hãi dai dẳng phi lý về một đối tượng đặc biệt (chẳng hạn nhện, chó, chuột), hoặc những hoạt

động đặc biệt (chẳng hạn lên thang máy, đi vào tầng hầm tối) hay những tình huống (ví dụ có một mình giữa đám đông, lái xe, ở trên đỉnh núi). Sự sợ hãi đó dẫn đến sự mong muốn mạnh mẽ là tránh khỏi đối tượng, một hoạt động hay một tình huống đáng sợ. Đối với chẩn đoán đúng là một rối loạn ám ảnh sợ (phobic disorder) thì sự sợ hãi của cá nhân phải là nguồn gốc thực sự của suy sụp và làm trở ngại cho chức năng xã hội.

### **Trường hợp 1. Sợ sự trống trải**

Bà L. có một bệnh sử 7 năm cao huyết áp, giảm kali trong máu và hơi khó chịu ở vai. Bà đến khám với những cơn "thần kinh" có đặc điểm với cảm giác chết ngạt và thít chặt ở ngực và vai, tim đập nhanh, cảm giác sắp chết. Những cơn ấy xảy ra hoặc ở chỗ đông người hay ở nhà thờ. Sự sợ hãi của bà L. có những cơn như vậy làm cho bà nằm nhà ngày càng nhiều. Bệnh sử xã hội phát hiện những cái chết mới đây của người chồng nghiện rượu, người em gái và chàng con rể của bà.

### **Thảo luận trường hợp**

Trường hợp bà L. là một ví dụ về chứng sợ sự trống trải, một cách chính xác nghĩa là sợ ở nơi chợ búa. Những người sợ sự trống trải, sợ bị cô độc ở nơi công cộng mà sợ trốn thoát có thể khó khăn trong trường hợp mất khả năng đột ngột.

Những người sợ sự trống trải qua những cơn sợ hoặc lo âu tái phát, dẫn đến chứng lo âu trước (sợ có cơn hoảng hốt). Đến lượt chứng lo âu trước này làm cho họ thoát khỏi mọi tình huống liên quan đến các cơn. Như trường hợp của bà L. chứng tỏ, chứng sợ sự trống trải ở thể mạn tính thường trở nên phải nằm nhà, đòi hỏi một người bạn hay một thành viên trong gia đình đi theo họ khi mà họ ra khỏi nhà. Khoảng 5% dân số có chứng sợ sự trống trải ở một thời điểm nào đó trong cuộc đời. Sự rối loạn này thường được chẩn đoán nhiều hơn ở phụ nữ và mức trầm trọng có thể lúc tăng lúc giảm. Lạm dụng thuốc và trầm cảm là hai phản ứng thứ phát thường thay đổi với chứng rối loạn này, chứng rối loạn ám ảnh sợ thường gặp nhất trong thực hành y học.

Loại rối loạn lo âu lớn thứ hai là các trạng thái lo âu, đề cập đến những cảm giác sợ hãi đáng kể đột nhiên nổi lên không có yếu tố thúc đẩy rõ ràng. Chứng rối loạn lo âu loạn thể là một trạng thái lo âu thông thường nhất được thấy trong thực hành y học. Tiêu chuẩn để chẩn đoán chứng này bao gồm sự lo âu dai dẳng, toàn thể, ít nhất trong 1 tháng và các triệu chứng có ít nhất ba trong bốn loại sau đây:

1. Căng thẳng thần kinh vận động: Hay giật mình hoảng hốt, không có khả năng thư giãn và bồn chồn.
2. Tăng hoạt tính hệ thần kinh thực vật: vã mồ hôi, đánh trống ngực, tim đập nhanh, những đợt nóng hay lạnh, tiêu chảy.
3. Dự đoán sự sợ hãi có thể xảy ra: buồn phiền, sợ hãi, trầm ngâm.

4. Cảm giác và xét nét: khó tập trung tư tưởng, mất ngủ, cảm giác ở ngoài rìa.
5. Chẩn đoán phân biệt bao gồm chứng trầm cảm quan trọng, cường tuyến giáp, lạm dụng và nghiện rượu, thuốc.

## **Trường hợp 2. Chứng lo âu toàn thể**

Ông P. đang ở giới hạn của chứng đái đường, béo xệ ở mức trung bình, cao huyết áp và có một bệnh sử dài của chứng lo âu. Ông nói ngất quăng và lấp, tỏ ra quá hồi lồi và do dự. Mười năm trước đây, một sự suy sụp thần kinh xuất hiện bởi một cơn lo âu làm ông P. phải chuyển gia đình mình sang thành phố khác và chuyển đổi việc làm. Từ đó không bao giờ ông cảm thấy mình đúng. Ông ta luôn luôn phàn nàn kéo dài về buồn phiền, bồn chồn, khó tập trung, đầu óc bận rộn với những ý nghĩ cứ trôi đi mãi, tim đập dồn dập, khó ngủ. Ông ta cũng cho biết những cảm giác đáng chú ý về sự không đủ khả năng, giám chức năng tình dục (cảm thấy quá căng thẳng khi sinh hoạt tình dục) và ăn kém ngon miệng. Ông đang là người gác cổng và cảm thấy người khác coi thường mình.

## **Thảo luận trường hợp**

Những triệu chứng của ông P. gồm cả 4 loại của chứng lo âu toàn thể đã được liệt kê trong DMS III. Những thay đổi về sinh học và "hệ thực vật" thể hiện trong triệu chứng ăn mất ngon, chức năng tình dục, về khó ngủ cũng gợi ra chứng trầm cảm, một bệnh thường tồn tại trong nhiều trường hợp lo âu.

## **Phòng vấn để chẩn đoán chứng lo âu**

Khi bệnh nhân trực tiếp phàn nàn về chứng lo âu hay "thần kinh" hoặc khi thầy thuốc nghi chứng lo âu có thể là một yếu tố có ý nghĩa trong lời phàn nàn thường xuyên, thì nên hỏi những câu sau đây:

1. Mỗi người trải qua chứng lo âu khác nhau. Chính xác ra thì sự lo âu của bạn như thế nào?
2. Nó dai dẳng hay ngắt quãng?
3. Phải chăng có những tình huống đặc biệt dẫn đến sự lo âu của bạn?
4. Bạn có chứng thần kinh này bao nhiêu lâu rồi? Bao nhiêu ngày, tháng, năm?
5. Có bao giờ bạn thấy tim đập nhanh không? Run rẩy? Thở hổn hển? Đau ngực? Tê ngón chân tay? Cảm giác sắp chết?
6. Đã có thay đổi gì trong lối sống của bạn do chứng lo âu của bạn gây ra?
7. Bạn và những người khác trong gia đình bạn đã giải quyết chứng lo âu của bạn như thế nào?
8. Về chứng lo âu của bạn, bạn quan tâm nhiều nhất đến cái gì?
9. Bạn nghĩ cái gì đang gây ra chứng lo âu của bạn?
10. Bạn nghĩ cái gì có thể giúp đỡ bạn?

---

Mức trầm trọng tăng dần lên

- Nỗi buồn bình thường
  - Rối loạn điều chỉnh với tâm trạng trầm cảm
  - Rối loạn tính khí
  - Chứng trầm cảm lớn
  - Các bệnh loạn tâm thần trầm cảm
- 

Hình 2 : Các loại trầm cảm

Có thể yêu cầu bệnh nhân ghi nhật ký về chứng lo âu của mình trong đó có thể ghi thời gian, địa điểm, cảm giác, ý nghĩ và thái độ ứng xử của họ và của người khác vào trước, trong và sau giai đoạn lo âu. Lôi cuốn bệnh nhân vào việc thu thập số liệu sẽ tạo điều kiện hợp tác với việc chăm sóc y tế. Dùng bảng câu hỏi tự trả lời, chẳng hạn như thang đánh giá lo âu của Sheehan cũng sẽ rất có ích. Thu thập số liệu thông qua cuộc phỏng vấn để chẩn đoán và số nhật ký sẽ phát hiện ra những thông tin quan trọng về chứng lo âu của bệnh nhân và sẽ nâng cao mối quan hệ giữa bệnh nhân và thầy thuốc và rất có thể tự nó sẽ cũng cấp một giá trị điều trị.

Sự khác nhau giữa một phản ứng của stress, một phản ứng của sự điều chỉnh với những nét đặc trưng lo âu và chứng rối loạn của chứng lo âu là về mặt tính chất. Các phản ứng của stress và phản ứng của sự điều chỉnh cả hai đều thoái lui, một khi stress ngừng hoặc thay đổi hoặc gặp một thái độ thoải mái hơn. Có các rối loạn của chứng lo âu là bắt nguồn sâu xa hơn trong nhân cách cá nhân. Những cơn hoảng hốt cho thấy rất có thể một trạng thái của chứng lo âu hơn là phản ứng của stress hay điều chỉnh.

Chứng lo âu rất khó phân biệt với các rối loạn dạng tâm-thể (somatoform disorders) (xem chương 38) và chứng rất thường cùng tồn tại. Những đặc trưng quan trọng của các rối loạn dạng tâm thể là các triệu chứng thực thể, chẳng hạn đau lưng, chóng mặt, đau bụng, thống kinh, hoặc đau khi giao hợp mà không tìm thấy một dấu hiệu thực thể nào có thể chứng minh cho những triệu chứng đó và nó gắn liền với những yếu tố tâm lý hay sự xung đột.

### **Điều trị chứng lo âu**

#### **Thuốc**

Khi đã xác lập được chẩn đoán chứng lo âu, người thầy thuốc cần phải quyết định xem liệu có phải cho thuốc hay không. Mặc dầu những thuốc chống lo âu có thể đem lại sự dịu đi tạm thời nhưng quan trọng đối với một số bệnh nhân có chứng lo âu, các thuốc này có tiềm năng bị lạm dụng và cần phải cho thuốc một cách cẩn trọng.

Dùng thuốc có thể có lợi trong việc kiểm tra có hiệu quả cả những cơn hoảng hốt lẫn chứng lo âu đến trước (anticipatory anxiety) để giúp bệnh nhân ám ảnh sợ có thể tiếp cận và hiểu rất rõ các tình huống tránh được. Thuốc chống trầm cảm loại 3 vòng Imipramine thường dùng để cắt các cơn hoảng hốt. Một liều tương đối thấp, 10 đến 75 mg một ngày có thể đủ, tuy nhiên liều cao hơn, từ 100 đến 200 mg một ngày cũng cần thiết. Trong một vài trường hợp, xử trí chứng lo âu đến trước có thể có kết quả với loại thuốc benzodiazepin chẳng

hạn alprazolam (Xanax: 0,25 đến 0,5 mg ba lần một ngày). Thuốc này cũng có hiệu quả chữa các cơn hoảng hốt. Do sự dung nạp nhanh và tiềm năng gây nghiện của loại benzodiazepin, điều trị bằng Xanax cần phải chia ra từng đợt ngắn (nghĩa là dưới 1 tháng).

Thuốc chống trầm cảm loại 3 vòng có hiệu quả điều trị về mặt dược lý học đối với một vài người mắc chứng lo âu toàn thể, giống như thuốc chống lo âu không phải loại benzodiazepin, như buspiron (Buspar). Propranolol, clonidin và alprazolam là những thứ thuốc khác đã thử dùng những kết quả hạn chế đối với nhóm bệnh nhân này.

Trong khi dùng thuốc để điều trị bệnh nhân có chứng rối loạn lo âu, thầy thuốc nên cho các bệnh nhân này biết rằng chứng lo âu bản thân nó là một phần của cuộc đời và các vấn đề lo âu sẽ được giải quyết. Cần an ủi bệnh nhân rằng các cơn hoảng hốt tự chúng không liên quan đến cái chết sắp xảy ra, hoặc những cơn kịch phát tim, mất ý thức hoặc điên.

Những người lo âu thường có thể là những bệnh nhân hay đòi hỏi và hay có nhu cầu. Nhiều người trong số bệnh nhân này sẽ yêu cầu các thuốc đặc trị đã được các thầy thuốc khác cho. Làm rõ thái độ của mình về vấn đề dùng thuốc an thần trước khi làm việc với bệnh nhân có các triệu chứng lo âu. Bạn phải chấp nhận những cảm nhận của bệnh nhân và yêu cầu giúp đỡ của họ ngay cả khi bạn định không ủng hộ vấn đề nào đó mà bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ, chẳng hạn như cho thuốc.

### **Tư vấn hỗ trợ**

Những bệnh nhân bị chứng lo âu do stress hay rối loạn sự điều chỉnh với tâm trạng lo âu thường có lợi sau những buổi tư vấn hỗ trợ của thầy thuốc. Những bệnh nhân này thường đang khó điều khiển và bị tác động, nên họ thường dễ tiếp nhận những gợi ý và làm việc cần mẫn để trở nên tốt hơn. Vai trò của thầy thuốc trong những hòa n cảnh như vậy là chăm chú lắng nghe, tạo điều kiện để trao đổi cởi mở và động viên bệnh nhân phát huy khả năng giải quyết vấn đề của mình. Sử dụng những câu hỏi mở có giá trị đặc biệt về mặt này. Người thầy thuốc phải giáo dục bệnh nhân về tính chất phổ biến ở mọi nơi của chứng lo âu và tìm cách giúp họ hiểu đúng bản chất mối quan hệ giữa các triệu chứng của họ và hoàn cảnh cuộc đời. Bảng kiểm kê thay đổi cuộc đời của Holmes và Rabe (2) giúp làm sáng tỏ đối với bệnh nhân về mức độ thay đổi trong cuộc sống của họ. Vì sự thay đổi cuộc sống gắn liền với stress nên sử dụng bản kiểm kê sẽ cải thiện được nhận thức về hoàn cảnh cuộc sống của con người đang tác động đến con người như thế nào về mặt xúc cảm.

Huấn luyện về thư giãn dần dần, một kỹ thuật được phát triển 50 năm trước đây bởi bác sĩ Edmund Jacobson (3), cũng sẽ có ích cho bệnh nhân. Kỹ thuật này dạy người ta phân biệt giữa căng thẳng cơ và thư giãn. Lúc đó bệnh nhân tập trung vào để tạo ra một trạng thái hoàn toàn thư giãn các cơ, như là một cách để loại bỏ stress. Bệnh nhân có thể học kỹ thuật này qua băng thư giãn có

bán ở thị trường. Bạn tìm ở hiệu sách hay thư viện những cuốn băng hay sách hiện có. Xoa bóp, thể dục, thiền định, nghe nhạc và các kỹ thuật thư giãn khác cũng có thể giúp ích.

### **Khi nào gửi bệnh nhân đi khám chuyên khoa**

Nếu bệnh nhân mắc chứng lo âu do stress không thấy đỡ sau một ít buổi tư vấn hỗ trợ, cần nghĩ đến việc gửi bệnh nhân đến một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe tâm thần có trình độ để hỏi ý kiến. Bạn có thể nhận được một bản danh sách các bác sĩ chuyên khoa có trình độ ở địa phương bạn, nếu liên hệ với các Hội quốc gia, chẳng hạn Hội tâm thần Mỹ (APA), Hội các thầy thuốc về vấn đề Hôn nhân và Gia đình Mỹ (AAMFT) hay Đăng ký Quốc gia về các nhà Cung cấp dịch vụ Chăm sóc về Tâm thần học. Có một cách tiếp cận hữu ích hơn là hỏi các đồng nghiệp y tế giới thiệu một thầy thuốc trong vùng của bạn đã chữa thành công bệnh nhân trong quá khứ. Đặc biệt phải xem xét gửi đi đối với những người có chứng sợ sự trống trải. Thầy thuốc điều trị sẽ đặc biệt dùng cách tiếp cận về ứng xử, bao gồm tiến hành theo một chương trình vạch sẵn với tình huống sợ hãi. Bệnh nhân phát triển một bảng liệt kê theo một trình tự từ sợ hãi ít nhất đến sợ hãi nhiều nhất. Bệnh nhân với sự giúp đỡ của thầy thuốc, tiến hành từ từ qua bảng liệt kê, đầu tiên trong trí tưởng tượng rồi đến đời sống thực tế, cho đến các tình huống không còn gây ra chứng lo âu không quản lý được. Vì người ta không thể đồng thời trải qua chứng lo sợ và thư giãn, huấn luyện thư giãn cơ dần dần được sử dụng kết hợp với việc theo chương trình.

Những bệnh nhân mắc các cơn hoảng hốt dùng cách tiếp cận giống như với người mắc chứng ám ảnh sợ cũng có kết quả. Người thầy thuốc cần phải thu thập một cách thận trọng và kỹ lưỡng bệnh sử về mặt xã hội. Kinh nghiệm lâm sàng cho biết những cơn hoảng hốt đột nhiên xảy ra đôi khi gắn liền với những vấn đề ngoại tình hoặc những sầu muộn dai dẳng.

Đối với những bệnh nhân mắc chứng lo âu toàn thể mạn tính có thể cũng cần được bác sĩ chuyên khoa sức khỏe tâm thần điều trị. Những bệnh nhân đang được chuẩn bị về mặt tài chính và cảm xúc nhằm những xung đột tâm lý thì cần phải điều trị tăng cường bằng tâm lý học. Một số thầy thuốc gia đình chọn tâm lý trị liệu ngắn hạn, sử dụng mối quan hệ điều trị hỗ trợ. Người thầy thuốc nên giáo dục bệnh nhân về quá trình diễn biến của các triệu chứng có thể đoán trước và làm bệnh nhân yên lòng rằng họ không đi đến chỗ điên đầu. Những kỹ thuật thư giãn và sự phản hồi sinh học là những can thiệp không cần thuốc bổ sung thêm cho chứng lo âu toàn thể.

### **Chứng trầm cảm**

#### **Định nghĩa**

Mọi cá nhân đều trải qua một nỗi buồn, ở những thời điểm nào đó trong cuộc đời của mình. Nỗi buồn bình thường hay "nỗi buồn chán" diễn ra trong sự đáp ứng với mất mát của chính mình hoặc mất mát của người thân do chết, ly hôn, hoặc mất mát sức khỏe, mất tự trọng hay mất an toàn.

Trong thời gian đó, người ta trải qua những đợt khóc than, đờ đẫn và chán nản. Nỗi buồn như vậy thường giảm đi với sự giúp đỡ và thời gian và khi hòa n cảnh bên ngoài thay đổi. Nỗi buồn bình thường dễ đáp ứng với sự an ủi, có thể thay đổi về thể lực chút ít và không gây ảnh hưởng đến khả năng hoạt động.

Tài liệu DSM-III xếp loại chứng trầm cảm vào các rối loạn cảm xúc , một thuật ngữ áp dụng cho một rối loạn tâm trạng không do một rối loạn nào đó về thể chất hay tâm thần. Tâm trạng ám chỉ một xúc cảm kéo dài nó tô màu toàn bộ cuộc đời bên trong của cá nhân và thường bao gồm nỗi vui sướng và nỗi buồn bã. Chỉ khi nào, một tâm trạng buồn can thiệp vào chức năng hàng ngày và trở nên mạn tính trong quan hệ với thế giới bên ngoài, thực sự mới xứng đáng xem như là một chẩn đoán của DSM-III. Sách DSM-II không còn phân biệt giữa trầm cảm nội sinh về mặt sinh học và ngoại sinh (về mặt phản ứng), vì tất cả các chứng trầm cảm có thể liên quan đến thay đổi sinh hóa học và do đó rất khó xác định nhân quả.

Sự phân biệt có lợi hơn cần làm là trầm cảm nguyên phát và trầm cảm thứ phát. Trầm cảm nguyên phát diễn ra trong khi không có một rối loạn nào về mặt y học, tâm lý học, hoặc phẫu thuật. Trầm cảm thứ phát diễn ra trong bối cảnh của một vấn đề y học, tâm lý học hay phẫu thuật nghiêm trọng. Chẳng hạn trầm cảm thứ phát có thể diễn ra trong đáp ứng với thời gian nằm viện kéo dài, hay với những bệnh như ung thư , bệnh tim, AIDS và với các bệnh tâm thần như sa sút trí tuệ hoặc rối loạn ám ảnh-xung lực cưỡng bức. Các bệnh nhân mà lịch sử gia đình có chứng trầm cảm chắc có thể bị mắc chứng trầm cảm nguyên phát nhiều hơn. Sách DSM-III phân loại trầm cảm, dù là nguyên phát hay thứ phát, ra làm 3 loại :

- a. Rối loạn điều chỉnh với tâm trạng trầm cảm.
- b. Rối loạn tính khí.
- c. Chứng trầm lớn.

Sự khác nhau giữa những loại này là cường độ và thời gian kéo dài ngày càng tăng lên. Tuy nhiên phản ứng điều chỉnh luôn luôn diễn ra với một stress về tâm lý xã hội hay là một sự mất mát.

Mức trầm trọng tăng dần lên - Nỗi buồn bình thường - Rối loạn điều chỉnh với tâm trạng trầm cảm - Rối loạn tính khí - Chứng trầm cảm lớn - Các bệnh loạn tâm thần trầm cảm.

### **Trường hợp 3: Rối loạn điều chỉnh với tâm trạng trầm cảm**

Ông P. 27 tuổi trình bày với thầy thuốc của mình nhiều chứng bệnh gồm đau dữ dội ở phía bên phải, mệt mỏi, khó chịu chung chung. Sáu tháng trước đây, ông ly hôn với vợ sau 7 năm lấy nhau. Từ khi bà vợ từ biệt ra đi, ông không còn

"cảm thấy khỏe" nữa, thấy lo âu vì ăn không ngon, khó ngủ. Ông muốn biết ông có thể làm gì để "cảm thấy dễ chịu hơn".

### **Thảo luận trường hợp**

Nét đặc trưng nổi bật của rối loạn điều chỉnh với tâm trạng trầm cảm là một phản ứng rối loạn chức năng đối với một stress tâm lý- xã hội có thể xác định được. Nó diễn ra trong phạm vi 3 tháng kể từ khi stress đó ập tới, với những triệu chứng điển hình như buồn bã, khóc lóc và vô vọng. Bản chất kém thích nghi của phản ứng được chỉ ra hoặc bằng gây ra tổn hại trong vận hành chức năng xã hội hoặc chức năng nghề nghiệp, hay là những triệu chứng quá mức bình thường và các phản ứng sẽ tới đối với tác nhân stress.

Chứng trầm cảm cuối cùng cũng sẽ kết thúc khi mà stress hết, hoặc nếu stress vẫn tồn tại, nhưng có thể đạt tới mức độ thích ứng mới. Loại rối loạn này là thông thường.

### **Trường hợp 4: Rối loạn tính khí**

Cô S, một phụ nữ 28 tuổi, đến với thầy thuốc của mình về một chỉ định chống thụ thai. Trong quá trình phỏng vấn, cô báo cáo cho biết có cảm giác trầm cảm, tự ti và bi quan, những cảm giác mà cô khai đã có từ lúc cô 16 hay 17 tuổi. Mới đây, cô bắt đầu hò hẹn với một người đàn ông nhưng thể hiện nghi ngờ về mối quan hệ. Cô cũng lên tiếng phê phán thử trưởng của mình và quá khứ của cô đã trải qua với nghề y.

### **Thảo luận trường hợp**

Rối loạn tính khí có bức tranh triệu chứng y như chứng trầm cảm lớn (được mô tả ở dưới) nhưng triệu chứng nhẹ hơn và kéo dài hơn, kéo dài ít nhất 2 năm. Con người rối loạn tính khí đã phát triển một lối nhìn trầm cảm mãn tính cả về bản thân mình và thế giới và thường được coi là một "nhân cách trầm cảm".

### **Trường hợp 5 - Chứng trầm cảm lớn**

Bà C, một phụ nữ 48 tuổi. có một bệnh sử dài và chứng nhức đầu migren. Đầu tiên bà đến thầy thuốc 3 năm trước đây với những cơn bùng nóng tiền mãn kinh và đã được điều trị bằng oestrogen. Bà tường thuật lại cảm giác buồn bã chán nản, mệt mỏi và khó ngủ trong mấy tháng qua. Rất gần đây, bà không còn muốn tiếp xúc với người khác và tự hỏi một cách nghiêm chỉnh liệu đời còn đáng sống hay không. Bà cảm thấy vô tích sự và buộc tội cho mình về sự đổ vỡ cuộc tình duyên của mình những năm trước đây. Bây giờ đã đến lúc bà không rời khỏi giường trong nhiều ngày. Bà làm một việc đầy những stress, sống với hai cậu con trai đã lớn ở nhà và không có bạn bè thân thiết.



## **Chứng trầm cảm lớn**

Các tiêu chuẩn chẩn đoán một đợt trầm cảm lớn là:

1. Mất thích thú trong tất cả hay hầu hết các hoạt động thường ngày và các thú tiêu khiển (nghĩa là mất khoái cảm).
2. Những thay đổi về thực vật hoặc thể lực chẳng hạn kém ăn, giảm cân nặng rõ rệt hay tăng cân, mất ngủ hoặc ngủ quá mức, mất nghị lực một mối, vật vã tâm thần vận động hoặc trì trệ và giảm ý muốn tình dục.
3. Những thay đổi về nhận thức như cảm giác vô tích sự, kém tự trọng, ray rứt quá đáng, khó tập trung, ý nghĩ ám ảnh về tự tử hay muốn chết, vô vọng và chơi vơi không người giúp đỡ. Những triệu chứng này phải có liên tục trong thời gian ít nhất 2 tuần lễ. Sự xuất hiện của đợt trầm cảm lớn có thể đột ngột và ước tính một nửa số bệnh nhân đã trải qua một đợt trầm cảm lớn sẽ có thể có một đợt khác.

## **Phòng vấn để chẩn đoán chứng trầm cảm**

Rất hiếm khi bệnh nhân trình bày với thầy thuốc gia đình của mình là đã tự chẩn đoán là trầm cảm. Thường thường bệnh nhân không biết họ bị trầm cảm và trình bày bệnh như là

### **Các loại trầm cảm**

chứng đau mạn tính, nhức đầu, mệt mỏi, đau vùng dưới lưng, đau ngực và bụng, hay giảm trí nhớ, điều này thường nói đến như là chứng trầm cảm bị che khuất. Vì bệnh nhân có thể không thuyết minh chứng bệnh của mình như là chứng trầm cảm, nên người thầy thuốc phải chẩn đoán chính xác và thuyết minh chẩn đoán này một cách tích cực và đúng với tình thương.

Khi bạn nghi ngờ chứng trầm cảm, hãy bắt đầu định giá các triệu chứng từ "tam chứng trầm cảm":

- a. Rối loạn tâm trạng
- b. Có các dấu hiệu thực vật
- c. Giảm tự tin

Những câu hỏi để hỏi gồm:

1. Gần đây phải chăng bạn thấy "buồn chán" hay buồn như bị bỏ rơi"? Bạn có thể mô tả những cảm giác này chứ?
2. Bạn có thấy chán ăn không? Ngủ thế nào? tỉnh dậy từ sáng sớm? ham muốn tình dục? mức độ hoạt động và nghị lực thế nào?
3. Có phải bạn khó tập trung tư tưởng không?
4. Bạn cảm thấy về mình như thế nào? Bạn cảm thấy tương lai thế nào?

5. Trên thang điểm từ 1 đến 10, với 1 là không tồi và 10 là nỗi đau xúc động có thể tồi tệ nhất, bạn cảm thấy bạn ở mức nào?
6. Bạn đã cảm nghĩ như thế này bao lâu rồi?
7. Có cái gì mới mất mát trong cuộc đời của bạn (chẳng hạn người thân, sức khỏe, thu nhập, lòng tự trọng)?
8. Trước đây có bao giờ bạn cảm thấy giống như thế?
9. Trong gia đình bạn, có một bệnh sử về trầm cảm hay hành vi đối kháng với xã hội?

Có một số bản câu hỏi mẫu để giúp chẩn đoán chứng trầm cảm. Trong các công cụ dùng cho bệnh nhân phổ biến nhất là bậc thang trầm cảm của Zung (4) và cho bệnh nhân già là bậc thang trầm cảm lão khoa (5).

Vì nghiện rượu và lạm dụng thuốc có thể gây ra trầm cảm, hãy đặc biệt hỏi về cách sử dụng của bệnh nhân (Thông tin về khám kiểm tra và chẩn đoán nghiện rượu, xem chương 37). Đánh giá vắn tắt chứng trầm cảm sẽ nhằm vào những điểm sau đây: không có khả năng vui chơi, có những triệu chứng thực vật thực thể, đặc biệt rối loạn giấc ngủ và những biến đổi về nhận thức (chẳng hạn sự ray rứt tội lỗi, mất sự tự trọng và những ý nghĩ tự tử).

Hỏi bệnh nhân 3 câu hỏi sau đây, trong một cuộc phỏng vấn ngắn, sẽ giúp làm sáng tỏ có chứng trầm cảm hay không: Trong lúc rối rối bạn làm gì? Bạn ngủ thế nào? Bạn cảm thấy mình thế nào?

### **Đánh giá tiềm thức tự tử**

Tự tử là một nguyên nhân chết nhiều nhất, đứng hàng thứ 7 ở nước Mỹ, ước tính 80% tự tử gắn liền với chứng trầm cảm nặng. Vì tỉ suất chết do trầm cảm gây tự tử ước tính khoảng 5 và 15% người thầy thuốc phải thường lệ hỏi bệnh nhân trầm cảm về tự tử.

Câu hỏi để khơi gợi ý định tự tử nên hỏi vào lúc thích hợp trong khi phỏng vấn và có thể gồm:

1. Phải chăng bạn cảm thấy quá tồi tệ đến nỗi có ý nghĩ tự huỷ hoại mình?
2. Nếu vậy, phải chăng thực sự bạn đã có ý nghĩ tự giết mình?
3. Nếu thế, bạn giết mình như thế nào?
4. Nếu vậy, kế hoạch như thế nào? Vào lúc này, người thầy thuốc cần phải đánh giá cái chết và sự nguy hiểm tức thời của kế hoạch được thực hiện.

Những yếu tố nguy cơ phụ thêm để xem xét trong việc đánh giá tiềm thức tự tử là một dự định rõ ràng về tác động của việc tự tử trên những người khác, lịch sử tự tử của gia đình, lịch sử trong quá khứ về ý định tự tử, sự cô lập với xã hội, sự chia tay mới đây với một người thân yêu, nghiện rượu và lạm dụng thuốc, các bệnh tâm thần hay bệnh ở giai đoạn cuối cùng.

Nếu thầy thuốc, trên cơ sở thông tin thu thập được và một "phản ứng gan dạ, cương quyết", cảm thấy rằng bệnh nhân có thể dẫn đến tự sát, cần phải tìm ngay thầy thuốc tâm thần để khám.

Nhiều loại thuốc và dược phẩm có thể gây ra hoặc làm nặng thêm chứng trầm cảm. Chúng gồm các thuốc ngừa thai uống, steroid, propranolon, các thuốc chống lo âu, cocain, rượu, marijuana, amphetamin, thuốc chống cao huyết áp, đặc biệt là  $\alpha$ -methyldopa và reserpin.

### **Điều trị chứng trầm cảm**

Một khi bạn đã chẩn đoán chứng trầm cảm, bước tiếp theo của bạn là vạch ra một kế hoạch điều trị. Trong việc đó, các câu hỏi then chốt để xem xét, cần nhắc là:

1. Phải chăng bệnh nhân này trước tiên phải được tư vấn, và nếu thế thì làm như thế nào?
2. Có chỉ định dùng thuốc chống trầm cảm không?
3. Có nên gửi bệnh nhân đi khám thầy thuốc chuyên khoa sức khỏe tâm thần không?

### **Tư vấn hỗ trợ**

Tư vấn chăm sóc hỗ trợ ban đầu (giúp bệnh nhân hiểu các giải pháp cho vấn đề) không dùng thuốc hoặc không cần gửi đi để khám, sẽ dành cho những bệnh nhân sẵn có một hệ thống hỗ trợ bên ngoài tốt và đang bị một phản ứng trầm cảm do một tình huống gây ra liên quan đến người thân, việc làm, sức khỏe, hoặc tự trọng. Vai trò của bạn, đặc biệt thích hợp khi trầm cảm liên quan tới một chứng ốm đau hay cái chết mới đây xảy ra trong gia đình bệnh nhân. Việc can thiệp nên bao gồm thông báo cho bệnh nhân về chẩn đoán của bạn về chứng trầm cảm nhẹ và liên hệ chẩn đoán này với những thay đổi mới đây trong đời sống của bệnh nhân.

Hàng tuần, dành riêng những cuộc hẹn ngắn (20 phút) đều đặn để cố vấn hỗ trợ. Thường sáu buổi là đủ.

Cách tiếp cận tư vấn đem lại kết quả gồm phát triển được mối quan hệ hỗ trợ, tập trung vào những cảm nghĩ của bệnh nhân, duy trì thái độ hy vọng, làm sáng tỏ những ý nghĩ và cảm giác đối với bệnh nhân và cho phép bệnh nhân thể hiện xúc động. Rất có ích để chứng nhận những cảm giác coi như bình thường của bệnh nhân, có đối chiếu với các hoàn cảnh. Tiêu chuẩn cụ thể đối với sự tiến bộ của bệnh gồm các cảm nghĩ chủ quan về sự sàu não giảm đi, hài lòng hơn trong cuộc sống, dậy muộn hơn về buổi sáng, tần số giao hợp tăng lên, ăn ngon miệng hơn và hoạt động xã hội tăng lên. Nếu một vài tiêu chuẩn này chưa đạt sau 6 lần đến thăm, cần nghĩ đến việc gửi đi thầy thuốc chuyên khoa.

## Cho thuốc

Nhiều bệnh nhân với triệu chứng trầm cảm sẽ tiến bộ sau thời gian điều trị hỗ trợ, hoặc một thay đổi trong môi trường của họ, hoặc khi sự đáp ứng với sự mất mát đang trong quá trình chấm dứt tự nhiên.

Tuy nhiên một số bệnh nhân đáp ứng nhanh hơn với các thuốc chống trầm cảm. Chỉ định dùng các thuốc chống trầm cảm là:

- Các dấu hiệu thực vật (chẳng hạn giảm trọng lượng, thức dậy sớm buổi sáng, mất hứng thú tình dục)
- Lịch sử quá khứ về đáp ứng dùng thuốc.
- Lịch sử gia đình có chứng trầm cảm và đáp ứng tốt với điều trị tâm thể (somatic treatment) đối với chứng trầm cảm.
- Tư vấn không có kết quả.
- Có các triệu chứng nặng làm suy yếu cá nhân.

Các chất chống trầm cảm loại ba vòng hoặc Trazadone là những là những thuốc hàng đầu cho các bệnh nhân có những triệu chứng kể trên. Lithi carbonat rất có ích cho các bệnh nhân đã trải qua chứng thao cuồng trầm cảm, nghĩa là sự chuyển tâm trạng mạnh mẽ và dữ dội xen kẽ giữa hưng khởi tốt độ và trầm cảm. Vì chỉ định điều trị của lithi carbonat hẹp, xử trí ban đầu của thuốc này phải do một nhà tâm thần học thực hiện. Gửi đi khám gấp và sử dụng liệu pháp gây co giật bằng điện (ECT) có thể được chỉ định cho những bệnh nhân mắc chứng trầm cảm cấp tính có xu hướng tự tử. Các chất ức chế Monoamin oxidase (MAOIS) nên đề dặt cho việc điều trị ở hàng thứ hai, vì những thuốc này có tác dụng phụ có hại và đòi hỏi sự phòng ngừa ăn kiêng nghiêm ngặt. Thông thường, các thuốc được cho như trong bảng 36.1.

## Những thuốc thường dùng cho chứng trầm uất

Chỉ tiêu của triệu chứng	Thuốc	Liều lượng
- Kém ngủ	Amitriptylin	125-200 mg/ngày
- Ngủ quá nhiều	Imipramin	150-300 mg/ngày
- Vật vã	Alprozolam (chỉ dùng trong thời gian ngắn, nghĩa là không quá 3 tuần)	0.5mg x 3lần/ngày
- Đờ đẫn	Fluoxelin	20-80 mg/ngày
- Nguy cơ tự tử	Trazodon	200-350 mg/ngày
- Các vấn đề tim mạch	Notriptylin	50-150 mg/ngày
- Tuổi già	Desipramin	25-100 mg/ngày

Người ta đang quảng cáo rất nhiều về thuốc Prozac (fluoxetin), một thứ thuốc chống trầm cảm tương đối mới. Thực ra, năm 1990 Prozac đã là một thuốc thường được cho đơn nhiều nhất trong tất cả các thuốc chống trầm cảm. Nó cũng có hiệu quả như các thuốc chống trầm cảm khác, nhưng không có tiềm

năng tự tử cũng như không có tác dụng xấu đến tim mạch và tác dụng kháng cholinergic (anticholinergic effect) với loại 3 vòng hay MAOI chống trầm cảm. Vì tác dụng hoạt hóa của nó trên hệ thần kinh nên nó đặc biệt thích hợp với bệnh nhân trầm cảm với triệu chứng thờ ơ và mệt mỏi. Tuy nhiên, để tránh mất ngủ do thuốc, nên cho thuốc vào buổi sáng hay giữa ngày. Liên quan với hành vi bạo lực hay xu hướng tự sát do thuốc gây ra chưa được thiết lập một cách dứt khoát.

Bệnh nhân cần được giáo dục về tác dụng phụ của các thứ thuốc này và được cho biết rằng tác dụng của điều trị có thể không xảy ra cho đến 4 tuần (đối với Prozac có thể lên tới 8 tuần). Tác dụng tốt của thuốc chỉ xảy ra khi được dùng hàng ngày. Khi kê đơn thuốc chống trầm cảm, hãy bắt đầu bằng liều thấp, vào khoảng một phần ba liều duy trì đối với người trẻ và một phần năm liều duy trì đối với bệnh nhân nhiều tuổi. Tăng dần liều lượng lên. Hãy cho những liều hạn chế về các thuốc này và thường xuyên đưa bệnh nhân trở lại để theo dõi nếu tự tử vẫn luôn có khả năng xảy ra. Nếu không có hiệu quả với một thứ thuốc chống trầm cảm loại 3 vòng đặc biệt nào đó có thể cho thử một loại khác của thuốc chống trầm cảm loại 3 vòng. Khi điều trị đã có kết quả, có kế hoạch điều trị giảm dần liều sau 6 tháng hoặc hơn nữa. Những bệnh nhân trầm cảm có xu hướng tự tử hoặc thành loạn tâm thần cần gửi ngay đến bác sĩ tâm thần để khám.

Cần phải xem xét gửi đến cơ sở tâm thần trị liệu ngoại trú những bệnh nhân có rối loạn tính khí hay những phản ứng sâu não kéo dài chưa khỏi, nhưng biết bệnh và được khuyến khích để làm việc lúc còn trầm cảm và để tìm cách thích ứng tốt hơn: Việc gửi tới liệu pháp tâm lý ngoại trú cần xem xét trong những trường hợp mà bệnh nhân có khuynh hướng hiểu biết bệnh của mình và sẵn lòng tiếp tục làm việc với chứng trầm cảm và tìm cách đối phó tốt hơn, có rối loạn tính khí hoặc có những phản ứng sâu não kéo dài không giải quyết được.

### **Chuyển bệnh nhân đi**

Thầy thuốc phải gửi bệnh nhân trầm cảm đi khi tự họ cảm thấy không được đào tạo đầy đủ về những vấn đề hiện có hoặc không có thời gian để chữa bệnh có tính chất tâm lý trị liệu. Một số nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của tâm lý trị liệu ngoại trú (có dùng thuốc hoặc không). Những nghiên cứu khác thấy rằng hầu hết những kết quả thành công trong điều trị trầm cảm là do kết hợp tâm lý trị liệu và thuốc. Nếu bạn đang đề cập tới bệnh nhân của bạn, hãy nhớ rằng nhiều bác sĩ tâm thần thích đưa việc dùng thuốc vào quyết định và phỏng vấn bệnh nhân trầm cảm trước khi bắt đầu dùng thuốc chống trầm cảm. Sẽ có lợi nếu khuyến khích không dùng thuốc chống trầm cảm cho đến khi bệnh nhân bắt đầu tư vấn.

Các bệnh nhân được gửi đến bác sĩ chuyên khoa sức khỏe tâm thần phải được làm yên lòng rằng họ không phải là người điên, rằng người thầy thuốc của họ sẽ tiếp tục theo dõi việc chăm sóc cho họ, rằng người thầy thuốc, ở trong hoàn cảnh của bệnh nhân, cũng muốn hỏi ý kiến một nhà chuyên khoa điều trị. Sự từ

chối của bệnh nhân đối với ý kiến về tâm lý trị liệu nên được trao đổi một cách thận trọng. Người thầy thuốc nên sắp xếp thời gian hẹn gặp để theo dõi sau khi bệnh nhân đã tiếp xúc với bác sĩ chuyên khoa.

Bất luận điều trị chuyên khoa cụ thể thế nào, các bệnh nhân trầm cảm cũng sẽ được lợi nhiều nếu có sự chăm sóc của bác sĩ gia đình. An ủi, đồng cảm, giáo dục về những nét đặc thù của chứng bệnh của bệnh nhân và sự tin tưởng không điều kiện có một giá trị lớn trong việc điều trị chứng trầm cảm.

*Theo Mathrew Alexandre*

### **Tài liệu tham khảo**

1. Katon W, Sheehan DV, Uhde TW: Panic disorder: a treatable problem. Patient Care March 30, 148-173, 1988.
2. Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 11: 213-218, 1967.
3. Davis M, Eshelman ER, McKay M: The Relaxation and Stress Reduction Workbook, ed 2. Oakland, New Harbinger Publications, 1982, pp 23-27.
4. Dugan WWK: A self-rating of depression scale. Arch Gen Psychiatry 12: 63-70, 1965.
5. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 17: 37-49, 1983.

<http://www.cimsi.org.vn/Sach/YhocGD/mucluc.htm><http://www.cimsi.org.vn/Sach/YhocGD/mucluc.htm>

## CHƯƠNG 8 : BỆNH HƯNG - TRẦM CẢM<sup>4</sup>



Bệnh hưng – trầm cảm trước kia được gọi là loạn tâm thần hưng – trầm cảm.

Bệnh này được định nghĩa theo hình thái tiến triển của nó :

- **Lưỡng cực** : các cơn trầm cảm và hưng cảm xen kẽ nhau.
- **Đơn cực** : sự tái diễn các cơn trầm cảm. Giữa các cơn, khí sắc trở lại bình thường.

### I. CƠN TRẦM CẢM :

#### 1. Quan sát :

- Sự chậm chạp về tâm thần vận động (về mặt thờ dãn, giảm điệu bộ)
- Buồn rầu rõ rệt
- Không chú ý đến vệ sinh cơ thể, ăn mặc lười thôi.

#### 2. Khám lâm sàng :

2.1. *Ý chí* : lơ đãng, mất nghị lực.

2.2. *Trí tuệ* : hoạt động tâm thần chậm chạp, ý tưởng nghèo nàn, rối loạn sự tập trung, rối loạn trí nhớ, sự chú ý và sự gọi nhớ khó khăn.

2.3. *Cảm xúc* : thờ ơ, “mất cảm giác về cảm xúc đau khổ”, mất hứng thú.

#### 3. Tiến triển :

Bệnh sẽ khôi phục trung bình trong khoảng sáu đến bảy tháng, nhưng nguy cơ tự tử cao. Cho nên tất cả trường hợp trầm cảm đều phải được điều trị.

### II. CƠN HƯNG CẢM :

#### 1. Quan sát và tiếp xúc :

- Ăn mặc lười thôi kỳ quái thường đập vào mắt mọi người.
- Khuôn mặt biểu lộ quá mức
- Tiếp xúc ồn ào, thái độ quá thân mật.
- Kích động vận động : điệu bộ kịch tính.
- Kích thích tâm thần : nói hồ lộn, tăng hoạt động tâm thần, tư duy phi tán.

---

<sup>4</sup> BS Lâm Xuân Điền, Giáo trình Sức khỏe Tâm thần, Khoa PNH, 2001

- Khí sắc thay đổi, không ổn định, khoan khoái xen lẫn với trạng thái dễ bị kích thích.
- Ngôn ngữ tương ứng với sự khoan khoái : chơi chữ, nói chuyện nọ xọ chuyện kia.

## 2. Các rối loạn thực thể :

- Mất ngủ : dấu hiệu cơ bản xuất hiện sớm, không có sự mệt mỏi và than phiền từ phía người bệnh.
- Đói khát thường xuyên quá mức, tương phản với sự gầy sút, đôi khi mất nước.
- Tăng tiết nước bọt, tăng tiết mồ hôi.
- Mất kinh thường gặp ở phụ nữ.

## III. HAI THỂ TIẾN TRIỂN CHÍNH :

### 1. Thể lưỡng cực :

Với sự xuất hiện của các cơn hưng cảm và trầm cảm. Nếu các cơn hưng cảm tái phát không có các cơn trầm cảm thì cũng được xếp vào thể lưỡng cực.

Chu kỳ nhanh : 4 cơn tối loạn khí sắc trong một năm.

### 2. Trầm cảm đơn cực :

Đây là thể thường gặp nhất, chỉ gồm có các cơn trầm cảm, xuất hiện nhiều ở giới nữ với nhân cách cơ bản thường là ức chế, nhiều tâm.

## IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ :

### 1. Điều trị triệu chứng :

- Trong cơn trầm cảm, nhập viện để phòng ngừa nguy cơ tự tử cao.
- Trong cơn hưng cảm, nhập viện để đối phó với các hậu quả do kích động gây ra.

### 2. Điều trị phòng ngừa :

- Tiếp tục hóa trị liệu trong nhiều tháng sau khi cơn đầu tiên được chữa khỏi.
- Cho một thuốc điều hòa khí sắc để phòng ngừa tái phát : Lithium, Carbamazépine, Valpromide.





## CHƯƠNG 9 : XUNG ĐỘT VÀ STRESS<sup>5</sup>



### I. XUNG ĐỘT (CONFLICT, CONFLIT) :

#### 1. Định nghĩa :

- Xung đột là một tình trạng trong đó chủ thể bị giằng co giữa khuynh hướng về nhận thức và động cơ ngược chiều nhau.
- Theo phân tâm học, xung đột tâm lý là sự biểu lộ của những đòi hỏi nội tâm không thể dung hòa được, đặc biệt là những xung năng trái ngược nhau. Xung đột tâm lý có thể được thể hiện rõ nét hay tiềm ẩn. Vai trò của tình dục phải tiến đến việc giải quyết sự xung đột có tính quyết định, đó là mặc cảm oedipe.

#### 2. Hậu quả và việc giải quyết xung đột :

N.E. Miller chia xung đột ra thành :

- Xung đột tiến tới – tiến tới (approche – approche).
- Xung đột né tránh – né tránh (évitement – évitement).
- Xung đột tiến tới – né tránh (approche - évitement)

Từ xung đột không giải quyết được, thường tạo ra sự lo hãi (angoisse).

Để giải quyết những xung đột, con người có thể sử dụng nhiều biện pháp như sự dồn nén, sự chuyển hướng về một mục tiêu thay thế, sự thăng hoa...

Trong các chứng nhiễu tâm, nếu chỉ dừng lại ở triệu chứng, tức là hành vi trá hình, mà không đi tìm một xung năng căn nguyên, thì trị liệu không thể có kết quả được.

Xung đột là sự đấu tranh giữa các khuynh hướng, các lợi ích, xung đột không phải luôn luôn có hại, nó không thể thiếu được trong việc hình thành nhân cách.

### II. STRESS :

Khởi đầu, Stress (tiếng Anh) bắt nguồn từ chữ La tinh “Stringere” có nghĩa là nghịch cảnh, bất hạnh (thế kỷ).

#### 1. Định nghĩa :

---

<sup>5</sup> BS Lâm Xuân Điền, Giáo trình Sức khỏe Tâm thần, Khoa PNH, 2001

- Stress là “mọi đáp ứng của cơ thể trước mọi yêu cầu hay đòi hỏi tác động lên trên cơ thể đó “ (H. Selye, 1976).
- Stress là “một tình trạng căng thẳng cấp diễn ra của cơ thể bị bắt buộc phải điều động những tổ chức phòng vệ của nó để đương đầu với một tình huống đe dọa” (J. Delay).

Trong các điều kiện thông thường, Stress là một đáp ứng thích nghi bình thường về mặt tâm lý sinh học và hành vi.

## **2. Lý thuyết về Stress :**

### *2.1. Lý thuyết sinh lý học :*

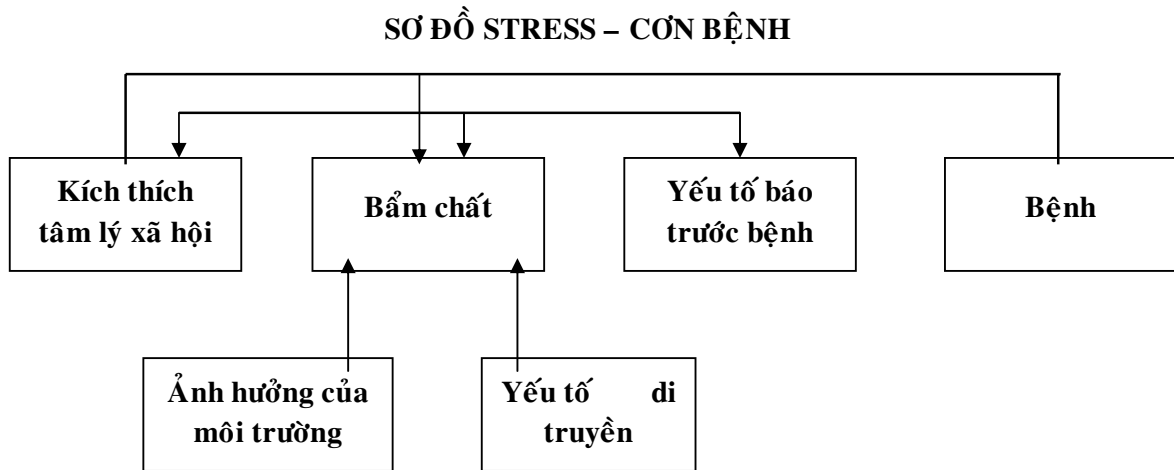
*2.1.1. Theo Walker Cannon :* phản ứng bỏ chạy hay chiến đấu (flight or flight) là một loạt biểu hiện sinh lý do việc tiết ra chất nội tiết của ng thượng thận, gọi là “chất nội tiết của Stress” hay Adrenaline.

*2.1.2. Theo Hans Selye :* Toàn bộ những phản ứng sinh lý trước những sự tấn công khác nhau là “Hội chứng thích nghi chung”. Tiếp đó có khả năng xuất hiện một bệnh lý cơ thể hay cái chết. Sự việc được giải thích bởi sự hoạt hóa của nang thượng thận trước hiện tượng Stress.

Hội chứng thích nghi chung bao gồm 03 giai đoạn :

- Giai đoạn báo động hay sốc : với lần xuất hiện đầu tiên của tác nhân gây Stress, cơ thể có một số đề kháng thấp hơn bình thường trong một thời gian ngắn, và nhanh chóng huy động các nguồn lực phòng vệ.
- Giai đoạn thích nghi hay phản kháng : nếu các yếu tố vượt qua sự kiểm soát của cơ thể, thì đòi hỏi huy động tổng lực và phải tiêu hao nhiều nguồn lực để chống trả.
- Giai đoạn suy kiệt : nếu các tác nhân có tính chất nghiêm trọng hay bị rút ra khỏi một cách không bình thường thì cơ thể sẽ bị hao mòn thêm vác các kho dự trữ bị tiêu kiệt. Sức đề kháng bị tê liệt đưa đến cái chết.

*2.1.3. Thuyết mô hình tạng đặc biệt – Stress (Diathesis-stress model) :* Thuyết này nêu lên sự tương tác giữa các yếu tố bẩm chất và các yếu tố thúc đẩy. Parsons (1988) cho rằng sự thay đổi mang tính chất biến hóa sẽ tạo ra sự chọn lọc đối với các ứng xử nhằm giúp các sinh vật thích nghi với môi trường đầy rẫy tác nhân tạo stress.



## 2.2. Lý thuyết tâm lý – xã hội :

### 2.2.1. Thuyết mô hình chuyển động tâm lý :

Theo Freud, có 02 loại lo hãi :

- Lo hãi tín hiệu : đáp ứng đối với mối liên quan tác nhân gây Stress, căng thẳng.
- Lo hãi chấn thương : mang tính bản năng hoặc phát sinh từ bên trong, tạo ra sự căng thẳng đè nặng lên sinh hoạt nội tâm (trước các xung năng tình dục và các bản năng hung hãn bị dồn nén).

### 2.2.2. Thuyết học tập :

- Mô hình điều kiện hóa kinh điển (Pavlov).
- Mô hình thao tác có điều kiện (B.F. Skinner).

Kích thích không điều kiện (tiếng động to) cho ra đáp ứng không điều kiện. Kích thích có điều kiện (con chuột) lúc đầu có thể được xem là kích thích mới mẻ hoặc trung tính, sau đó sẽ trở thành điều kiện gây lo hãi.

Về mặt chủ quan, con người sẽ trải nghiệm căng thẳng bên trong nếu đương đầu với một sự kiện gây sợ hãi. Nếu tình huống gây stress làm phát sinh lo hãi ở mức độ cao không thể xử lý được thì sẽ thúc đẩy ứng xử tránh né hoặc tháo chạy.

### 2.2.3. Thuyết xung đột :

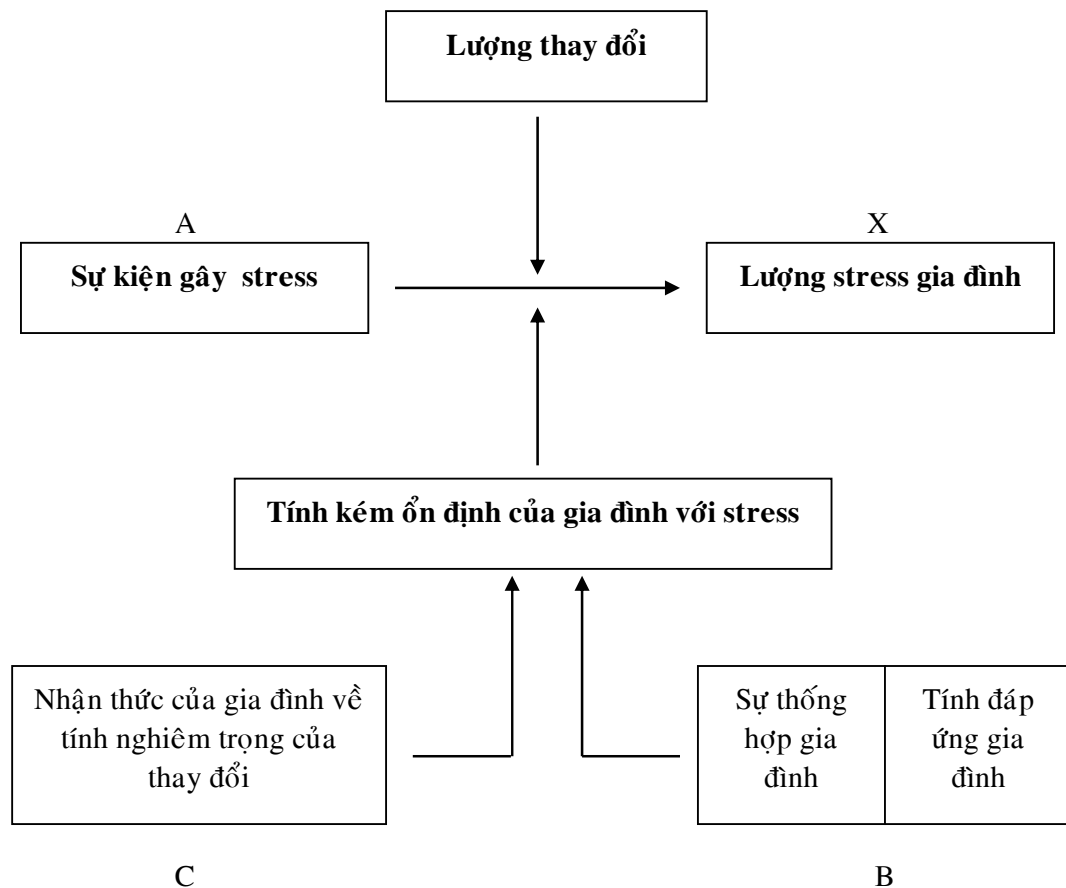
Stress xuất hiện khi người dân không có việc làm, không có nhà ở ... stress là hiệu quả của các mối quan hệ xã hội ít ổn định, của nghèo khổ, của quyền hạn thấp kém và thiếu kiểm soát cá nhân.

#### 2.2.4. Thuyết môi trường sinh thái :

Stress xuất hiện từ sự đông đúc, ô nhiễm, từ những rủi ro đối với sức khỏe do các tai biến của môi trường.

#### 2.2.5. Thuyết kiểm soát :

Còn gọi là thuyết điều khiển học. Các sinh vật tự điều chỉnh bằng cách đối chiếu tình trạng hiện hữu với một hệ quy chiếu nào đó để duy trì thế cân bằng. Các quá trình phản hồi sẽ phát huy các diễn biến tích cực và ngăn ngừa các diễn biến tiêu cực, làm giảm thiểu stress hoặc ngăn ngừa các tác nhân gây stress.



#### Mô hình stress gia đình ABCX của Hill có sửa đổi

Nguồn : Phỏng theo Mc Cubbin và Patterson (1983)

### 3. Stress gia đình :

Gia đình được xem như một hệ thống bao gồm những người được liên kết với nhau thông qua tình thương, sự tương tác và phụ thuộc lẫn nhau. Stress trong gia đình làm

tăng sự nhạy cảm của các thành viên theo sự đau khổ về thể chất và tinh thần, phá vỡ tính hài hòa và cấu trúc của gia đình (hệ kém thích nghi).

*3.1. Reuben Hill (1949) đề xuất mô hình ABCX :*

- A : Sự kiện.
- B : Nguồn lực gia đình đáp ứng với khủng hoảng.
- C : Nhận thức của gia đình về sự kiện.
- X : Khủng hoảng.

*3.2. David Kein (1983) đưa ra lý thuyết : Stress – Khủng hoảng – ứng phó (SCC, Stress – Crisis – Coping) :*

Có 5 giai đoạn chuyển tiếp chính của gia đình có thể gây ra stress (Fosson, 1988) :

- Thành lập một đơn vị gia đình mới.
- Có thêm các thành viên mới.
- Chia cách các thành viên khỏi đơn vị gia đình.
- Mất đi một thành viên.
- Tan rã đơn vị gia đình.

**4. Chiến lược ứng phó với stress :**

Theo Matherly, có 02 loại ứng phó :

*4.1. Ứng phó dự phòng (Preventive coping) :*

- Né tránh các tác nhân gây stress thông qua việc thích nghi trong cuộc sống.
- Thích nghi với các mức đòi hỏi.
- Các kiểu ứng xử làm giảm nguy cơ tạo ra stress.
- Tạo ra các nguồn lực ứng phó.

*4.2. Ứng phó chống cự (Combative coping) :*

- Giám sát các tác nhân gây stress và các triệu chứng.
- Sắp xếp các nguồn lực nhằm ứng phó hữu hiệu.
- Tấn công các tác nhân gây stress, đẩy lùi ý nghĩ tự “đầu hàng” và giữ được tinh thần cởi mở cho những lựa chọn thích hợp.

- Dung nạp các tác nhân gây stress. “Cấu trúc lại nhận thức nhằm vứt bỏ ... một kế hoạch gây nhiều tâm thông qua việc đánh giá lại tính nghiêm trọng của các đòi hỏi về các hạn chế nguồn lực của bản thân”.
- Hạ thấp mức kích động.

Như vậy, trong Stress bình thường, sự đáp ứng là thích hợp và giúp cho cá thể phản ứng đúng nhằm tạo ra một cân bằng mới sau khi chịu tác động của sự kiện. Còn trong Stress bệnh lý, khả năng đáp ứng của cá thể tỏ ra không đầy đủ, không thích hợp và không thể đem lại sự cân bằng mới. Cho nên tiếp theo đó sẽ có những rối loạn xuất hiện vì các mặt tâm thần, cư xử hay hành vi tạm thời hoặc kéo dài.



### **Bài đọc thêm :**

## **BẠN CÓ BỊ STRESS KHÔNG**

(Theo Femme Actuelle số 697)

Trong cuộc sống công nghiệp hóa con người luôn phải cố gắng chạy đua với thời gian, vượt qua những khó khăn. Việc thường xuyên phải đối phó với nhiều vấn đề trong sinh hoạt hàng ngày dẫn đến stress. BS Eric Albert, nhà tâm lý học, sáng lập viên viện nghiên cứu stress định nghĩa: "Stress là nỗ lực của cơ thể để thích nghi với những đổi thay".

Vậy chẩn đoán stress như thế nào và làm sao để vượt qua?

### **Những tình huống dẫn đến stress**

Một cuộc ly hôn, một thất bại đáng cay trên đường đời, một người yêu thương đã vĩnh biệt, vừa trải qua một ca sinh khó... đều có thể dẫn đến stress. Thậm chí những sự việc nhỏ lặp đi lặp lại nhiều lần cũng sẽ đưa đến stress như tiếng điện thoại reo giữa đêm khuya, tiếng khóc thất thanh của em bé v.v... Nghĩa là có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến trạng thái stress.

### **Một cách đối phó với stress**

Stress ít liên quan đến yếu tố gây stress mà tùy thuộc nhiều vào cường độ và sự lặp lại của yếu tố đó. Và mỗi người lại có cách phản ứng khác nhau. C. mỗi ngày đi làm phải mất 2 giờ trên các phương tiện vận chuyển công cộng nên bị stress dẫn đến nhức đầu và cao huyết áp. Nhà tâm lý học đã hướng dẫn cho cô không nên để thời gian "chết" trên đường di chuyển sinh bực bội cáu kỉnh, nên giải trí bằng cách đọc các loại sách mình ưa thích, C. quyết định chọn loại sách trinh thám hình sự. Và cô khám phá rằng chỉ có những lúc ấy cô mới có

thời gian yên ổn đọc loại sách mình ưa thích mà không bị chồng con quấy rầy. Từ sự thư giãn đó mà bệnh cao huyết áp và bệnh nhức đầu cũng biến mất. Điều đó cho thấy không nên thụ động trước hoàn cảnh dẫn đến stress mà phải hành động để thích nghi với hoàn cảnh đó.

### Cơ thể phản ứng thế nào trước stress?

- *Phản ứng báo động:*

Khi stress xảy ra, Adrenaline xâm nhập não, trương lực cơ tăng lên. Cơ thể chuyển động để thích nghi giúp tránh tình trạng xấu nhất.

- *Phản ứng đề kháng:*

Các cơ chế phản xạ tự điều chỉnh khởi động để tìm dần lại sự quân bình, nhưng sức đề kháng, chịu đựng có giới hạn.

- *Giải đoạn suy nhược:*

Cơ thể không chống cự được. Một mối xuất hiện và bệnh khởi phát.

### Bạn có bị stress không?

Sau đây là trắc nghiệm để bạn tự chẩn đoán mình. Hãy chọn giải pháp thích hợp với bạn nhất rồi ghi điểm.

		Không bao giờ	Gần như không bao giờ	Đôi lúc	Cũng thường	Thường
1	Bạn có bị quấy rối bởi một sự kiện không mong đợi không?	0	1	2	3	4
2	Bạn có thấy khó khăn trong việc kiểm soát những vấn đề quan trọng không?	0	1	2	3	4
3	Bạn có cảm thấy căng thẳng và bị stress không?	0	1	2	3	4
4	Bạn có cảm thấy tin tưởng vào năng lực của mình không?	4	3	2	1	0
5	Bạn có cảm thấy mọi việc diễn biến như bạn muốn không?	4	3	2	1	0
6	Bạn có nghĩ là bạn không thể làm hết những việc cần làm không?	0	1	2	3	4
7	Bạn có thể chế ngự bức dọc, căng thẳng của bạn không?	4	3	2	1	0
8	Bạn có nghĩ rằng mình làm chủ được mọi tình huống?	4	3	2	1	0