

# PHẦN 1: TÂM THẦN HỌC CƠ SỞ

## BÀI 1: ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC

### I. NỘI DUNG VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU CỦA TÂM THẦN HỌC

#### a) Nội dung của tâm thần học:

Tâm thần học dịch từ chữ psychiatria ra (psyche là tâm thần và iatria là chữa bệnh). **Tâm thần học là một bộ môn riêng biệt trong y học** có nhiệm vụ nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng, bệnh nguyên và bệnh sinh các bệnh tâm thần để phòng và chữa các bệnh ấy.

Trên thế giới, **tâm thần học là một ngành lớn trong y học, chiếm 53% số giường bệnh** trong tổng số giường bệnh của nhiều nước ( thống kê của tổ chức y tế thế giới ).

Ở nước ta, môn tâm thần học ra đời từ năm 1957 sát nhập với môn thần kinh học trong một bộ môn ghép gọi là bộ môn Tình thần kinh. Từ năm 1969, bộ môn Tâm thần được tách ra thành một bộ môn độc lập. **Tâm thần học thường được chia ra làm hai phần lớn:**

- **Phần tâm thần học cơ sở** (hay đại cương) nghiên cứu những **quy luật biểu hiện và phát triển** các triệu chứng tâm thần, bản chất các quá trình tâm thần bệnh lý, những vấn đề chung về **bệnh nguyên và bệnh sinh**, những nguyên tắc phân loại bệnh, những phương pháp khám xét và theo dõi bệnh...
- **Phần bệnh học tâm thần** (hay tâm thần học chuyên biệt), nghiên cứu riêng từng loại bệnh tâm thần khác nhau.

**Trong quá trình phát triển, tâm thần học đã chia ra nhiều phân môn:** tâm thần học người lớn, tâm thần học trẻ em, tâm thần học người già, tâm thần học quân sự, giám định pháp y tâm thần, dịch tễ học tâm thần, vệ sinh tâm thần, tâm thần học xã hội (hay nhân chủng), tâm thần được lý, sinh hóa tâm thần...

#### b) Đối tượng của nghiên cứu: bệnh tâm thần:

(anh)

Bản chất của hoạt động tâm thần là **một hoạt động phản ứng thực tại** khách quan vào trong **chủ quan** mỗi người, thông qua bộ não tức là tổ chức cao nhất trong quá trình tiến hóa vật chất.

**Bệnh tâm thần do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra** (nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn tâm thần, bệnh cơ thể...) **nhưng cuối cùng đều làm rối loạn hoạt động của não**, làm rối loạn **chức năng phản ánh thực tại**. Các quá trình phản ánh thực tại (cảm giác, tri giác, tư duy, ý thức...) **bi sai lệch**, cho **nên bệnh nhân tâm thần có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong không phù hợp với thực tại**, với **môi trường xung quanh** nữa.

Có những bệnh tâm thần nặng (các bệnh loạn thần), quá trình phản ánh thực tại sai lệch trầm trọng, hành vi, tác phong bị rối loạn nhiều. Nhưng cũng có nhiều bệnh tâm thần nhẹ (các bệnh tâm căn, nhân cách bệnh), quá trình phản ánh thực tại cũng như hành vi, tác phong rối loạn ít, vẫn còn có thể sinh hoạt, lao động, học tập được, tuy có giảm sút. **Vì vậy danh từ “diễn” thường được dùng để chỉ số ít những người bị bệnh tâm thần rất nặng**, ở giai đoạn cuối cùng, có ngôn ngữ và tác phong kì dị, lô lăng, phi xã hội, hiện nay không còn thích hợp để chỉ đa số bệnh nhân tâm thần nữa, nhất là những bệnh nhân nhẹ. Ngoài ra **danh từ “diễn” còn bao hàm ý nghĩa khinh miệt người bệnh, cho nên từ lâu nó đã bị loại trừ ra khỏi ngôn ngữ tâm thần học nước ta.**

Cũng ở nước ta, do hơn mươi năm sát nhập môn tâm thần với môn thần kinh, do kiến thức về tâm thần học chưa được phổ biến rộng rãi, cho nên hiện nay vẫn còn nhiều người gọi lẫn lộn bệnh nhân tâm thần là bệnh nhân thần kinh, vì vậy, ở đây, **cần phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh**.

## II. PHÂN BIỆT BỆNH TÂM THẦN VỚI BỆNH THẦN KINH

### a) Chỗ khác nhau:

Chức năng tâm thần, chức năng phản ánh thực tại hết sức tinh vi là sự tổng hợp nhiều chức năng khác nhau của hệ thần kinh. Hệ thần kinh có nhiều chức năng chuyên biệt, trong đó có hai loại chức năng cơ bản là **chức năng tiếp thu** (cảm giác, giác quan) và **chức năng thực hiện** (vận động, trương lực...)

Bệnh thần kinh cũng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra (nhiễm khuẩn, khối u, tai biến mạch máu, chấn thương...) làm tổn thương mô thần kinh, gây rối loạn chủ yếu trong chức năng tiếp thu và thực hiện của con người (tê liệt, điếc, mù...)

Trong **bệnh thần kinh** ít nhiều đều có những tổn thương về **mặt hình thái** của hệ thần kinh, có thể tìm thấy được. Còn trong các **bệnh tâm thần** thuần túy (hay nội sinh) chưa phát hiện được những tổn thương rõ rệt và đặc hiệu về mặt hình thái của hệ thần kinh, mà chỉ phát hiện những biến đổi tinh vi: về mặt sinh hóa, miễn dịch, di truyền, cảm xúc, hành vi, ý nghĩ; ...

Có thể phân biệt một cách đơn giản, thô sơ và cụ thể như sau:

- Đa số bệnh nhân tâm thần có thể ăn khỏe, chơi khỏe, đi đứng bình thường nhưng có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong kì dị, khó hiểu.
- Đa số bệnh nhân kinh không có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong kì dị, khó hiểu, nhưng lại hoặc bị tê liệt tay chân, đi đứng khó khăn, hoặc bị rối loạn giác quan nhìn, ngửi, nếm, nghe...

### b) Chỗ liên quan với nhau:

Những bệnh nhân thần kinh có tổn thương xâm phạm đến mô não – nhất là **vô não** – ít nhiều đều có rối loạn tâm thần kèm theo: rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc (buồn rầu, lo lắng...), rối loạn ý thức (ý thức u ám, lú lẫn...).

Những bệnh nhân tâm thần gọi là **nội sinh**, không có tổn thương thực thể ở não, cũng có thể có những rối loạn thần kinh nhẹ kèm theo. Thí dụ ở bệnh nhân phân liệt có những biến đổi về trương lực cơ, về phản xạ đồng tử, về phản xạ da... Ở bệnh nhân tâm thần nhẹ như bệnh tâm căn cũng thường thấy nhiều rối loạn thần kinh thực vật.

Vì vậy cán bộ chuyên khoa tâm thần cần nắm vững thần kinh học và, ngược lại, cán bộ chuyên khoa thần kinh cũng phải nắm vững tâm thần học.

### III. LIÊN QUAN GIỮA TÂM THẦN HỌC VỚI CÁC KHOA HỌC KHÁC

#### 1. Liên quan với các môn lâm sàng và cận lâm sàng trong y học:

Đa số tác giả thừa nhận bệnh tâm thần là đối tượng nghiên cứu phức tạp, gay go nhất hiện nay. Muôn giải đáp phần nào những câu hỏi hiềm học về hoạt động tâm thần, bình thường cũng như bệnh lý, phải sử dụng đến những thành tựu mới nhất của y học và của nhiều ngành khoa học hiện đại khác nhau: sinh học phân tử, lý thuyết thông tin, điều khiển học...

Riêng trong y học, sự phát triển của tâm thần học có liên quan chặt chẽ với sự phát triển của nhiều môn lâm sàng và cận lâm sàng khác:

##### a) Liên quan với các môn lâm sàng:

- *Với thần kinh học: đã nói ở trên.* Cần chú ý đến **nhiễm khuẩn** **thần kinh** (viêm não, giang mai não, thấp não...) và các **chấn thương** **sơ não** thời chiến có thể **gây ra** **nhiều rối loạn** **tâm thần** **nặng nhẹ** **khác nhau** trên một số đông người.

- *Với nội khoa và chuyên khoa lâm sàng khác: bệnh tâm thần là một bệnh toàn thân.* Mọi bệnh cơ thể đều có thể gây ra **nhiều rối loạn** **tâm thần**. Cần đặc biệt chú ý đến các **bệnh tim mạch** và các **bệnh nội tiết** là **những bệnh thường gây ra** **nhiều** **bệnh** **cánh** **tâm thần** **đa dạng, phức tạp**.

##### b) Liên quan với các môn cận lâm sàng:

- *Với sinh hóa não:* Hiện nay ngày càng có **nhiều** **tài liệu** **xác định** rằng **hoạt động** **tâm thần** **binh thường** (cảm xúc, trí nhớ, tri giác...) **cũng** **như** **các** **hội chứng** **tâm thần** (trầm cảm, hưng cảm, loạn cảm, căng trương lực...) **đều** **xuất hiện** **trên** **cơ** **sở** **những** **biến** **đổi** **sinh** **hóa** **nhất** **định** **trong** **não**. Những chất được nghiên cứu nhiều nhất là **các acid amin** (có nhân indol), **các chất** **môi** **giới** **hóa** **học** **thần** **kinh** (**catecholamine**, **serotonin**, **GABA**, ...), **các acid nucleic**, **các chất** **loạn** **thần** (**mescalin**, **LSD 25**, ...), **các chất** **gây** **tăng** **trương** **lực**...

- *Với giải phẫu bệnh điện tử:* Quan niệm cho rằng bệnh tâm thần là **những** **bệnh** **không** **có** **tổn** **thương** **về** **mặt** **hình** **thái** **của** **hệ** **TK**, **chi** **xuất** **hiện** **và** **tồn** **tại** **với** **kính** **hiển** **vi** **thông** **thường**. Hiện nay với kính hiển vi điện tử, nhiều tác giả trên thế giới đang nghiên cứu, tổng hợp và hệ thống hóa lại **những** **biến** **đổi** **tinh** **vi** **ở** **mức** **độ** **tế** **bào** **của** **mô** **thần** **kinh** **trong** **những** **bệnh** **tâm** **thần**, **kể** **cả** **những** **bệnh** **gọi** **là** **nội** **sinh**, **⇒** **mức** **độ** **tế** **bào** **x** **phẫu** **tú**

- *Với miễn dịch học:* Cơ chế **tự miễn** **dịch** đang được sử dụng để **giải thích** **bệnh** **nguyên** **và** **bệnh** **sinh** **của** **nhiều** **bệnh** **khác** **nhaу**, **trong** **đó** **có** **các** **bệnh** **tâm** **thần**. Nhiều công trình nghiên cứu **huyết thanh** **bệnh** **nhân** **tâm** **thần** **phân** **liệt** **bằng** **di** **miễn** **dịch** **đang** **mở** **một** **hướng** **mới** **có** **triển** **vọng** **trên** **đường** **đi** **tìm** **nguyên** **nhân** **bệnh** **tâm** **thần** **phân** **liệt**.

- *Với di truyền học:* Di truyền học hiện đại **đang** **tiến** **mạnh** **vào** **lĩnh** **vực** **tâm** **tàn** **học**. Căn nguyên của một số **bệnh** **trí** **tuệ** **thiếu** **năng** **đã** **được** **xác** **định** **là** **do**

biên loạn các thể nhiễm sắc. Yếu tố di truyền trong nhiều bệnh tâm thần đang được tiếp tục nghiên cứu với nhiều hứa hẹn.

- **Với điện sinh lý thần kinh và sinh lý thần kinh cao cấp:** Bên cạnh môn sinh lý thần kinh cao cấp đã cung cấp những tài liệu chính xác và khoa học về cơ sở sinh lý của hoạt động tâm thần, môn điện sinh lý thần kinh hiện nay đang không ngừng bổ sung những kiến thức mới. Với những vi cung có thể đặt ở bất cứ vùng nào, neuron nào của não và qua các loại máy ghi điện não tinh vi, môn điện sinh lý thần kinh hiện đại ngày càng có nhiều phát kiến về hoạt động vùng dưới vỏ não cũng như vỏ não, đặt cơ sở sinh lý ngày càng vững vàng và chính xác cho hoạt động tâm thần.

## 2. Liên quan với các khoa học xã hội:

Y học là nơi có sự kết hợp chặt chẽ giữa các ngành khoa học tự nhiên và xã hội. Trong y học, **chính tâm thần học là nơi mà sự kết hợp ấy được chặt chẽ nhất**, là nơi tập trung mâu nhọn đấu tranh giữa các quan điểm, các thuyết và bản chất của **hoạt động tâm thần lúc bình thường và khi lâm bệnh**.  $\Rightarrow$  **quyết ý thức, hành vi và cảm xúc**

Vì vậy, tâm thần học có liên quan mật thiết với nhiều ngành khoa học xã hội khác nhau, chủ yếu với triết học, tâm lý, giáo dục, pháp lý...

a) **Với triết học:** những vấn đề trong tâm thần học, như bản chất của tâm thần, mối liên quan giữa tâm thần và cơ thể, giữa tâm thần với môi trường sống, giữa ý thức và vô thức, giữa hoạt động có ý chí và hoạt động bản năng... cũng là những vấn đề mà triết học đặc biệt quan tâm đến. Tâm thần học của mỗi tác giả, của mỗi nước đều được xây dựng trên những quan điểm triết học nhất định. Chính triết học duy vật biện chứng đã làm cho nền tâm thần học xã hội chủ nghĩa trở thành một nền tâm thần học tiên bộ nhất hiện nay, có sức hấp dẫn và thuyết phục ngày càng lớn đối với các nhà tâm thần học trên thế giới, kể cả các nước tư bản.

b) **Với tâm lý học:** tâm lý học đại cương và tâm lý học y học là **những môn cơ sở chủ yếu** của tâm thần học. Các **nghiệm pháp tâm lý** có vị trí quan trọng trong **chẩn đoán** và **điều trị** theo dõi các bệnh tâm thần. Vì vậy muốn có một ngành tâm thần học vững vàng và hoàn chỉnh, nhất thiết phải **tích cực và khẩn trương** xây dựng môn tâm lý học y học và bộ phận thực hành các **nghiệm pháp tâm lý**.

c) **Với giáo dục học:** Giáo dục là một trong những phương pháp chữa bệnh tâm thần quan trọng. Ở các bệnh viện tâm thần, **đặc biệt các bệnh viện tâm thần trẻ em**, các thầy thuốc tâm thần cần nắm vững giáo dục học để tự mình, hay kết hợp với những nhà giáo dục học, **uốn nắn lại nhân cách** những em bé bị rối loạn tính cách, tác phong, **dạy các em có trí tuệ thiêу năng** học chữ, học nghề, **bồi dưỡng nhân cách** cho những bệnh nhân tâm căn...

d) **Với pháp lý:** bệnh nhân tâm thần có thể có những hành vi xâm phạm đến tính mạng và tài sản của người khác. **Thầy thuốc tâm thần** phải **giám định** về mặt pháp lý xem họ có chịu trách nhiệm về những hành vi ấy không, chịu trách nhiệm đến mức độ nào. Bệnh nhân tâm thần lại là những người cần được bảo vệ về mặt dân sự (quyền lợi công dân, quyền lợi bảo trợ xã hội...), vì vậy **thầy thuốc tâm thần** muốn làm tốt công tác giám định pháp y hàng ngày, **cần** được trang bị một số hiểu biết cơ bản về pháp lý hình sự cũng như dân sự.

## IV. SƠ YẾU LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH TÂM THẦN HỌC

### 1. Trên thế giới:

Trên những nét khái quát, có thể nói lịch sử phát triển của ngành tâm thần học trên toàn bộ thế giới là lịch sử đấu tranh, qua các thời đại, giữa một bên là quan điểm duy tâm, thần bí về bệnh tâm thần, đối với thái độ tàn bạo trừng trị bệnh nhân tâm thần, và bên kia là quan điểm duy vật khoa học về bệnh tâm thần, đối với thái độ nhân đạo, thông cảm với bệnh nhân tâm thần.

1. Thời thượng cổ: Quan điểm thống trị thời bấy giờ về bệnh tâm thần là những quan điểm tôn giáo, thần bí. Bệnh nhân kích động xem như là do thần thánh tức giận gây ra và do đó bị ngược đãi. Bệnh nhân lầm lì, ngoan ngoãn được xem như là do thần thánh yêu mến tạo thành và vì vậy được ưu đãi, trọng vọng.

Tuy nhiên trong đêm đen thần bí dài dằng dặc của thời thượng cổ cũng đã lóe lên những tia sáng duy vật đầu tiên soi tỏ bệnh tâm thần. Đại biểu xuất sắc nhất của hướng duy vật này là Hippocrate. Hippocrate là người đầu tiên mô tả bốn loại khí chất, một số hội chứng tâm thần, và quan niệm bệnh tâm thần là bệnh của bộ não.

2. Thời trung cổ: Với sự thống trị của Nhà thờ và chế độ phong kiến tàn bạo, mọi khuynh hướng giải thích bệnh tâm thần theo hướng duy vật khoa học đều bị đàn áp. Bệnh tâm thần được Nhà thờ Thiên chúa giáo xem như do ma quỷ làm ra, và bệnh nhân tâm thần xem như là hiện thân của ma quỷ đang nhập trong người. Vì vậy, bệnh nhân tâm thần bị truy nã như người phạm pháp và bị trừng phạt vô cùng dã man: treo cổ, thiêu sống, xiêng xích, gông cùm, đánh đập... Người ta nghĩ ra cách khóa mồm để bệnh nhân không kêu gào được, làm cho nôn hay trói vào ghế quay để bệnh nhân kiệt sức không kích động được nữa. Chỉ riêng ở châu Âu, từ thế kỷ 14 đến cuối thế kỷ 17, những tín đồ cuồng nhiệt Thiên chúa giáo đã tàn sát hơn 9 triệu bệnh nhân tâm thần.

Ở những nơi khác, bệnh nhân tâm thần cũng bị ngược đãi, còn ở phương Đông, nhất là ở Hy Lạp, những tư tưởng tiến bộ của Hippocrate đã được một số thầy thuốc phát huy tác dụng, nên tình cảnh bệnh nhân tâm thần có được cải thiện hơn.

3. Từ cuối thế kỷ 18 đến nửa đầu thế kỷ 19:

Ở Pháp: Dưới ảnh hưởng của các nhà triết học duy vật Pháp và cuộc đại cách mạng tư sản Pháp, những quan niệm duy vật và khoa học về bệnh tâm thần bắt đầu chiếm ưu thế trong xã hội Pháp. Năm 1792, nhà tâm thần học Pháp Philippe Pinel là người đầu tiên đã giải phóng bệnh nhân tâm thần khỏi xiềng xích, đã biến trại giam thời trung cổ thành bệnh viện tâm thần, đã đặt bệnh nhân tâm thần vào đúng địa vị xứng đáng của họ. Sự nghiệp của Pinel được học trò là Esquirol kế tục và phát triển tốt đẹp: Esquirol đã mô tả nhiều bệnh cảnh lâm sàng, đã sơ bộ phân loại các bệnh tâm thần, đã thực hiện chế độ làm bệnh án và theo dõi hàng ngày bệnh nhân tâm thần. Ảnh hưởng của Pinel và Esquirol lan rộng sang nhiều nước trên thế giới. Đặc biệt ở châu Âu sôi nổi lên phong trào cải cách bệnh viện tâm thần.

Ở Nga: Dưới ảnh hưởng của các nhà tư tưởng duy vật Nga và phong trào cách mạng chống

chế độ Sa hoàng, tâm thần học ở Nga cũng đã thoát khỏi các quan điểm thần bí hay luân lý về bệnh tâm thần và có những quan điểm tiến bộ rõ rệt. Trong phong trào cải cách bệnh viện tâm thần ở châu Âu, ở Nga đã xuất hiện một số bệnh viện tâm thần tổ chức tốt. Ngành **lâm sàng tâm thần bắt đầu tách khỏi ngành nội khoa chung** và bắt đầu xuất hiện những công trình nghiên cứu đầu tiên về tâm thần học.

Ở Đức: khác với ở Pháp và Nga, trong thời kì này ở Đức những quan điểm triết học duy tâm vẫn chiếm ưu thế (Kant, Hegel...). Do đó trong tâm thần học, các quan điểm tôn giáo và luân lý về bệnh tâm thần chiếm ưu thế.

Những người theo quan điểm duy tâm được gọi là phái “tâm thần”, họ đề cao “ý chí tự do” của con người và xem bệnh nhân tâm thần là những phần tử xấu, tự ý dì vào con đường tội lỗi, phi luân lý. Vì vậy thái độ đối với bệnh nhân tâm thần vẫn là thái độ đàn áp. Chóng lại với phái tâm thần có phái “thể chất” xem bệnh tâm thần là kết quả của những biến loạn trong cơ thể. Chính phái này là mầm móng để đẩy mạnh công tác khám xét lâm sàng và hình thành nền lâm sàng tâm thần vững chắc của nước Đức sau này.

4. *Nửa sau thế kỉ 19:* Có thể nói đây là thời kì toàn thịnh của ngành tâm thần học trong nhiều nước trên thế giới.

Ở Pháp: nhiều nhà tâm thần học nổi tiếng xuất hiện: Charcot với lâm sàng bệnh hysteria, Magnan với các hội chứng tâm thần, bệnh nghiện rượu và những bài giảng lâm sàng sâu sắc. Morel có công tìm cẩn nguyên các bệnh tâm thần mặc dù ông đề cao quá mức và sai lầm yếu tố thoái hóa di truyền. Ngoài ra Baillarger, Chaslin, Moreau, Lasegue cũng có những đóng góp đáng kể về lâm sàng tâm thần học.

Ở Anh: Conolly, tiếp tục sự nghiệp của Pinel, đã thực hiện và kêu gọi mọi người thực hiện “chế độ không gò bó” đối với bệnh nhân tâm thần. Chính Conolly đã bỏ áo trói mà trước kia Pinel và Esquirol chưa thực hiện được. Maudaley đã vận dụng thuyết tiến hóa của Darwin vào việc nghiên cứu các bệnh tâm thần và đã khẳng định bệnh tâm thần phát sinh do rối loạn các trung khu thần kinh ở não.

Ở Đức: Tâm thần học bắt đầu chuyển hướng, mang màu sắc duy vật, tiến bộ. Nhiều nhà tâm thần học lớn xuất hiện: Griesinger, Kraepelin, Kahlaum... Griesinger kết thúc cuộc đấu tranh giữa hai phái tâm thần và thể chất, giành thắng lợi cho phái thể chất, sáng lập ra nền tâm thần học khoa học của Đức. Griesinger khẳng định bệnh tâm thần là bệnh của bộ não, hoạt động tâm thần là một hoạt động phản xạ, và phản đối các biện pháp gò bó các bệnh nhân tâm thần. Nổi lên hàng đầu là Kraepelin, một trong những nhà tâm thần học lớn nhất thế giới. Kraepelin đã có công đúc kết những quy luật tiến triển lâm sàng của nhiều bệnh tâm thần chủ yếu, đặc biệt đã phân loại các bệnh tâm thần thành những đơn thể riêng biệt, tạo điều kiện nghiên cứu dễ dàng các bệnh tâm thần về mặt bệnh nguyên, bệnh sinh, tiến lượng, điều trị...

Ở Nga: Tiếp tục phát huy truyền thống duy vật, tâm thần học Nga có những bước tiến vượt bậc, Xetsenop, thầy của Paplop, đặt cơ sở sinh lý học đầu tiên cho hoạt động tâm thần với học thuyết về phản xạ của mình. Nhiều bộ môn tâm thần được thành lập ở các trường đại học y khoa, gắn liền tâm thần học với các ngành y học lâm sàng nghiên cứu các bệnh cơ thể khác nhau. Có nhiều nhà tâm thần học nổi tiếng như: Balinxoki, Mecjeepxoki, Bekhotorep, Cocxacop...

Bekhotorep nổi tiếng về nhiều công trình nghiên cứu đề cập đến nhiều vấn đề trong tâm thần học: giải phẫu sinh lý não, các trạng thái ranh giới trong tâm thần học, ám thị và thôi

miễn...

Nhà tâm thần học Nga xuất sắc Coxxacop đã phát triển và chứng minh luận điểm cho rằng bệnh tâm thần là bệnh của bộ não và của toàn bộ cơ thể. Và trên luận điểm này, Coxxacop đã giải thích các hiện tượng nghi bệnh, loạn cảm giác bản thể... Coxxacop cũng kiên quyết bảo vệ và thực hiện nguyên tắc phân loại bệnh trong tâm thần học, chính ông đã tách ra một bệnh loạn thần do nghiện rượu, và về sau được gọi là bệnh loạn thần Coxxacop.

### 5. Từ đầu thế kỉ 20 đến nay:

Ở hầu hết các nước tiên tiến trên thế giới, tâm thần học ngày càng phát triển mạnh mẽ và trở thành một trong những ngành quan trọng nhất trong y học và y tế.

*Về mặt tổ chức y tế:* các bệnh viện tâm thần hiện đại có kiến trúc đẹp đẽ, rộng rãi, thoái mái nhất trong các loại bệnh viện. Mọi chế độ gò bó bệnh nhân tâm thần đều được xóa bỏ. Bệnh nhân được giải phóng đến mức tối đa. Các biện pháp tái thích ứng xã hội ngày càng được áp dụng rộng rãi. Hệ thống dispanxe tâm thần của Liên Xô nhằm mục đích phòng bệnh, chữa bệnh ngoại trú và quản lý chặt chẽ bệnh nhân tâm thần đang được nhiều nước trên thế giới nghiên cứu và áp dụng.

*Về mặt điều trị:* Các thuốc tác động tâm thần ngày càng có nhiều loại có hiệu lực lớn và trở thành nhân tố điều trị chủ yếu đồng thời với nhân tố thúc đẩy phát triển nhiều mặt khác của tâm thần học: kiến trúc bệnh viện, chữa bệnh ngoại trú, tâm thần thực nghiệm...

*Về mặt lâm sàng học:* không ngừng phát triển hướng phân loại bệnh. Hệ thống phân loại bệnh của các nước trên thế giới đang xích lại gần nhau trong bảng thống kê bệnh quốc tế hiện nay. Những tác giả nổi tiếng ở đầu thế kỉ gồm có Janet với bệnh suy nhược tâm thần, Blculer với bệnh tâm thần phân liệt, Ganutxokkin với nhân cách bệnh... Hướng chủ yếu của ngành lâm sàng tâm thần học hiện nay là hướng nghiên cứu cơ động các quy luật tiến triển của các loại bệnh tâm thần học khác nhau.

*Về mặt cận lâm sàng:* Thế kỉ 20 có những ưu điểm phân biệt hẳn với các thế kỉ trước. Nhiều môn học trong y học (sinh lý thần kinh, sinh hóa não, di truyền học, miễn dịch học, giải phẫu bệnh điện tử...) và ngoài y học (sinh học phân tử, lý thuyết thông tin, điều khiển học, ngữ âm học...) đã giúp con người ngày càng đi sâu vào bản chất của các bệnh tâm thần, nắm được cơ sở vật chất của hoạt động tâm thần, làm cho quan điểm duy vật trong tâm thần học ngày càng vững chắc.

Tuy nhiên, về mặt triết học, cuộc đấu tranh giữa hai hướng duy tâm và duy vật trong tâm

thần học, tiến hành từ thời thượng cổ, vẫn còn tiếp tục cho đến ngày nay.

*Đại biểu điển hình nhất của hướng duy tâm là học thuyết phân thần của Freud, lấy bản năng tình dục và bản năng chết làm động lực chủ yếu của đời sống tâm thần và tim cẩn nguyên các bệnh tâm thần trong sự xung đột giữa một bên là bản năng bị dồn ép trong vô thức và bên kia là sự ràng buộc của luân lý, tôn giáo, quy định của xã hội...* Học thuyết phân thần ra đời vào cuối thế kỉ 19, lúc các ngành khoa học tự nhiên (nhất là sinh lý giải phẫu thần kinh) chưa phát triển như ngày nay để có thể xây dựng cơ sở vật chất cho hoạt động tâm thần. Ngày này, các quan điểm duy tâm và thần bí khô tồn tại nếu không cải biến và ngụy trang. Do đó *học thuyết Freud* mới ra đời bằng cách giải thích xuyên tạc những thành tựu khoa học hiện đại, gạt bỏ những phần thần thoại, vô lý trong học thuyết phân thần cũ, kết hợp một cách vô nguyên tắc học thuyết phân thần với các học thuyết khác... (học thuyết tâm thể, học thuyết tâm lý chiều sâu, học thuyết tâm sinh học...). Ngoài ra, hiện nay các loại triết học

chưa nền  
khoa bùn  
vì khi KH  
chưa qf đc  
thì ktraun n  
có kh/có  
or không !!

duy tâm khác như chủ nghĩa hiện sinh, chủ nghĩa cấu trúc, nhân chủng học duy tâm.. cũng đang muốn lấn sâu vào tâm thần học các nước tư bản.

Đại biểu điển hình nhất của hướng duy vật là học thuyết về hoạt động thần kinh cao cấp của Paplop. Paplop đã đặt cơ sở sinh lý cho hoạt động tâm thần, đã chứng minh vai trò của vỏ não, của lý trí và ý thức trong việc điều chỉnh toàn bộ hoạt động tâm thần lúc bình thường cũng như khi bị bệnh. Học thuyết Paplop đã ảnh hưởng sâu sắc đến sự phát triển của ngành tâm lý học và tâm thần học duy vật ở các nước xã hội chủ nghĩa và trên toàn thế giới. Nhiều nghiên cứu hiện đại về điện sinh lý thần kinh, sinh hóa, lý sinh... đã chứng minh, bổ sung và phát triển học thuyết Paplop. Các ngành cận lâm sàng tinh vi và đa dạng hiện nay đang đi sâu vào bệnh nguyên và bệnh sinh các bệnh tâm thần đều theo hướng duy vật. Tuy nhiên cần thấy rõ thiếu sót của một số khuyễn hướng sinh học thuận túy, không liên hệ chặt chẽ với lâm sàng, cũng như không để ý đến nhân tố xã hội và môi trường sống trong cơ chế phát sinh và phát triển các bệnh tâm thần.

$\Rightarrow$  Phép kết hợp  $\leftarrow$   $\begin{cases} \text{đay vật} \\ \text{đay tâm} \end{cases}$  } Mô hình hóa học  
và logic

quy định XII  
tôn giáo  
môn hạ<sup>ky</sup>  
Con h + ...

## 2. Ở Việt Nam:

a) Từ xưa đến năm 1954 (năm giải phóng thủ đô).

Tâm thần học dân tộc:

Như đã nói ở trên, có thể nghĩ rằng bệnh tâm thần ở nước ta cũng xuất hiện đồng thời với những con người Việt Nam đầu tiên trên đất nước ta. Có bệnh tâm thần tất nhiên có thầy thuốc và bài thuốc chữa bệnh tâm thần. Hiện nay đây đó có những cụ lang vẫn còn giữ được những bài thuốc cổ truyền chữa bệnh tâm thần có nhiều kết quả. Ngành y học dân tộc đang sưu tầm và nghiên cứu áp dụng những bài thuốc quý báu này.

Có nhiên tố tiên ta cũng không thoát khỏi ảnh hưởng các quan điểm duy tâm, thần bí về bệnh tâm thần của các thời đại thượng cổ, trung cổ... Vì vậy hiện nay bên cạnh những bài thuốc hay, lác đác ở một vài nơi vẫn còn tồn tại những phương pháp chữa bệnh mang tính chất mê tín dị đoan của thời xưa: cúng lễ, lên đồng, đâm định vào lưng...

### *Tâm thần học trong thời kì Pháp thuộc:*

Suốt 80 năm thống trị, bọn thực dân Pháp gần như không làm gì để chữa bệnh tâm thần cho nhân dân ta. Môn tâm thần học không được giảng dạy ở trường đại học y khoa. Hà Nội không có một thầy thuốc chuyên khoa tâm thần học.

“Nhà thương điên” (ở Biên Hòa), “Nhà thương Või” (ở Bắc Giang), “Nhà tù và điên” (ở bệnh viện Bạch Mai cũ) chẳng qua chỉ là những nơi giam giữ chính trị phạm và bệnh nhân tâm thần man tính để khôi phục rồi trật tự an ninh của xã hội thực dân phong kiến.

Sau đây một vài hình ảnh của “Nhà tù và đên” thuộc bệnh viện Bạch Mai cũ: xung quanh có hàng rào dây thép gai chằng chịt, có lín lê dương canh gác ngày đêm và có quyền bắn bắt cứ ai chạy trốn. Bệnh nhân và phạm nhân, nam cũng như nữ, đều trùm tròng. Mùa rét thi khoác bao tay, com nấm ném qua lỗ thủng đục ở cửa, bệnh nhân nào nhặt được thì ăn. Buồng ngủ chật hẹp, nồng nặc mùi phân, nước tiểu, máu me kinh nguyệt đong lại lâu ngày. Tắm cho bệnh nhân và làm vệ sinh giường ngủ bằng cách cho voi nước phun qua lỗ thủng ở cửa.

Có nhiên là không có thầy thuốc chuyên khoa chữa bệnh. Bệnh nhân nào kích động thì bị đòn áp bằng báng súng, roi vọt, dây trói, sống chét mặc kệ. Đúng là một “địa ngục trên trần gian”.

b) Từ 1954 đến 1969:

Sau khi giải phóng thủ đô, Đảng, Chính phủ và Bộ Y tế đặc biệt quan tâm đến ngành tâm thần. “Nhà tù và điên” nói trên được cải tạo và xây dựng thêm thành một khoa tâm thần rộng rãi, đẹp đẽ, mát mẻ dùng làm trung tâm điều trị, giảng dạy và nghiên cứu về tâm thần học. Một số bệnh xá, bệnh viện tâm thần lần lượt được xây dựng ở các tỉnh, thành phố. Năm 1963, bệnh viện tâm thần Thường Tin ra đời, thu nhận bệnh nhân ở các tỉnh gửi về.

Bộ môn tâm kinh và tâm thần của trường Đại học Y Hà Nội, thành lập từ năm 1957, hàng năm giảng dạy môn tâm thần cho tất cả sinh viên năm thứ năm và đào tạo các khóa y sĩ, bác sĩ chuyên khoa tâm thần và thần kinh.

Năm 1962, Hội thần kinh, tâm thần và phẫu thuật thần kinh được thành lập, đánh dấu một bước tiến mới của ngành tâm thần cũng như của các ngành bạn.

Ngành tâm thần non trẻ đang trên đà phát triển mạnh mẽ thi năm 1964 đã phải đương đầu với cuộc chiến tranh phá hoại lần thứ nhất của giặc Mỹ ra miền Bắc. Nhưng toàn ngành đã khắc phục mọi khó khăn, giải quyết tốt công tác điều trị bệnh nhân tâm thần trong hoàn cảnh sơ tán, tiếp tục đều đặn công tác đào tạo cán bộ chuyên khoa, đẩy mạnh công tác nghiên cứu khoa học về các trạng thái phản ứng tâm thần thời chiến...

c) Từ 1969 đến 1975:

Với đà tiến lên liên tục, năm 1969, một năm sau khi ngừng tiếng bom phá hoại của Mỹ trên miền Bắc, ngành tâm thần được chính thức tách khỏi ngành thần kinh, đánh dấu bước trưởng thành có ý nghĩa quyết định.

Khoa tâm thần bệnh viện Bạch Mai được thành lập làm cơ sở giảng, dạy, điều trị và nghiên cứu khoa học cho bộ môn tâm thần trường Đại học Y Hà Nội.

Bệnh viện tâm thần Thường Tin trở thành bệnh viện tâm thần trung ương, giúp bộ y tế trong công tác chỉ đạo ngành. Bệnh viện tâm thần Hà Nội được xây dựng thêm, quy mô hơn. Nhiều bệnh viện tâm thần mới ra đời ở các tỉnh, thành phố. Mạng lưới dixpanxe tâm thần đang nghiên cứu áp dụng ở Hà Nội và Thường Tin. Số giường bệnh tâm thần, cũng như chất lượng chẩn đoán, điều trị, giảng dạy, nghiên cứu không ngừng tăng lên. Có thể nói một ngành tâm thần học xã hội chủ nghĩa đã hình thành đậm nét ở miền Bắc chúng ta. Chính giáo sư Wullf, người Tây Đức, đã giảng về tâm thần học ở miền Nam Việt Nam trong 7 năm và đã thăm ngành tâm thần miền Bắc năm 1970, cũng đã tuyên bố tại Paris là nền tâm thần học miền Bắc ưu việt hơn nền tâm thần học miền Nam và là một nền tâm thần học tiên tiến trên thế giới.

d) Từ 1975 đến nay:

Sau khi đất nước được hoàn toàn giải phóng và thống nhất, ngành tâm thần lại có những điều kiện thuận lợi để tiến lên những bước mới.

Bệnh viện tâm thần Biên Hòa với số giường 2000 chiếc đã được cải tạo theo hướng nhân đạo và tiến bộ. Các bức xi măng đã được thay thế bằng những giường bệnh. Bệnh nhân tâm thần được giải phóng đến mức tối đa trong hệ thống cửa mở. Liệu pháp lao động được phát triển tạo điều kiện cho việc phục hồi chức năng và thích ứng xã hội.

Các tỉnh, thành phố phía nam lần lượt thành lập các bệnh viện hay bệnh khoa tâm thần. Thành phố Hồ Chí Minh đã tổ chức được mạng lưới trạm tâm thần đến các quận, huyện,

đảm bảo tốt công tác phục vụ người bệnh tại cơ sở. Các trường Đại học Y Huế và thành phố Hồ Chí Minh đã thành lập bộ môn tâm thần để đào tạo và bồi túc cán bộ tâm thần cho các tỉnh phía nam.

Đặc biệt tại đại hội toàn quốc lần thứ hai của ngành tâm thần (9-1981), các ngành y tế, giáo dục, thương binh xã hội và công an đã nhất trí phối hợp trong một tổ chức chung để bảo vệ sức khỏe tâm thần và xã hội. Đề án thành lập Ủy ban phối hợp quốc gia bảo vệ sức khỏe tâm thần (kể cả Ủy ban phối hợp các tỉnh, thành phố) đang được văn phòng Hội đồng Bộ trưởng xét.

Với số lượng bệnh nhân tâm thần, với các vấn đề tâm lý xã hội hiện nay ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe nhân dân, nhiệm vụ của ngành tâm thần rất nặng nề. Tuy nhiên được sự quan tâm ngày càng thích đáng của bộ Y tế và cả Chính phủ, sự phối hợp ngày càng chặt chẽ của các ngành hữu quan, nhất định ngành tâm thần sẽ đóng góp xứng đáng phần mình trong công cuộc bảo vệ sức khỏe toàn diện trên ba mặt cơ thể (tâm thần) và xã hội.

## BÀI 2: NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN

### I. NGUYÊN NHÂN CÁC BỆNH TÂM THẦN

#### A – QUAN ĐIỂM ĐÚNG Đắn VỀ NGUYÊN NHÂN

**Nguyên nhân các bệnh tâm thần là một vấn đề hết sức phức tạp.** Hiện nay có những bệnh mà căn nguyên đã rõ ràng nhưng vẫn còn một số bệnh mà căn nguyên chưa xác định dứt khoát, đang tiếp tục được nghiên cứu.

Một số bệnh tâm thần vẫn còn được xác định theo quy luật lâm sàng chứ chưa hoàn toàn căn cứ được vào sự thống nhất giữa bệnh nguyên và bệnh sinh.

Vì vậy, trong tâm thần học, xung quanh vấn đề bệnh nguyên và bệnh sinh các bệnh tâm thần, có rất nhiều quan điểm, học thuyết khác nhau, có khi đối lập với nhau.

**Quan điểm duy vật biện chứng ngày càng tỏ ra là quan điểm đúng đắn nhất** có thể giúp chúng ta nhìn được toàn diện và cơ động nhất bệnh nguyên và bệnh sinh các bệnh tâm thần. Có thể tóm tắt quan điểm ấy như sau:

- Bản chất của hoạt động tâm thần là thông qua bộ não, phản ánh một cách thích hợp thực tại khách quan vào trong chủ quan của mỗi người. Vì vậy, bệnh tâm thần trước tiên là do những nguyên nhân trực tiếp làm tổn thương mô não hay làm trờ ngại hoạt động của não gây ra (não bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bị chấn thương...)
- Cơ thể và tâm thần con người là một khối thống nhất. Bộ não và các phủ tạng, tuyến nội tiết... hoạt động trong mối liên quan qua lại với nhau rất chặt chẽ. Vì vậy bệnh tâm thần còn là một bệnh của toàn bộ cơ thể. Các bệnh nội tạng nội tiết đều gây ra những rối loạn tâm thần nhất định.
- Cơ thể, tâm thần và môi trường sống có tác động qua lại với nhau, ảnh hưởng lẫn nhau. Con người hoạt động để cải tạo môi trường đồng thời lại luôn luôn chịu ảnh hưởng của môi trường. Vì vậy bệnh tâm thần cũng là một bệnh do các nhân tố có hại của môi trường sinh sống gây ra (diều kiện ăn, ở, làm việc không tốt, ảnh hưởng của các tệ nạn xã hội, giáo dục không đúng, tác động của các sang chấn tâm thần...).
- Bệnh phát sinh không phải chỉ do mỗi một nhân tố gây bệnh mà còn phụ thuộc vào sức đề kháng của cơ thể, sức chịu đựng của hệ thần kinh và đặc điểm tâm lý của từng cá nhân. Vì vậy bệnh tâm thần phát sinh còn do những điều kiện không thuận lợi của từng bệnh nhân (sức khỏe toàn thân, nhân cách, loại hình thần kinh, tuổi tác, giới tính, yếu tố di truyền...). Đó là hậu quả của tác động qua lại rất phức tạp giữa các nhân tố ngoại lai và nhân tố nội sinh của từng bệnh nhân.
- Mọi bệnh tâm thần đều có cơ sở vật chất của nó, đều do những biến đổi rõ ràng hay tinh vi trong cơ thể sinh ra. Vì vậy đối với những bệnh tâm thần mà hiện nay căn nguyên chưa rõ ràng, hướng nghiên cứu đúng đắn nhất là tìm nguyên nhân ở những biến đổi tinh vi trong cơ thể về các mặt sinh hóa, miễn dịch, di truyền... Các hướng tìm nguyên nhân bệnh tâm thần thuận túy bằng cách quan sát nội tâm, phân tích tâm lý... cho rằng bệnh tâm thần là do một động lực tâm lý nào đó gây ra hay do phản ứng tâm lý con người trước những vấn đề triết học của cuộc sống gây ra... đều là những hướng duy tâm. → *hiểu rõ mầu, đang bị sky focus 2 tiêu chuẩn*  
*nguyên nhân Tán Thân !!*  
→ *phêu cẩn thận*

## B - CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC NHAU CỦA BỆNH TÂM THẦN

### 1. Nguyên nhân thực thể:

- Do tổn thương trực tiếp mô não
- Do nhiễm khuẩn thần kinh (nguyên phát và thứ phát, cấp diễn và慢 tính) (viêm não và viêm màng não, giang mai não và liệt toàn thể tiến triển...)
- Do nhiễm độc thần kinh (nhiễm độc rượu, nhiễm độc các thuốc ngủ và các thuốc tác động tâm thần, nhiễm độc nghề nghiệp...)
- Do chấn thương sọ não
- Do các bệnh mạch máu não (cao huyết áp, vữa xơ động mạch não).
- Do các tổn thương thực thể khác ở não (u não, áp xe não, xơ rải rác, múa giật mạn tính, teo não...).

g) Do các bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động não (các **bệnh nội tang**, các **bệnh nội tiết**, các bệnh **về chuyên hóa** và thiếu **vitamin**...)

## 2. Nguyên nhân **tâm lý** (các trạng thái phản ứng):

a) **Loan thần phản ứng**.

b) **Bệnh tâm căn** (hysteria, suy nhược, ám ảnh, suy nhược tâm thần).

## 3. Nguyên nhân **cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý**:

a) Các trạng thái **nhân cách** bệnh.

b) Các loại **tri trệ thiểu năng**.

## 4. Nguyên nhân **chưa rõ ràng** (do sự kết hợp phức tạp giữa nhiều yếu tố khác nhau: di truyền, biến đổi chuyên hóa, miễn dịch, cấu tạo thể chất...)

a) Bệnh tâm thần phân liệt.

b) Bệnh loạn thần hưng trầm cảm.

c) Động kinh tâm thần nguyên phát.

d) Loạn thần trước tuổi già và tuổi già...

Cách phân loại theo nguyên nhân này là cơ sở để xây dựng bảng phân loại bệnh tâm thần của Liên Xô.

# C – NHỮNG NHÂN TỐ THUẬN LỢI CHO BỆNH TÂM THẦN PHÁT SINH

## 1. Nhân tố di truyền:

Nhân tố di truyền trong tâm thần học **có khi là nguyên nhân** của một số bệnh tâm thần nhưng **có khi chỉ là những nhân tố thuận lợi**. Ví dụ nhân tố di truyền có một ảnh hưởng đáng kể trong bệnh tâm thần phân liệt. Bệnh này có thể xuất hiện trong một gia đình có nhiều người bị, nhưng cũng có thể xuất hiện lần đầu ở một người trong một gia đình không có ai bị bệnh này cả. Có khi cả bố lẫn mẹ đều bị bệnh tâm thần nhưng con cái không ai bị, hay bị nhẹ hơn. Vì vậy nhân tố di truyền có trường hợp chỉ được xem như một nhân tố thuận lợi thúc đẩy bệnh phát sinh mà thôi.

## 2. Nhân cách:

Nhân cách là toàn bộ đặc điểm tâm lý của một con người, là tổng hợp những nét độc đáo của một con người, làm cho một người này có những cái khác hẳn với bất cứ một người nào khác. **Nhân cách bao gồm nhiều thành phần:** xu hướng (thế giới quan, thích thú, khuynh hướng...), khí chất, tính cách, năng lực...

✓ **Nhân cách mạnh, bền vững** là một nhân tố để chống đỡ bệnh tâm thần, nhất là các bệnh cẩn nguyên tâm lý. Khi bị bệnh rồi, nhân cách vững lại tạo ra **điều kiện cho bệnh phụ hồi nhanh**.

✓ **Nhân cách yếu, không cân đối, kém chịu đựng**, là một cơ sở thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh và làm cho bệnh hồi phục khó khăn và chậm chạp.

Có khi nhân cách quyết định thể lâm sàng của bệnh tâm thần. Ví dụ bệnh tâm căn hysteria thường xuất hiện ở những người có nhân cách thuộc loại hình thần kinh nghệ sĩ yêu. Bệnh tâm thần làm biến đổi nhân cách theo những kiểu riêng: nhân cách kiểu phân liệt, kiểu động kinh...

### 3. Lứa tuổi:

Mỗi lứa tuổi có những đặc điểm tâm lý và sinh lý riêng. Vì vậy biểu hiện lâm sàng của các bệnh tâm thần khác nhau đều mang đặc điểm của lứa tuổi. Trẻ em là cơ địa thuận lợi để phát sinh các loại bệnh tâm căn do cảm xúc mạnh (lo lắng, sợ hãi...), các loại nhân cách bệnh. Tuổi dậy thì và tuổi thanh niên là thời kì dễ bộc lộ bệnh tâm thần phân liệt và các trạng thái phản ánh. Tuổi già là tuổi dễ bị các bệnh tâm thần do tổn thương thực thể ở não (vữa xo mạch não, teo não...).

### 4. Giới tính:

Theo thống kê quốc tế, nam bị bệnh tâm thần nhiều hơn nữ (6/5). Ở nam giới thường gặp các bệnh sau này hơn nữ giới: liệt toàn thể tiến triển, loạn thần do chấn thương sọ não, do nhiễm độc rượu, động kinh... Ở nữ giới thường gặp các bệnh sau này hơn nam giới: bệnh tâm căn hysteria, RLCXLC, rối loạn trầm cảm... Đặc biệt phụ nữ thường có những rối loạn tâm thần vào các thời kì hoạt động khác nhau của tuyển sinh dục: dậy thì, hành kinh, sinh đẻ, mãn kinh...

### 5. Tình trạng toàn thân:

Thường có những bệnh tâm thần xuất hiện sau khi sức khỏe bị giảm sút: mất ngủ kéo dài, thiếu dinh dưỡng lâu ngày, làm việc quá sức... Khi bị bệnh tâm thần, thể trạng cũng bị tổn hại có khi đưa đến suy kiệt, tử vong. Và trong điều trị, nâng cao thể trạng thường làm cho bệnh tâm thần hồi phục nhanh hơn.

## D – NGUYÊN TẮC XÁC ĐỊNH NGUYÊN NHÂN BỆNH TÂM THẦN

Nguyên nhân bệnh tâm thần là một vấn đề rất khó khăn, phức tạp. Khi xác định, cần chú ý đến mấy nhân tố sau:

1. Nguyên nhân các bệnh tâm thần thường phát huy tác dụng trên cơ sở những điều kiện bên ngoài tác động qua lại với những điều kiện bên trong của mỗi bệnh nhân. Vì vậy cần phải nghiên cứu tì mi, cân nhắc cân thận mới xác định được đâu là nguyên nhân chính, đâu là yếu tố thuận lợi.
2. Những bệnh nhân tâm thần gọi là nội sinh (như tâm thần phân liệt) thường xuất hiện sau những nhân tố ngoại lai (sang chấn tinh thần, bệnh nhiễm khuẩn...). Vì vậy tìm nguyên nhân ở những bệnh nhân này không chỉ căn cứ vào nhân tố trực tiếp làm cho bệnh xuất hiện, mà phải căn cứ vào đặc điểm của bệnh cảnh.
3. Hiện nay ở một số bệnh nhân tâm thần, quy luật lâm sàng đã rõ ràng nhưng chưa có sự thống nhất giữa bệnh nguyên và bệnh sinh. Có bệnh thì nguyên nhân đã được xác định nhưng cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng. Ngược lại có bệnh thì bệnh sinh tương đối rõ nhưng nguyên nhân chưa xác định. Vì vậy việc nắm vững những hình thái lâm sàng cũng như những quy luật tiến triển của các bệnh tâm thần nay vẫn còn có tầm quan trọng đặc biệt trong việc xác định nguyên nhân các bệnh tâm

thần.

## II. PHÂN LOẠI CÁC BỆNH TÂM THẦN

Từ trước đến nay, trên thế giới chưa có sự thống nhất trong việc phân loại các bệnh tâm thần. Lý do là có những tác giả theo quan điểm hội chứng luận cho rằng không có những đơn thể bệnh tâm thần (nhất là những bệnh gọi là loạn thần nội sinh), mà chỉ có những hội chứng tâm thần. Do đó mỗi nước theo một cách phân loại riêng, thậm chí có khi mỗi tác giả theo một cách phân loại riêng.

Trong những năm gần đây, quan điểm phân bệnh luận chiếm ưu thế trong nhiều nước, nên Tổ chức y tế thế giới (OMS) đã liên hiệp được các bảng phân loại của các nước vào trong một bảng phân loại quốc tế chung. Bảng này là cơ sở để các nhà tâm thần học trên thế giới có thể hiểu nhau khi trao đổi chuyên môn, khi dự hội nghị quốc tế... Còn trong từng nước, mỗi nước vẫn theo bảng phân loại của nước ấy. Bảng phân loại quốc tế sau đây chỉ nhằm mục đích giới thiệu như một tài liệu tham khảo mà thôi.

### TRÍCH BẢNG PHÂN LOẠI QUỐC TẾ VỀ CÁC BỆNH TÂM THẦN

(chỉnh lý lần thứ 9, áp dụng từ năm 1976)

#### 29. Các bệnh loạn thần

- 290. Trí tuệ sa sút tuổi già và trước tuổi già (trong đó có bệnh Alzheimer và Pick...).
- 291. Các bệnh loạn thần do nhiễm độc rượu.
- 292. Các bệnh loạn thần do nghiện ma túy.
- 293. Các trạng thái loạn thần thực thể nhất thời (các trạng thái lú lẫn cấp và bán cấp).
- 294. Các trạng thái loạn thần thực thể khác.
- 295. Bệnh tâm thần phân liệt.
- 296. Các bệnh loạn thần cảm xúc (trong đó chủ yếu là các thể bệnh loạn thần hưng trầm cảm)
- 297. Các trạng thái hoang tưởng (trong đó có các trạng thái paranoia, paraphrenia...)
- 298. Các bệnh loạn thần không thực thể (trong đó chủ yếu là bệnh loạn thần phản ứng).
- 299. Các bệnh loạn thần đặc hiệu ở trẻ em (chủ yếu là các trạng thái tự kỉ thiếu hòa hợp).

### **30. Các rối loạn tâm căn, nhân cách, và rối loạn không loạn thần khác**

300. Các rối loạn tâm căn (các bệnh tâm căn, các hội chứng giải thể nhân cách, nghi bệnh...).
301. Các rối loạn nhân cách.
302. Các lệch lạc và biến loạn sinh dục.
303. Hội chứng nghiện rượu.
304. Nghiện ma túy.
305. Lạm dụng chất ma túy ở một người không nghiện.
306. Rối loạn chức năng sinh lý căn nguyên tâm lý (các bệnh cơ thể tâm sinh xương cơ, hô hấp, tim mạch, da, dạ dày, ruột, sinh dục, nội tiết...).
307. Các rối loạn đặc biệt không xếp ở chỗ khác (trong đó có nói lắp, tic, chán ăn tâm thần, mất ngủ, ám ảnh...)
308. Các trạng thái phản ứng cấp trước một hoàn cảnh cảm xúc mạnh.
309. Các rối loạn sự thích ứng.
310. Rối loạn tâm thần đặc biệt không loạn thần sau một tổn thương thực thể ở não.
311. Các rối loạn trầm cảm không xếp ở chỗ khác.
312. Rối loạn tác phong không xếp ở chỗ khác.
313. Rối loạn cảm xúc đặc hiệu cho trẻ em và thiếu niên.
314. Tính không ổn định của trẻ em.
315. Các chậm phát dục đặc hiệu.
316. Các nhân tố tâm thần kết hợp vào các bệnh xếp ở chỗ khác.
317. Chậm phát triển tâm thần nhẹ.
318. Các chậm phát triển tâm thần ở mức độ xác định (trung bình, nặng, trầm trọng).
319. Chậm phát triển tâm thần ở mức độ không xác định.

Ghi chú: Bảng phân loại bệnh quốc tế gồm 1.000 nhóm bệnh chia ra thành 100 mục, mỗi mục gồm 10 nhóm bệnh đánh số từ 0 đến 9. Các bệnh tâm thần được phân loại theo 3 mục 29, 30, 31. Mỗi nhóm bệnh lại chia ra 10 bệnh cũng được đánh số từ 0 đến 9. Thí dụ bệnh tâm thần phân liệt ở mục 29, nhóm bệnh số 5, có mã số 295. Các bệnh tâm căn ở mục 30, nhóm bệnh số 0, có mã số 300. Bệnh tâm căn hysteria thuộc bệnh số 1 trong nhóm bệnh 300, vậy có mã số là 300.1.

# **BÀI 3: VỆ SINH VÀ PHÒNG BỆNH TÂM THẦN**

## **I. LIÊN QUAN GIỮA CÔNG TÁC VỆ SINH VÀ PHÒNG BỆNH TÂM THẦN**

Như đã nói ở trên, bệnh tâm thần có rất nhiều nguyên nhân. Có những nguyên nhân gây bệnh rõ ràng như nhiễm khuẩn, sang chấn tâm thần mãnh liệt... Lại có những nhân tố thuận lợi làm cho bệnh tâm thần dễ phát sinh khi gặp nguyên nhân gây bệnh như: nhân cách yếu, ảnh hưởng xấu của tệ nạn xã hội và giáo dục không đúng, sang chấn tâm thần nhẹ nhưng kéo dài, thể trạng suy yếu...

Phòng bệnh tâm thần chủ yếu nhằm loại trừ những nguyên nhân gây bệnh. Vệ sinh tâm thần nhằm cung cấp hệ thần kinh và loại trừ các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh.

Thực ra, vệ sinh và phòng bệnh là hai vấn đề, hai công tác, hai ý niệm, có liên quan rất mật thiết với nhau, không tách rời nhau được và có cùng mục đích chung là làm cho con người tránh khỏi bệnh tâm thần.

## **II. VỆ SINH TÂM THẦN**

### **1. Tổ chức lao động thích hợp:**

Nhằm mục đích phát huy năng lực tâm thần của cá nhân, đồng thời tránh mệt mỏi thần kinh, suy nhược cơ thể.

Xen kẽ điều hòa lao động trí óc và lao động chân tay, xen kẽ lao động và nghỉ ngơi, giải trí, thể thao, thể dục.

Có chế độ lao động riêng, thích hợp cho từng loại lao động trí óc, có quy chế học tập cho các loại lớp, các loại trường.

### **2. Tổ chức đời sống thích hợp:**

Cần chú trọng vệ sinh nhà ở, chỗ làm việc (thoáng khí, ít tiếng ồn). Ăn uống hợp lý (tăng cường protid và vitamin cho tế bào thần kinh), mặc đủ ấm.

Đặc biệt chú trọng đến giấc ngủ: ngủ đúng giờ, loại trừ các kích thích xấu ảnh hưởng đến giấc ngủ.

### **3. Giáo dục thích hợp trong gia đình, nhà trường, tập thể vào xã hội:**

Nhằm mục đích bồi dưỡng một nhân cách mạnh, có khả năng chịu đựng cao, tự kiềm chế tốt.

Quá nuông chiều hay quá nghiêm khắc (mắng chửi, đánh đập) đều là hai cách giáo dục không đúng trong gia đình. Quá nuông chiều, quá tâng bốc sẽ hình thành tính cách xấu cho đứa bé tạo điều kiện cho bệnh tâm căn hysteria dễ phát triển sau này. Quá nghiêm khắc sẽ làm cho đứa bé nhút nhát, mất sáng kiến, tự ti, tạo điều kiện cho bệnh tâm căn suy nhược tâm thần dễ phát triển về sau.

Cần giáo dục tính tập thể cho trẻ em, tránh giữ con ru rú trong nhà, làm đứa trẻ trở nên vị kí, ý lại vào bối mẹ.

Tùy sức, tùy tuổi, động viên trẻ em lao động, tự giải quyết khó khăn, rèn luyện tính cách dũng cảm, chịu đựng gian khổ để khi ra đời đủ sức chống đỡ với những tác nhân có hại của môi trường.

Giáo dục của gia đình phải kết hợp chặt chẽ nhịp nhàng với giáo dục của nhà trường và đoàn thể. Đối với thanh niên thiếu niên ở tuổi dậy thì và sau tuổi dậy thì, phải biết kết hợp khéo léo, giáo dục thái độ đúng đắn trong những vấn đề tình bạn, tình yêu, tình đồng chí.

Đặc biệt đối với nữ giới, phải giải thích các biến đổi sinh lý và tâm thần qua các giai đoạn phát triển sinh dục (lúc hành kinh, thai nghén, tắt kinh...), tránh những bỡ ngỡ, lo lắng quá độ trước các biến đổi ấy.

#### **4. Hạn chế và loại trừ các sang chấn tâm thần thường diễn xuất hiện trong mối quan hệ thường ngày:**

Trong gia đình, tránh cho con em những cảm xúc nặng nề trước cảnh xung đột thô bạo giữa cha mẹ hay giữa những thành phần khác nhau trong gia đình.

Trong công tác, các cấp lãnh đạo cần liên hệ chặt chẽ với quần chúng, phát hiện và giải quyết kịp thời, thích đáng những thắc mắc, nguyện vọng của quần chúng. Giữa những người cùng công tác trong một cơ quan, cùng sống chung trong một tập thể, cần giải quyết tốt những mâu thuẫn, những thắc mắc và xây dựng một tinh thần đoàn kết, hợp tác xã hội chủ nghĩa.

Trong đời sống xã hội, không ngừng giáo dục tính tập thể mình vì mọi người, mọi người vì mình, và đạo đức xã hội chủ nghĩa: người với người là bạn, kính già yêu trẻ, tôn trọng phụ nữ...

Người thân, người cùng công tác, người cùng một đoàn thể, phải có thái độ đúng mức, tận tình, tim lối thoát tốt nhất cho những người có khuyết điểm trầm trọng, bị thất vọng lớn, đau khổ nhiều, lo lắng cao độ...

Các biện pháp vệ sinh kẽ trên không những chỉ áp dụng cho người lớn và trẻ em lành mạnh, mà cần phải áp dụng cho người lớn và trẻ em đã bị bệnh tâm thần hay đang có những nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh.

## **III. PHÒNG BỆNH TÂM THẦN**

### **1. Những biện pháp phòng bệnh tuyệt đối:**

Đó là những biện pháp lớn, nhằm loại trừ các nguyên nhân chính, bảo vệ những người lành mạnh khỏi bị tâm thần.

Chống các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh nguyên phát và thứ phát. Đặc biệt chú trọng thanh toán các bệnh nhiễm khuẩn có tính chất xã hội như bệnh giang mai, sốt rét, lao...

Chống các bệnh nhiễm độc thần kinh: nhiễm độc rượu, nhiễm độc nghề nghiệp, nhiễm độc thuốc ngủ và thuốc an thần...

Bảo đảm an toàn lao động cao độ, tránh mọi chấn thương sọ não.

Tích cực bảo vệ bà mẹ và trẻ em để mỗi em bé ra đời đều hoàn toàn khỏe mạnh về mặt thần kinh và tâm thần. Tránh cho bà mẹ lúc có thai những sang chấn cơ thể và tâm thầm, chữa tích cực những bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc, tránh lao động quá sức...

## 2. **Những biện pháp phòng bệnh tương đối:**

Đó là những biện pháp áp dụng cho những người đã chịu tác dụng xấu của môi trường, cho những trẻ em bị tổn thương thần kinh trong bào thai hay có yếu tố di truyền và để phòng tái phát cho những bệnh nhân tâm thần đã thuyên giảm.

Trước tiên cần phải tổ chức theo dõi những trẻ bị nhiễm khuẩn trong những năm đầu sau khi đẻ, những trẻ có bố mẹ, bà con gần bị bệnh tâm thần...

Cần tổ chức những lớp mẫu giáo, lớp học riêng cho những trẻ chậm phát triển về tâm thần hay có rối loạn tính cách, tác phong.

Cần chẩn đoán sớm các bệnh tâm thần để chữa ngay trong giai đoạn bệnh đang còn dễ khôi.

Cần chú ý theo dõi và áp dụng chặt chẽ các biện pháp vệ sinh tâm thần cho những người bị xơ mạch não, tăng huyết áp, có di chứng sang chấn sọ não... những người ít nhiều có tổn thương hệ thần kinh trung ương.

Đối với những bệnh nhân tâm thần đã khôi hay thuyên giảm, cần tiếp tục điều trị cung cấp và theo dõi lâu dài. Nghiên cứu chế độ lao động và hình thức lao động thích hợp cho từng loại bệnh nhân, chữa các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc mới phát sinh, giúp đỡ giải quyết những sang chấn tâm thần trong cuộc sống...

## V. KHẢ NĂNG VỆ SINH VÀ PHÒNG BỆNH TÂM THẦN Ở NUỚC TA

Phản ứng nguyên nhân và nhân tố thuận lợi của các bệnh tâm thần bắt nguồn từ các điều kiện sinh sống, điều kiện kinh tế và xã hội không tốt. Vì vậy, công tác vệ sinh và phòng bệnh tâm thần là một công tác rất phức tạp, đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ giữa nhiều ngành, đòi hỏi nhiều tổ chức...

Nước ta hiện nay tuy đang gặp nhiều khó khăn trong đời sống nhưng có nhiều ưu thế để tiến hành công tác vệ sinh và phòng bệnh tâm thần có kết quả.

- a) *Nói chung, chế độ xã hội chủ nghĩa* là một chế độ ưu việt chứa sẵn những mầm mống tốt để loại trừ một số nguyên nhân chủ yếu của bệnh tâm thần. Trong quan hệ xã hội, tính tập thể ngày càng tăng, khẩu hiệu “người với người là bạn” “hợp tác trên tinh thần đồng chí và XHCN” ngày càng được giáo dục sâu rộng trong cán bộ và nhân dân. Trong quan hệ chính trị, mọi người đều bình đẳng, nam nữ ngang hàng, các lứa tuổi đều được sự giáo dục của đoàn thể. Vì vậy, trong đời sống, sang chấn tâm thần do bắt công, đòn áp, thù địch lẫn nhau... gây ra ngày càng được thanh toán.
- b) *Y tế xã hội chủ nghĩa của chúng ta* không ngừng tấn công để thanh toán các bệnh xã hội như: giang mai, sốt rét, lao, nghiện rượu... và các bệnh nhiễm khuẩn khác, không ngừng bảo vệ sức khỏe cho những người lao động bằng các biện pháp chống nhiễm độc nghề nghiệp, vệ sinh hoàn cảnh, đề phòng chấn thương do tai nạn lao động, bảo vệ bà mẹ và trẻ em...

Bệnh tâm thần là một bệnh xã hội, ngày càng phát triển trong các xã hội và có những điều kiện xã hội không thuận lợi và thiều quan tâm khắc phục. Ở nước ta với tinh ưu việt của chế độ, với sự quan tâm ngày càng tăng của Đảng, Chính phủ và Bộ y tế, chúng ta có đủ điều kiện để tiến hành công tác vệ sinh phòng bệnh tâm thần ngày càng có hiệu quả.

## **BÀI 4: ĐẶC ĐIỂM RIÊNG CỦA TRIỆU CHỨNG HỌC VÀ HỘI CHỨNG HỌC TÂM THẦN**

### **I. các đặc điểm riêng cơ bản**

hoạt động tâm thần lúc bình thường đã là một hoạt động vô cùng phức tạp, hoạt động này có liên quan chặt chẽ với nhiều mặt khác.

Hoạt động tâm thần lúc bị bệnh lại càng phức tạp, do nhiều yếu tố chi phối, không thể hiểu một cách đơn giản được.

Vì vậy muốn hiểu đúng đắn các triệu chứng tâm thần, phải quán triệt các đặc điểm sau đây:

1. hoạt động tâm thần là một hoạt động tổng hợp, thống nhất, không thể phân tách được.  
Cho nên sắp xếp các triệu chứng tâm thần theo từng mặt hoạt động tâm thần (rối loạn trí giác, rối loạn tư duy, rối loạn ý thức, v.v...) chỉ là một quy ước hết sức nhân tạo để tiện việc giảng dạy và thảo luận lâm sàng mà thôi. Vì vậy có thể có nhiều cách sắp xếp khác nhau tùy từng tác giả. Thí dụ ta gọi áo giác là một rối loạn của tri giác. Nhưng không thể hiểu đơn giản áo giác là hiện tượng bệnh lý của một phân tích quan riêng lẻ nào đấy, khu trú ở một vùng nhất định nào đấy của não. Thực tế vẫn đề còn phức tạp hơn nhiều. Một triệu chứng tâm thần có liên quan chặt chẽ với nhiều triệu chứng tâm thần khác và ảnh hưởng đến nhiều mặt hoạt động tâm thần khác nhau. Áo giác có liên quan chặt chẽ với hoang tưởng, có thể là hậu quả của hoang tưởng, cũng có thể là cơ sở phát sinh và củng cố hoang tưởng. Áo giác còn ảnh hưởng nhiều đến tác phong, hành vi, tư duy, cảm xúc của bệnh nhân.

2. Một triệu chứng tâm thần ít khi xuất hiện riêng lẻ mà thường phối hợp với nhau thành một hội chứng nhất định. Thí dụ khi sắc buồn bã thường đi đôi với tư duy chậm chạp và hoạt động hạn chế để hợp thành hội chứng trầm cảm. Và việc sắp xếp các hội chứng theo từng mục hoạt động tâm thần do đó càng có tính chất quy ước hơn. Gọi hội chứng trầm cảm là một hội chứng cảm xúc nhưng trong hội chứng này còn có tư duy chậm chạp và vận động hạn chế (ngoài triệu chứng cảm xúc là triệu chứng chủ yếu).
3. Các triệu chứng và hội chứng tâm thần luôn luôn biến chuyển. Có những sắc thái riêng tùy theo bệnh và tùy theo từng giai đoạn của bệnh. Nhưng không biến chuyển một cách lộn xộn, mà tiến triển hay thoái triển theo những quy luật nhất định.
4. Bệnh tâm thần tuy rất phức tạp và có nhiều bệnh căn nguyên chưa rõ ràng nhưng không thể không thừa nhận là có nhiều loại bệnh tâm thần khác nhau. Phát triển theo những quy luật lâm sàng khác nhau, hình thành những bệnh cảnh khác nhau. Do đó phải chẩn đoán theo phân loại bệnh chứ không chẩn đoán theo triệu chứng hay hội chứng được. Vì vậy không thể chẩn đoán là bệnh hoang tưởng cấp hay bệnh hoang tưởng mạn tính vì hoang tưởng chỉ là một triệu chứng. Cũng không thể chẩn đoán là bệnh trầm cảm được vì trầm cảm là một hội chứng gặp trong rất nhiều bệnh.
5. Trong lâm sàng tâm thần học, việc đánh giá các triệu chứng và hội chứng tâm thần rất khó khăn nhưng vô cùng quan trọng. Khó khăn vì phát hiện được đúng đắn các triệu chứng tâm thần còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của thầy thuốc, vào nghệ thuật tiếp xúc với bệnh nhân và khai thác lời khai, vào thời gian và hoàn cảnh tiếp xúc, vào trạng thái tâm thần của bệnh nhân lúc tiếp xúc. Hơn nữa, triệu chứng tâm thần phần lớn là những triệu chứng chủ quan do bệnh nhân khai ra và có thể khai rất khác nhau tùy từng cách hỏi, tùy từng lúc hỏi. Và vô cùng quan trọng vì đánh giá sai triệu chứng thì không thể tổng hợp đúng hội chứng và từ đó không thể quy thành bệnh chính xác được. Vì vậy khai thác các triệu chứng tâm thần không thể làm nhanh chóng trong một lúc được mà phải hỏi tỉ mỉ và hỏi nhiều lần, có khi phải theo dõi hàng tháng.
6. **Hoạt động tâm thần bình thường** phần nào có thể hiểu theo cơ chế sinh lý thần kinh cao cấp và cơ chế tâm lý học. Nhưng không thể giải thích và suy diễn các triệu chứng tâm thần **thuần túy theo sinh lý học và tâm lý học** được. Vì triệu chứng tâm thần **còn là kết quả của các yếu tố cơ thể** (nhiễm khuân, nhiễm độc, miễn dịch, di truyền,...) và **của các yếu tố xã hội, môi trường tác động** **vô cùng phức tạp vào hoạt động** **hết sức cơ động** **của bộ não**.
7. Khi đánh giá các triệu chứng tâm thần, nhiều khi rất **khó phân biệt** **giữa triệu chứng bệnh lý** **với các hoạt động** **tâm thần bình thường**. Muốn phân biệt chắc chắn phải **năm vững** **các đặc điểm** **tâm lý**, nhất là **đặc điểm ngôn ngữ** **từng lứa tuổi**, **từng tầng lớp xã hội**, **từng địa phương**, **từng dân tộc**. Một đồng bào dân tộc ở vùng cao có hoạt động tư duy chậm chạp, vận động kém linh hoạt, cảm xúc hơi bàng quan, chưa thể kết luận ngay là đã có những hiện tượng bệnh lý về tâm thần được.

## II. **triệu chứng âm tính và dương tính.**

Lâm sàng tâm thần học thường đối chiếu các triệu chứng âm tính với các triệu chứng dương tính.

Các triệu chứng âm tính (hay các hiện tượng suy sụp), thể hiện sự tiêu hao, mệt mỏi trong

**hoạt động tâm thần**. Thí dụ cảm xúc khô lạnh, tư duy nghèo nàn, giảm nhớ, trí tuệ sa sút.v.v.. các triệu chứng dương tính (hay các hiện tượng kích thích) thể hiện những biến đổi tâm lý phong phú, cơ động và đa dạng trong hoạt động tâm thần. Thí dụ: **ảo giác, hoang tưởng, ám ảnh, mê mộng,v.v...**

các triệu chứng âm tính tiến triển từ từ, chậm chạp nhưng làm tan rã nhân cách một cách sâu sắc, trầm trọng. Các triệu chứng dương tính tuy rõ ràng, cấp diễn nhưng có tính chất tạm thời và có khi mất đi không để lại dấu vết trong nhân cách.

Mối tương quan qua lại khác nhau giữa các hội chứng dương tính và âm tính giúp nhiều cho chẩn đoán phân biệt giữa những bệnh tâm thần có những hội chứng dương tính giống nhau. Thí dụ: hội chứng âm tính của quá trình phân liệt giúp chẩn đoán phân biệt giữa hội chứng paranoit của loạn thần phản ứng với hội chứng paranoit của bệnh tâm thần phân liệt.

Tỷ lệ giữa các triệu chứng âm tính và dương tính cũng còn giúp cho sự tiên lượng bệnh: triệu chứng âm tính càng nhiều, càng sâu sắc, bệnh càng nặng. Thí dụ: thể đơn thuần của bệnh tâm thần phân liệt bao gồm chủ yếu các triệu chứng âm tính là một thể bệnh ác tính.

### III. Một số quy luật phát triển các hội chứng tâm thần

hội chứng tâm thần có nhiều loại và thường được sắp xếp theo những bậc thang từ nhẹ đến nặng. Thí dụ: hội chứng suy nhược là một hội chứng nhẹ, hội chứng căng trương lực là một hội chứng nặng.

Các bậc thang hội chứng tâm thần thể hiện mức độ rối loạn tâm thần nặng nhẹ không tương ứng với mức độ hồi phục. Thí dụ: hội chứng mê sảng nặng hơn hội chứng ám ảnh. Nhưng hội chứng mê sảng có thể qua nhanh không để lại dấu vết, còn hội chứng ám ảnh có thể tồn tại dai dẳng, trở nên mạn tính.

Mức độ phục hồi của hội chứng phụ thuộc vào đặc điểm của từng bệnh tâm thần. Thí dụ: hội chứng ảo giác paranoit có thể phục hồi nhanh trong loạn thần phản ứng, nhưng có thể kéo dài rất lâu trong bệnh tâm thần phân liệt.

Trong những giai đoạn khác nhau của nhiều bệnh tâm thần khác nhau có thể xuất hiện một hội chứng tâm thần giống nhau. Chính điều này làm cho chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Thí dụ: hội chứng suy nhược có thể gặp trong bệnh tâm căn suy nhược, trong bệnh tâm thần phân liệt, cũng như trong các bệnh loạn thần thực thể khác nhau.

Để khắc phục khó khăn trong chẩn đoán, cần nắm vững mối tương quan giữa các triệu chứng âm tính và dương tính. Ngoài ra, cần quán triệt một số quy luật tiến triển các hội chứng tâm thần:

- một hội chứng chỉ là một khâu trong toàn bộ dây truyền phản ứng bệnh lý, một giai đoạn trong quá trình tiến triển của bệnh. Sau hội chứng này sẽ xuất hiện một hội chứng khác. Thể hiện các đặc điểm của một giai đoạn mới trong quá trình bệnh lý. Thí dụ: trong bệnh loạn thần phản ứng bán cấp hysteria, sau hội chứng sa sút già là hội chứng trẻ con hóa rồi đến hội chứng thoái hóa tâm thần, rồi đến hội chứng bất động.

- mỗi bệnh tâm thần có một nhóm hội chứng đặc trưng cho bệnh ấy, thay thế nhau theo

những định hình nhất định. Theo Snejnepxki, trong bệnh tâm thần phân liệt có chín hội chứng dương tính thay thế nhau theo những bậc thang từ nhẹ đến nặng

- số lượng các hội chứng của mỗi nhóm ít hay nhiều còn phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ khác nhau của các bệnh tâm thần. Thí dụ: nhóm hội chứng trong các bệnh tâm căn ít hơn, nhẹ hơn nhóm hội chứng trong bệnh tâm thần phân liệt và bệnh loạn thần thực thể có nhóm hội chứng nhiều nhất, lớn nhất.
- bệnh tâm thần càng phát triển thì các hội chứng trở nên nhiều hơn, phức tạp, đa dạng hơn. Thí dụ: trong bệnh tâm thần phân liệt sau hội chứng paranoic là hội chứng paranoic rồi đến hội chứng paraphrenia, v.v...

## BÀI 5: RỐI LOẠN TRI GIÁC

### I. khái niệm tâm lý học về tri giác

tri giác là một quá trình tâm lý có khả năng tổng hợp lại các đặc tính riêng lẻ của các sự vật, hiện tượng, để nhận thức được một cách toàn bộ, thống nhất các sự vật, hiện tượng ấy.

Tri giác được hình thành từ cảm giác. Cảm giác chỉ phản ánh từng đặc tính riêng lẻ của sự vật, hiện tượng, thông qua từng phân tích giác quan thần kinh và do các kích thích của môi trường bên ngoài cũng như bên trong cơ thể sinh ra cảm giác ngọt, cảm giác hình tròn, cảm giác màu vàng, cảm giác đói, cảm giác đau, mệt v.v... cảm giác là những hiện tượng sinh lý và tâm lý sơ đẳng của quá trình nhận thức.

Tri giác là một quá trình nhận thức cao hơn, có tính chất tổng hợp, phức tạp, chứ không phải chỉ là tổng số đơn giản của cảm giác. Tri giác đúng hay sai còn phụ thuộc vào các chức năng tâm thần khác (ý thức, sự chú ý, trí nhớ, .v.v.). tri giác một cái nhà là nhận thức toàn bộ cái nhà ấy với các đặc tính riêng lẻ như: mái đỏ, tường vàng, cao ráo, mát mẻ, dùng làm lớp học. Bạn đã vào đó vài lần, nhà của họpt tác xã, .v.v...

tri giác là kết quả của hoạt động phân tích và tổng hợp của hệ thống tin hiệu thứ I (dưới ảnh hưởng điều chỉnh của hệ thống tín hiệu thứ II). Tri giác là nhận thức những sự vật, hiện tượng cụ thể tác động trực tiếp vào hệ tín hiệu I. Nhưng những sự vật, hiện tượng được tri giác không phải không còn để dấu vết gì trong não một khi các sự vật, hiện tượng ấy không còn kích thích chúng ta nữa. Dấu vết của sự vật, hiện tượng còn để lại trong óc gọi là biểu tượng. Khi cần, biểu tượng có thể xuất hiện trong ý thức.

Nhờ biểu tượng mà ta có thể hình dung trong óc bất cứ lúc nào khuôn mặt bệnh nhân mà ta tiếp xúc hôm qua. Biểu tượng là cơ sở để hình thành trí nhớ và tư duy mà ta sẽ nói sau đây.

## II. CÁC RỐI LOẠN VỀ CẢM GIÁC VÀ TRI GIÁC.

### 1. tăng cảm giác hyperesthesia

ngưỡng kích thích hở xuồng vì vậy kích thích trung bình hay nhẹ, bệnh nhân cũng cho là quá mạnh, không chịu đựng được. Thí dụ: không chịu được ánh sáng mờ cửa phòng ngủ, tiếng đập cửa mà nghe ầm ầm như tiếng bom nổ, v.v...

đó là triệu chứng đầu tiên của các bệnh loạn thần, nhất là bệnh loạn thần cấp. Còn gặp trong các trạng thái quá mệt mỏi ở người bình thường.

### 2. giảm cảm giác hypoesthesia

ngưỡng kích thích tăng lên, do đó bệnh nhân không tri giác các kích thích nhẹ và tri giác mờ hổ, không rõ ràng các kích thích thông thường. Thí dụ: xung quanh như phủ sương mù, mọi tiếng động trở nên xa xôi, thức ăn thấy nhạt nhẽo, hoa không thơm, đèn không sáng, v.v...

thường gặp trong các trạng thái trầm cảm, biểu hiện rõ ràng trong triệu chứng cảm giác sai thực tại. Còn gặp trong trường hợp có tổn thương ở đồi thi.

### 3. loạn cảm giác bản thể cenestopathia (Cảm giác Senses)

Xiêng kỵ bối...

bệnh nhân thường xuyên có những cảm giác đau nhức, khó chịu lạ lùng trong cơ thể, nhất là trong các nội tạng, tính chất và khu trú không rõ ràng: nóng bỏng trong dạ dày, điện giật trong óc, cảm xé trong ruột, v.v...

thường gặp trong hội chứng nghi bệnh, trong các trạng thái trầm cảm.

### 4. ảo tưởng illusion

là tri giác sai lệch về toàn bộ hay hoàn toàn một sự vật hay một hiện tượng có thật bên ngoài. Thí dụ: nhìn dây thừng tưởng là con rắn, nhìn áo dài treo trên tường tưởng là người đang hoạt động, nghe tiếng ô tô tưởng máy bay, v.v...

thường chia ảo giác theo các giác quan: ảo tưởng thị giác, ảo tưởng thính giác, ảo tưởng vị giác, khứu giác, v.v...

ở người bình thường ảo tưởng cũng có thể xuất hiện trong những điều kiện làm trở ngại quá trình tri giác như: không chú ý đầy đủ, ánh sáng lờ mờ, tiếng nói không rõ ràng, quá mệt nhọc, quá lo lắng, sợ hãi, chờ đợi lâu. Tuy nhiên ảo tưởng ở người bình thường sẽ nhanh chóng mất đi khi các điều kiện trở ngại không còn nữa.

Trong trạng thái bệnh lý, thường chia ra các loại ảo tưởng sau đây:

a) ảo tưởng cảm xúc: ( → ảo hissing)

xuất hiện những trạng thái cảm xúc bệnh lý: lo âu, sợ hãi, trạng thái trầm cảm, trạng thái hung cảm, trạng thái trầm cảm-paranoid, v.v... thí dụ: bệnh nhân đang lo lắng chờ đợi một hình phạt nghe tiếng va chạm bát đĩa thành ra tiếng xiềng xích, nghe tiếng ồn ngoài đường thành ra tiếng hò hét của đoàn người đến bắt mình, thấy bóng người thoáng qua cửa sổ thành ra bóng công an đến truy nã mình. Bệnh nhân trong trạng thái hung cảm ra đường thấy những người xung quanh chào mừng mình, cười thông cảm với mình, v.v....

b) ảo tưởng lời nói: (tai nghe → ảo tiếng)

thường gặp trong các trạng thái trầm cảm. Bệnh nhân nghe câu chuyện thông thường giữa những người xung quanh thành ra những lời cảnh cáo, tố giác, thông báo về hình phạt, v.v..

nhiều khi rất khó phân biệt giữa áo tưởng lời nói và hoang tưởng liên hệ. Trong áo tưởng lời nói, bệnh nhân nghe rất rõ lời nói nhưng nghe sai lệch câu này thành câu khác. Trong hoang tưởng, thường bệnh nhân không nghe rõ mà suy đoán câu chuyện qua thái độ của người xung quanh hay nghe rõ ràng câu nói nhưng tin một ý nghĩa thầm kín sau câu nói ấy, theo hoang tưởng của mình.

### c) áo ảnh kỳ lạ pareidolia (*nhiều → áo tưởng*)

đó là những áo tưởng rất phong phú, rất sinh động và kỳ lạ, xuất hiện ngoài ý chí bệnh nhân, không phụ thuộc và biến đổi cảm xúc, dần dập đèn và thay thế dần sự vật có thực bên ngoài. Bệnh nhân nhìn vào những chấm sáng trên tường, vào những bức tranh, vào rèm cửa, nhìn lên những đám mây, v.v... thấy các sự vật áy biến đổi dần và biến thành những hình ảnh kỳ lạ, những hình người, những khuôn mặt quái gở, những cảnh tượng sinh động, v.v.. và bệnh nhân ngâm nhìn những hình ảnh áy rát thích thú.

Áo ảnh kỳ lạ thường xuất hiện trong giai đoạn đầu của trạng thái mê sảng của bệnh tâm thần phân liệt cấp và của trạng thái mê mộng.

## 5. áo giác hallucination tri giác không đối tượng

là cảm giác, tri giác như có thật về một sự vật, một hiện tượng không hề có trong thực tại khách quan. Áo giác xuất hiện và mất đi không phụ thuộc vào ý muốn của bệnh nhân. Áo giác có thể kèm theo hay không kèm theo rối loạn ý thức (mê sảng, mê mộng) hoặc rối loạn tư duy (mất phê phán về tri giác sai lầm của mình). Áo giác có thể xuất hiện lẫn lộn với sự vật thực hay xuất hiện riêng lẻ.

Có nhiều cách phân loại áo giác:

### a) chia theo hình tượng, kết cấu:

• **áo giác thô sơ:** áo giác chưa thành hình, không có hình thái và kết cấu rõ rệt. Thí dụ: thấy một ánh hào quang, một đám khói, nghe tiếng rì rào, tiếng động khác thường, v.v..

• **áo giác phức tạp:** áo giác có hình tượng rõ ràng, sinh động, có vị trí nhất định trong không gian; thấy người đem dây đến trói mình, nghe tiếng nói trong tưởng đang ra lệnh cho mình, v.v...

b) chia theo cảm giác quan: áo thanh (áo giác thính giác), áo thị (áo giác thị giác), áo khứu (áo giác khứu giác), áo giác xúc giác, và áo giác nội tạng.

### c) chia theo nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với áo giác

• **áo giác thật:** bệnh nhân tiếp nhận áo giác như những hiện tượng sự vật có thật trong thực tại, không nghi ngờ về tính có thật của áo giác, không phân biệt áo giác với sự vật thật, không nghĩ rằng có ai làm ra áo giác, bất minh phải tiếp thu.

• **Áo giác giả:** bệnh nhân xem áo giác như những sự vật, hiện tượng lả lung. Không giống với thực tại, phân biệt áo giác với sự vật thật. Và đặc biệt là bệnh nhân cho rằng có người nào đó gây áo thị cho mình thấy, làm cho ý nghĩ của mình vang lên thành tiếng, v.v... áo giác giả luôn luôn mang tính chất bị chi phối.

### III. Các loại ảo giác thật

thường bệnh nhân thấy xuất hiện bên ngoài nhiều hơn là trong chủ quan mình.

#### 1. ảo thanh: thường gặp nhất.

Nội dung rất đa dạng. Đôi khi ảo thanh thô sơ: tiếng chuông, tiếng còi, tiếng súng, tiếng máy nổ, diệu nhạc, v.v... thường gặp nhất là **tiếng người nói**

**tiếng nói:** rất rõ ràng, có vị trí nhất định trong không gian, nói thẳng với bệnh nhân, hay nghe hai hoặc nhiều tiếng nói với nhau về bệnh nhân, khi tăng khi giảm, **xuất hiện theo chu kì**, v.v... nội dung lời nói có thể: mắng chửi, dọa nạt, ra lệnh, chế diễu, khen ngợi, bình phẩm, **tiếng khen và tiếng chê lẫn lộn**.

**Ảo thanh ánh hưởng** nhiều đến cảm xúc và hành vi của bệnh nhân: đau khổ, lo sợ, tự sát, giết người, v.v... **bệnh nhân phản ứng với ảo thanh bằng nhiều cách:** lắng nghe, bịt tai, nhét bông vào tai, nói chuyện với ảo thanh, trả lời thì thầm, v.v...

có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau: **loạn thần nhiễm khuẩn, loạn thần phản ứng, tâm thần phân liệt**, v.v....

#### 2. ảo thị: cũng thường gặp (sau ảo thanh) và thường kết hợp với ảo thanh

**thường xuất hiện nhiều nhất và lúc quá trình tri giác bị trở ngại:** khi rối loạn ý thức (mê sảng, mê mông), khi quá mệt mỏi, **hoảng hốt**, hay khi điều kiện ánh sáng yếu (đêm tối, hoàng hôn)

**nội dung ảo thị cũng rất đa dạng:** có thể một màu sắc mơ hồ hay một hình ảnh rõ rệt. Có thể là người, súc vật, ma quỷ, phong cảnh, cảnh tượng, v.v... có thể là những hình ảnh sinh động luôn thay đổi hay những hình ảnh im lìm, bất động. Có thể là ảo thị không lò (macropsie, hallucination gulliverienne) hay ảo thị tí hon (micropsie, hallucination elliputienne); có thể là ảo thị tâm hay ảo thị hình thóp tiếng nói, có thể là ảo thị tự thấy (autoscopie: bệnh nhân tự thấy mình trong thể phủ định (phản này mờ quá k dịch được))  
phản ứng của bệnh nhân đối với ảo thị cũng rất khác nhau: say mê nhìn ngắm, bàng quan hay tham gia các hoạt động cùng ảo thị, v.v...

gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau: thường nhất trong các bệnh **loạn thần cấp, loạn thần nhiễm khuẩn**, và trong các hội chứng **rối loạn ý thức, nhiễm độc rượu**, v.v...

#### 3. ảo vị và ảo khứu: rất ít gặp.

Hai loại ảo giác này thường đi đôi với nhau và thường **xuất hiện cùng với hoang tưởng**. Thí dụ: **nghi bị đầu độc và người thấy mùi thối trong cơm và ăn thấy đắng**.

Nội dung của **ảo vị và ảo khứu thường là những mùi khó chịu**: đắng, chua, cay, mùi thịt thối, mùi tóc cháy, cao su cháy, trứng gà ưng, v.v...

có thể gặp trong bệnh **tâm thần phân liệt cấp**, thường gặp nhất trong **động kinh tâm thần** (tổn thương khu trú ở thùy thái dương).

#### 4. ảo giác xúc giác:

**nội dung rất đa dạng:** cảm giác ngoài da như nóng bỏng, ẩm ướt, tê lạnh, côn trùng bò, kim châm, điện giật, dây sợi quần khép người, v.v... có thể **xuất hiện từng lúc hay thường xuyên**,

+/+  
có khi kết hợp với ảo thị : **hình ảnh hiển thị**, ...

Thường gặp nhất trong loạn thần nhiễm độc (cocain, cloral, rượu, v.v...) và trong **hoang tưởng** nghi bệnh. Có thể gặp trong **tâm thần phân liệt**, **loạn thần nhiễm khuẩn**, v.v....

### 5. ảo giác nội tạng và ảo giác về sơ đồ cơ thể:

nội dung rất phức tạp: đĩa trong tai, rắn trong bụng, nước chảy rò rỉ rách trong đầu, éch trong dạ dày, điện giật trong tim, tay chân biến đổi, ma quỷ nhập trong người, bị sờ mó, bị hiếp dâm, v.v... gặp trong **tâm thần phân liệt**, **hoang tưởng** nghi bệnh và thường **kết hợp với ảo thị**.

### 6. các ảo giác đặc biệt:

a) **ảo thanh chức năng** (hallucination fonctionnelle):

ảo thanh xuất hiện đồng thời với một âm thanh có thực bên ngoài. Âm thanh này mất đi **ảo thanh cũng mất**. Thí dụ: vừa nghe voi nước chảy, vừa nghe nước dặn dò. Âm thanh bên ngoài thường là những âm thanh riêng lẻ, giản đơn: tiếng lá rì rào, tiếng nước chảy, tiếng tích tắc đồng hồ, v.v... **điểm xuất phát của ảo thanh cũng là điểm xuất phát của âm thanh bên ngoài**.

b) **ảo giác lúc giờ thức giấc ngủ** (hallucination hypnagogique) (**ảo giác theo điệu**)

ảo giác xuất hiện lúc **sắp ngủ** hay **sắp thức dậy**, trong bóng tối hay **trong ánh sáng lờ mờ**. Ảo giác thường lặp đi lặp lại với tính chất ám ảnh hay tính chất định hình. Có thể có đủ các loại ảo giác (ảo thị, ảo thanh, v.v...)

thường gặp nhất **trong loạn thần phân ứng** và thường **phản ánh nội dung sang chấn tâm thần**.

## IV. các loại ảo giác giả.

Ảo giác có thể có đủ các loại như ảo giác thật nhưng **với các tính chất say này khác hẳn với ảo giác thật**:

- **cảm giác bị chi phối**: *người khác gây ra cho mình*

- Bệnh nhân cảm thấy **trong tư duy** và **trong trí tưởng tượng** của mình nhiều hơn là **trong thực tại** khách quan.
- Bệnh nhân cảm thấy như những biểu tượng hay những **hình ảnh mơ hồ** hơn là sự thật, hiện tượng cụ thể, rõ rệt, tiếp nhận qua giác quan.

Các loại ảo giác giả thường gặp là:

### 1. ảo thị giả

thường là **những hình ảnh** giống như **biểu tượng** **xuất hiện** **ngoài ý muốn**. Những cảnh tượng giống như lúc mê mộng, những hiện tượng giống như hồi ức, tưởng tượng, những hình ảnh bén trong hay nhân tạo. **Hình ảnh thường là mơ hồ**; hình người **không đầy đủ**, bóng **người lờ mờ** không đoán được già hay trẻ, nam hay nữ, v.v.... **hiện tượng** **quái khách** (**người lạ nhập vào mình**) thường cũng là một **ảo thị giả**.

2. **Ảo thanh giả**: đây là ảo giác giả chính thức và **thường gặp nhất**.

Có rất nhiều loại:

- có bệnh nhân nghe tiếng nói trong cơ thể, thường là trong đầu, không rõ tiếng đàn ông hay đàn bà, là hay quen.
- có bệnh nhân nghe như tư duy mình vang lên thành tiếng (và từ đó cho là có hiện tượng tư duy bị bộc lộ, tư duy bị đánh cắp, tư duy làm sẵn, hồi ức làm sẵn, v.v...)
- có bệnh nhân sáp nghĩ gì, đọc gì, làm gì thì tiếng nói bên trong đã nói trước (hoặc là tiếng của tư duy mình hoặc là tiếng của người lạ)

ảo giác giả, đặc biệt là ảo thanh giả, là thành phần chủ yếu của hội chứng tâm thần tự động (xem rối loạn tư duy).

### 3. Áo giác giả vận động:

bệnh nhân ngồi yên nhưng có cảm giác như là tay chân mình như có ai làm cho vận động. Thường gặp là ảo giác giả vận động ngôn ngữ: bệnh nhân có cảm giác là lưỡi và các bộ phận phát âm của mình hoạt động ngoài ý muốn của mình, không phải bệnh nhân nói mà có ai dùng cơ quan phát âm của mình để nói.

Ảo giác giả có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau, nhưng thường gặp nhất trong hội chứng paranoid của bệnh tâm thần phân liệt. Trong các bệnh tâm thần tiến triển kéo dài, ảo giác thật có thể chuyển thành ảo giác giả, nhất là khi xuất hiện hoang tưởng bị chỉ phối.

→ phân biệt ảo giác giả & hoang tưởng bị chỉ phối.

## V. các rối loạn tâm lý, giác quan

(hay rối loạn tổng hợp giác quan)

đó là một rối loạn tri giác chủ yếu làm trở ngại quá trình tổng hợp các biểu tượng cũ và mới để nhận thức toàn bộ bản thân và thực tại thành một mối thống nhất trong không gian và thời gian.

Rối loạn tâm lý- giác quan khác với ảo tưởng ở chỗ các rối loạn này bền vững dai dẳng hơn và ở chỗ bệnh nhân biết phê phán về tri giác sai lầm của mình (biết đối tượng đang tri giác có biến đổi).

Nội dung của rối loạn tâm lý- giác quan rất đa dạng: tri giác sai về hình thái của sự vật, về quan hệ giữa các sự vật trong không gian, về sơ đồ cơ thể, về thời gian, v.v... (kể cả hiện tượng "đã thấy rồi" và "chưa hề thấy" thường gặp trong động kinh tâm thần).

Thường người ta chia các rối loạn tâm lý, giác quan ra làm 2 loại lớn: đó là tri giác sai thực tại (tri giác sai lầm về thực tại bên ngoài) và giải thể nhân cách (tri giác sai về các đặc điểm cơ thể và tâm lý của bản thân bệnh nhân).

#### a) tri giác sai thực tại derealisation

bệnh nhân còn biết bản chất của hiện tượng tri giác không thay đổi và biết đối tượng chỉ thay đổi một vài khía cạnh, một vài thuộc tính nào đấy thôi. Thí dụ: còn nhận thức được cái nhà nhưng cái nhà có vẻ to hơn, hay nhỏ đi, rõ ràng hay lờ mờ, v.v...

các thuộc tính biến đổi thường là: hình thái, chiều cao, kích thước, màu sắc, trọng lượng, chuyển động hay im lim, khoảng cách xa hay gần, thời gian kéo dài hay ngắn lại, v.v... nếu chỉ thấy một vài thuộc tính của đối tượng thay đổi thì gọi là **cảm giác biến hình** (metamorphopsie). Nếu có nhiều thuộc tính thay đổi làm cho đối tượng gần như thay đổi hẳn thì gọi là **cảm giác loạn hình** (dysmorphopsie).

Trí giác sai thực tại có thể bao trùm toàn bộ cảnh vật xung quanh: thấy xung quanh mơ hồ, biến đổi không ngừng, như trên phim ảnh hay im lim không chút đổi thay như một bức tranh, v.v...

### b) *giải thể nhân cách* (depersonalisation)

có thể là tri giác sai lầm về đặc điểm cơ thể (**rối loạn sơ đồ cơ thể**): không có tim phổi, tai lại ở sau gáy, người nặng như chì hay nhẹ như bông, tay chân dài ra hay ngắn lại, cứng như đá hay mềm như sáp, nhắm mắt không di được vì không biết chân mình ở đâu, v.v...

có thể là tri giác sai lầm về đặc điểm tâm lý: cảm xúc, ý nghĩ, tác phong đã biến đổi, nhân cách không giống như cũ nữa, cái "ta" đã mất hay chia đôi, một nửa "ta" nghĩ thế này, một nửa "ta" nghĩ thế kia, v.v...

các rối loạn tâm lý giác quan có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau: thường gặp nhất trong bệnh tâm thần do tổn thương thực thể ở não (vùng đỉnh) trong giai đoạn đầu của **bệnh tâm thần phân liệt**. Đó cũng là những triệu chứng của **loạn thần thực nghiệm** gây ra bởi các chất loạn thần như mescaline, LSD 25, v.v...).

## BÀI 6: RỐI LOẠN TRÍ NHỚ

### I. khái niệm tâm lý học về trí nhớ

trí nhớ là chức phận và đặc tính của bộ não có khả năng ghi nhận, bảo tồn và cho hiện tại những kinh nghiệm và tri thức cũ dưới dạng biểu tượng, ý niệm và ý tưởng.

(trung tâm ở vỏ não ở hồi hải mã và thùy thái dương)

#### 1. quá trình ghi nhận:

quá trình hưng phấn ở những hệ thống cấu trúc cơ động **của bộ não trước những kích thích của thực tại**: càng chú ý và càng thích thú với kích thích bao nhiêu thì quá trình ghi nhận càng chắc chắn, rõ ràng bấy nhiêu...

#### 2. quá trình bảo tồn

quá trình hình thành những đường liên hệ tạm thời duy trì dấu vết **của những kích thích đã**

tác động vào vỏ não. Kích thích càng mạnh, càng được lặp lại thì quá trình bảo tồn càng bền vững.

### 3. quá trình nhớ lại

quá trình hồi phục những đường liên hệ tạm thời đã được bảo tồn trong những hệ thống cấu trúc cơ động của bộ não. Nhớ lại tốt chứng tỏ quá trình bảo tồn tốt. Thường nhớ lại xuất hiện dưới 2 hình thức:

a) **nhận lại**: thông qua các giác quan nhận được những đối tượng kích thích trước kia. Thí dụ: nhận lại bạn cũ xa nhau đã nhiều năm.

b) **hiện lại**: kinh nghiệm và tri thức cũ, không cần thông qua tri giác đối tượng kích thích trước kia, vẫn có thể hiện ra trong đầu óc dưới dạng biểu tượng hay ý niệm. Thí dụ: hiện tại khuôn mặt của bà mẹ đã mất.

Thường chia ra trí nhớ máy móc và trí nhớ thông hiểu.

Trí nhớ máy móc: chỉ dựa vào mối liên hệ đơn giản giữa các đối tượng để nhớ (gần nhau, giống nhau hay trái ngược nhau).

Thí dụ: nhớ bảng cửu chương, đặt công thức để nhớ ngữ pháp tiếng Nga.

Trí nhớ thông hiểu: vận dụng đến các mối liên hệ nội tại có tính chất quy luật giữa các hệ thống để nhớ. Trí nhớ thông hiểu chắc chắn hơn vì trong quá trình nhớ có sự tham gia của ý thức, sự chú ý, cảm xúc và nhất là trí tuệ, tư duy. Thí dụ: nhớ nội dung một quyền truyện.

## II. các rối loạn trí nhớ:

### 1. giảm nhớ (hyponinésie):

kém nhớ những sự việc xảy ra hay những sự việc cũ. Thường những sự việc mới xảy ra khó nhớ hơn những sự việc cũ (định luật Ribot).

Gặp trong loạn thần tuổi già, liệt toàn thể tiến triển, loạn thần kinh suy nhược, v.v... loạn thần thực tồn, tâm căn suy nhược.

### 2. tăng nhớ (hypermnésie)

nhớ lại những sự việc rất cũ, **ngay cả những sự việc không có ý nghĩa** hay những chi tiết vụn vặt tưởng không thể nhớ được.

Thường gặp nhất trong trạng thái **hưng cảm**, trong trạng thái **sốt do nhiễm khuẩn, say rượu** bệnh lý, v.v....

### 3. mất nhớ hay quên (amnésie)

#### a) theo sự việc chia ra:

✓ **quên toàn bộ**: quên tất cả những sự việc cũ và mới thuộc mọi lĩnh vực. Gặp trong **trí tuệ sa sút nặng**.

✓ **Quên từng phần**: chỉ quên một số kí niệm, chỉ quên ngoại ngữ, chỉ quên thao tác nghề

nghiệp, chỉ quên danh từ riêng, v.v....

gặp trong tổn thương khu trú ở một vùng nhất định của não hay do cảm xúc mạnh.

b) theo thời gian, chia ra: mốc sự kiện từ khi có bệnh

✓ quên thuận chiều ( amnésie antérograde ) : quên những sự việc xảy ra ngay sau khi bị bệnh. Có thể quên trong khoảng thời gian từ vài giờ đến vài tuần. Gặp sau chấn thương sọ não, sau khi lú lẫn, hôn mê.

✓ Quên ngược chiều ( amnésie rétrograde ): quên những sự việc đã xảy ra trước khi bị bệnh. Thời kì quên có thể là vài ngày, vài tháng hay vài năm. Có thể quên từng phần hay quên toàn bộ. Thường gặp trong chấn thương sọ não, xơ mạch não kèm xuất huyết, v.v.... tổn thương thực thể, nguy hiểm

✓ quên trong con (amnésie congrade): chỉ quên những sự việc xảy ra trong con, trong một thời gian ngắn bị bệnh. Gặp trong con động kinh, trong trạng thái hoảng hồn, sa sút trí tuệ, v.v...

✓ quên vừa nhận thức ngược chiều ( amnédie antérorétrograde ): quên cả sự việc cũ lẫn sự việc mới. Gặp trong loạn thần kèm lú lẫn, trong trí tuệ sa sút do chấn thương sọ não, v.v....

(phần c, d, trong sách thấy ghi là bỏ nhưng thôi, mình cứ gõ vào)

c) theo quá trình cơ bản của trí nhớ, chia ra:

✓ quên do ghi nhận kém ( amnésie de fixation): thường là quên thuận chiều

✓ quên do nhớ lại kém ( amnésie d'évocallon): thường là quên ngược chiều.

d) theo tiến triển, chia ra:

✓ quên cố định: không tăng, không giảm.

✓ Quên thoái triển: nhớ lại dần.

✓ Quên tiến triển: quên tăng dần, thường theo quy luật Ribot: sự việc mới quên trước, sự việc cũ quên sau.

#### 4. loạn nhớ: ( paramnésie )

a) nhớ giả: (pseudo reminiscence): so sánh với rối loạn tri giác. Nhớ giả còn gọi là ảo tưởng trí nhớ. Những việc có thực trong cuộc sống của bệnh nhân trong một khoảng thời gian và không gian nào đó, bệnh nhân lại nhớ vào một khoảng thời gian và không gian khác, hoặc lẫn lộn sự việc này với sự việc khác. Có khi trên một sự việc có thực, bệnh nhân lại nhớ thêm những chi tiết không hề có.

b) bịa chuyện (confabulation):

còn gọi là ảo giác trí nhớ để phân biệt với ảo giác giả (ảo tưởng trí nhớ). Có thể là bệnh nhân quên toàn bộ và thay vào chỗ quên, bệnh nhân kể những sự việc không hề xảy ra với bệnh nhân, nhưng bản thân bệnh nhân không hề biết là mình bịa ra, khẳng định những sự việc ấy có thực. Có thể bệnh nhân chỉ bịa mà không quên.

Nội dung chuyện bịa có thể thông thường hay kì quái. Trường hợp bịa chuyện kèm theo mất định hướng gọi là lú lẫn bịa chuyện.

Trong lâm sàng nhiều khi khó phân biệt nhó già và bịa chuyện vì phải hiểu chi tiết cuộc đời của bệnh nhân mới biết chuyện kể ra có thực hay bịa. → hỏi thăm người nhà tên.

Nhó già và bịa chuyện có thể gặp trong các bệnh thực thể nặng ở não (có kèm theo quên và có nội dung thông thường), có thể gặp trong bệnh tâm thần phân liệt (không kèm theo quên và mang tính chất hoang tưởng, kì quái).

c) nhó nhầm

nhó vơ vào mình:

ý nghĩ, sáng kiến của người khác lại nhó ra là của mình hay những cái nghe người khác kể hoặc thấy ở đâu đấy lại tưởng là những cái bản thân mình đã sống qua.

Nhớ việc mình thành việc người:

sự việc, ý nghĩ của mình lại nhó ra của người khác hay đã đọc, đã thấy ở đâu.

d) nhớ đang sống trong dì vắng (ecmnésie):

kết hợp với quên tiến triển, bệnh nhân tưởng mình đang sống thời kì dì vắng (cách 10-20 năm), hành động như người trẻ lại, có khi soi gương không nhận ra mình, cho là một cụ già nào đấy. Gặp trong loạn thần tuổi già, động kinh.

5. **hội chứng Koesakop** (mô tả năm 1887, trong nghiên cứu rượu mạn tính có viêm nhiễm dây thần kinh), gồm có:

- (\*)  
a) quên thuận chiều (do ghi nhận kém) mất định hướng và quên tất cả mọi sự việc vừa xảy ra.  
b) loạn nhó (nhó già hay bịa chuyện)  
c) các sự việc cũ (trước khi bị bệnh) còn nhớ được tốt.

Hội chứng Korako gặp trong giai đoạn cấp của các chấn thương sọ não (có tính chất tạm thời). Còn gặp trong các bệnh có tổn thương thực thể ở não (rối loạn không hồi phục): liệt toàn thể tiên triển, u não, tai biến mạch máu não, v.v...

## Bài 7 Rối loạn tư duy

### I – Khái niệm tâm lý học về tư duy

Tư duy là một quá trình hoạt động tâm thần phức tạp, là hình thức cao nhất của quá trình nhận thức, có đặc điểm phản ánh thực tại khách quan một cách gián tiếp và khái quát từ đó có thể nắm được bản chất và quy luật phát triển của sự vật.

= phản tiễn, tổng hợp;  
siêu, già

Cảm giác và trí giác là những quá trình nhận thức thấp hơn, chỉ có khả năng phản ánh trực tiếp và cụ thể từng việc riêng lẻ, vì vậy chỉ nắm được bề ngoài của sự vật. Thí dụ : trí giác cho ta thấy mặt trời quay xung quanh trái đất nhưng tư duy thì cho ta biết trái đất quay xung

→ Cảm giác = các giác quan thu nhận thông tin Cái bò ngoài kia nó có màu.

→ Trí giác : trả lời lại đ/c của thông tin Cái bò ngoài kia nó có màu.

→ Tư duy : Phân tích; đánh giá; tổng hợp → quy luật; bản chất của sự vật

- hỗn loạn :  
quanh mặt trời.  
- hỗn loạn :  
quanh mặt trời.

Cơ sở của tư duy là cảm giác, trí giác và nhất là biểu tượng. Nhưng trong hoạt động của tư duy còn có sự tham gia của vốn tri thức cũ, kinh nghiệm cũ, trí nhớ, sự chú ý, cảm xúc và ý chí, v.v.v  $\Rightarrow$  giúp phân tích, đánh giá không sai.

Hoạt động của tư duy là hoạt động kết hợp chặt chẽ giữa hệ tín hiệu thứ nhất và hệ tín hiệu thứ hai mà chủ yếu là hệ tín hiệu thứ hai. Hoạt động chủ yếu dựa vào các đường liên kết tạm thời phức tạp về mặt sinh lý (hay liên tưởng về mặt tâm lý). Với hệ thống tín hiệu thứ nhất, ở động vật cao cấp, đã có mầm móng của tư duy cụ thể, nhưng chỉ có ở người, với hệ tín hiệu thứ hai, mới xuất hiện tư duy trừu tượng. Và tư duy phát triển dưới tác dụng qua lại của hoàn cảnh xã hội.

Tư duy được biểu hiện ra ngoài dưới hình thức lời nói và chữ viết.  $\nearrow$  đánh giá qua lời nói và chữ viết.

Hoạt động tư duy là một hoạt động vô cùng cơ động và phức tạp bao gồm nhiều quá trình từ thấp lên cao như sau: phân tích, tổng hợp, so sánh, khái quát hóa, hệ thống hóa, trừu tượng hóa, hình thành khái niệm, phán đoán, suy luận, lĩnh hội khái niệm, thông hiểu bản chất và quy luật.

## II – Các rối loạn tư duy

### A – Rối loạn ngôn ngữ

Chia ra rối loạn ngôn ngữ (hình thức biểu hiện tư duy) và rối loạn nội dung tư duy chỉ để tiện việc sắp xếp chữ thực ra ngôn ngữ và nội dung thống nhất với nhau. Mỗi chữ, mỗi câu, đúng chữ,... đều do nội dung tư duy quyết định

#### A.1 Theo nhịp độ ngôn ngữ

Nhịp nhanh:

1. Ngôn ngữ hay tư duy phi tên (fuile der idees): tư duy hoạt động nhanh chóng, liên tưởng mau lẹ, có tính chất cơ học (theo vần, theo chỗ gần nhau, giống nhau, khác nhau), nội dung nồng cạn, chủ đề luôn luôn thay đổi theo tác động của hoàn cảnh bên ngoài, nói theo thao bát tuyệt, việc nọ xo việc kia. Thường gặp nhất trong trạng thái hung cảm.  $\Rightarrow$  hỗn hộn sương sương vai đê (ch)
2. Tư duy dồn dập (mentisme): ý nghĩ đủ các loại dồn dập đến trong đầu bệnh nhân, ngoài ý muốn của bệnh nhâ, bệnh nhân không cần được.

Thường gặp nhất trong bệnh tâm thần phân liệt (hình thức thô sơ của tư duy tư động)

3. Nói hô lớn (logorhen): nói luôn mòn, ý tưởng linh tinh, nội dung vô nghĩa.

Gặp trong tâm thần phân liệt, trí tuệ sa sút.

Nhịp chậm:

4. Tư duy chậm chạp (bradypsychie): dòng ý tưởng rất chậm, suy nghĩ khó khăn, sau mỗi câu hỏi phải rất lâu mới trả lời được.

Gặp trong trạng thái trầm cảm.

5. **Tuy duy ngắt quãng** (barrage): khi đang nói chuyện dòng ý tưởng như bị cắt đứt làm cho bệnh nhân không nói được nữa. Mãi về sau lại tiếp tục nói về chủ đề khác.  
Gặp trong bệnh tâm thần phân liệt
6. **Tư duy lai nhai** (pensee, propos circonsancies) : bệnh nhân rất khó chuyên từ chủ đề này sang chủ đề khác, luôn luôn đi vào các **chi tiết vụn vặt** của một chủ đề.  
Thường gặp nhất trong bệnh động kinh.
7. **Tư duy kiên định** (perseveration) : trong câu chuyện **luôn luôn lặp lại** một chủ đề, hay **có hệ thống** **quay đi quay lại** một chủ đề **nhất định**. Có thể biểu hiện trong khi kể chuyện hay trong khi trả lời.  
Gặp trong hội chứng paranoia (tâm thần phân liệt, nhân cách bệnh, loạn thần phân ứng)

#### A.2 Theo hình thức phát ngôn

(Cách tiếp xúc với bên ngoài)

8. **Nói một mình** (monologue): nói rõ ràng, hay nói lầm bầm một mình **nội dung không liên quan với hoàn cảnh**.  
Thường gặp trong giai đoạn cuối của bệnh tâm thần phân liệt.
9. **Nói tay đôi tưởng tượng** (dialogue imagicar) : thường là **nói chuyện tranh luận với áo thanh** hay nói chuyện với một nhân vật tưởng tượng.  
Gặp trong loạn thần phản ứng và tâm thần phân liệt.
10. **Trả lời bên cạnh** (reionse a cote): hỏi một dằng, bệnh nhân trả lời một nèo.  
Thường gặp trong bệnh nhân tâm thần phân liệt
11. **Không nói** (mulisme): có nhiều nguyên nhân: không nói do ức chế (trạng thái trầm cảm); không nói do hiện tượng phù định (trạng thái căng trương lực); không nói do hoạt động tâm thần nghèo nàn hay bị rối loạn nặng (trạng thái lú lẫn và sa sút); không nói do liệt chữ nặng cơ quan phát âm (bệnh tâm căn: hysicria); không nói do hoang tưởng và ảo giác tri phổi.
12. **Nói lặp lại ()**: luôn luôn **lặp đi lặp lại** một số câu chữ hay một câu, không ai hỏi cũng cứ nói.
13. **Dáp lặp lại ()**: tất cả mọi câu hỏi khác nhau bệnh nhân đều trả lời bằng một câu nhất định.
14. **Nhai lời ()**: hỏi không trả lời mà chỉ nhắc lại câu hỏi suốt ngày nhưng tinh thoáng lại có một cơn xung động nói một hồi lâu, nguyên .  
Nói lặp lại, đáp lặp lại và nhai lời là những triệu chứng về ngôn ngữ của hội chứng căng trương lực.
15. **Còn xung động lời nói ()**: bệnh nhân im lặng, lì si/rùa, nói tục hay nói **những câu vô nghĩa**.  
Gặp trong bệnh tâm thần phân liệt

#### A.3 Theo kết cấu ngôn ngữ

Rối loạn kết âm và phát âm

**16. Dú các loại:** nói khô, nói thì thào, nói lặp, nói giọng mũi, giả giọng địa phương khác, giả giọng nước ngoài, tiếng kí sinh khi nói chuyện (vừa nói vừa khụt khịt, vừa đắng hăng, v.v.v)

### Rồi loạn ngữ pháp và logic của tư duy:

**17. Ngôn ngữ phân liệt:** hay tư duy chia cắt: trong lời nói, từng câu có thể đúng ngữ pháp, có ít nhiều ý nghĩa nhưng giữa các câu, không có mối quan hệ gì hợp logic về nghĩa.

Gặp trong giai đoạn cuối của bệnh tâm thần phân liệt.

**18. Ngôn ngữ rời rạc, không liên quan ()**: bệnh nhân nói những từ, những câu rời rạc, không có mối liên hệ gì giữa các câu ngay cả giữa các từ trong câu. Thường gặp trong các trạng thái rối loạn ý thức (mê sảng, và nhất là lú lẫn).

**19. Chơi chữ:** trong lời nói, câu này tiếp theo câu khác theo vần, theo sự giống nhau hay (đôi cặp) khác nhau giữa các ý nghĩa các từ: thí dụ: trời xanh, ăn chanh, đi nấm bước, v.v.v tôi đi chơi, con bò thì ngá: tay tôi có đù, chân không còn v.v.v.

**20. Chơi ngữ pháp:** có nhiều cách: lẩn lộn các thành phần trong mệnh đề, cắt xén mót só thành phần trong mệnh đề (câu thiếu vé hay lỗi nói kiểu điện tín), dùng trang từ chỉ thời gian thay cho trạng từ chỉ địa điểm v.v.v

Gặp trong tâm thần phân liệt

**21. Tư bíja đặt (tiếng nói riêng):** có nhiều cách: có thể do chơi chữ, chơi ngữ pháp, bệnh nhân có một ngôn ngữ lạ lùng, người khác không hiểu được hay muốn hiểu phải phân tích suy nghĩ lâu. Có thể trong lời nói của mình, bệnh nhân dùng một số từ riêng để chỉ một số sự việc thông thường theo quan niệm tự kỉ của mình, người khác không hiểu được tí nào. Có thể đặt hoàn toàn một thứ tiếng riêng như một thứ tiếng nước ngoài

Gặp trong tâm thần phân liệt

### A.4 Theo ý nghĩa, mục đích của ngôn ngữ

**22. Suy luận bệnh lý ()**: bệnh nhân luôn nói về một chủ đề nhất định, không thể tách rời ra được và dùng mọi quá trình hoạt động của tư duy để nghiên cứu chủ đề ấy (so sánh, diễn dịch, quy nạp, hệ thống hóa, tìm ra quy luật, v.v.v) nhưng thường là đi vào cái vụn vặt, không có ý nghĩa, xa rời thực tế, bí hiểm, trái ngược hay đi vào những vấn đề triết học và khoa học phức tạp hay siêu hình. Gặp trong bệnh tâm thần phân liệt.

**23. Tư duy hai chiều ()** trong ngôn ngữ đồng thời xuất hiện hai câu có ý nghĩa hoàn toàn trái ngược nhau, loại trừ lẫn nhau.

Gặp trong tâm thần phân liệt

**24. Tư duy tự kỉ:** trong tiếp xúc, bệnh nhân luôn nói đến những chủ đề của thế giới bên trong kí lợ của mình, thế giới tự kỉ, tách rời thực tế, không có trong thực tế.

Gặp trong tâm thần phân liệt

**25. Tư duy tượng trưng:** sự việc thực tế nhiều khi không quan trọng, bệnh nhân lại gắn

Phản biện  
- Tự duy lối nhai  
- Tự duy kiến thức

*cho sự kiện* *thứ tự*

cho một ý nghĩa tượng trưng. Thí dụ : hình tam giác là sự thống nhất câu ba ngôi. Con số 5 tượng trưng cho tên bệnh nhân (gồm năm chữ), cho sự thống nhất (như năm ngón tay thống nhất trong một bàn tay)...

## B – Rối loạn nội dung tư duy

Có rất nhiều loại, thường chia ra làm ba loại lớn: định kiến, ý tưởng ám ảnh và hoang tưởng.

### B.1 Định kiến (ý tưởng ưu thế, ý tưởng quá mức)

Là những ý tưởng dựa trên cơ sở trên cơ sở những sự kiện thực nhưng bệnh nhân gắn cho sự kiện thực ấy một ý nghĩa quá mức. Ý tưởng ấy chiếm ưu thế trong ý thức bệnh nhân và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt. thí dụ: bạn đánh giá quá mức một việc làm của người khác, cho đó là một hình thức làm nhục mình. Ý tưởng bị làm nhục đó chi phối toàn bộ tư tưởng, cảm xúc, hành động luôn luôn nỗi lên trong ý thức, làm bệnh nhân không thể không nghĩ đến cái gì khác và chỉ tìm cách rửa nhục cho bằng được.

Có khi định kiến xuất phát từ những sự kiện thuộc về quá khứ (lúc có sự kiện thực tế thi chưa có định kiến nhưng về sau trong một trạng thái bệnh lý nào đó, định kiến về sự kiện ấy mới chiếm lĩnh ý thức bệnh nhân).

Bệnh nhân không thấy chỗ sai của định kiến của mình, nên không có hiện tượng tự đấu tranh với định kiến. Tuy nhiên, khi được đả thông có dẫn chứng cụ thể làm mất hay làm yếu định kiến đi. Có khi với thời gian, định kiến tự nó dần dần mờ nhạt và mất đi.

Thường gặp nhất trong các trạng thái trầm cảm (ý tưởng tự ti, cho mình là phẩm chất xấu, có nhiều khuyết điểm trầm trọng)

### B.2 Ý tưởng ám ảnh

Là những ý tưởng không phù hợp với thực tế, bệnh nhân còn biết phê phán ý tưởng đó là sai, tự đấu tranh để xua đuổi những ý tưởng ấy đi nhưng không xua đuổi được. ý tưởng ám ảnh luôn luôn xuất hiện trong ý thức bệnh nhân, với tính chất cuồng bách. Thí dụ: người họ may có ý tưởng ám ảnh là bỏ quên kim hay vải vụn trong đường khâu, luôn luôn tháo đường khâu để xem lại.

Ý tưởng ám ảnh ít khi xuất hiện riêng lẻ mà thường kết hợp với nhiều hiện tượng ám ảnh khác (ám ảnh về cảm xúc, về hành động, về trí nhớ, v.v.v) để hình thành hội chứng ám ảnh hay trạng thái ám ảnh.

Hội chứng ám ảnh:

Bao gồm: ý tưởng ám ảnh, lo sợ ám ảnh, xu hướng hay hành vi ám ảnh.

ở một bệnh nhân, thường kết hợp nhiều loại ám ảnh. Có một loại ám ảnh có nội dung làm bệnh nhân đau khổ, lo sợ (ám ảnh cảm thụ), có loại ám ảnh không kèm theo nội dung làm cho bệnh nhân lo sợ, đau khổ (ám ảnh trừu tượng).

#### B.2.1 Ý tưởng ám ảnh (còn biết phê phán; nhưng có loại bỏ đi)

1. Suy luận ám ảnh: luôn luôn phải suy nghĩ về những vấn đề không thể giải quyết được nhiều khi không có ý nghĩa. Thí dụ : tại sao cái ghế lại có bốn chân mà không là ba chân v.v.v

2 Đêm ám ảnh: thí dụ : luôn luôn phải đêm số cửa sổ của mỗi nhà, số chữ ở các biển trước các cửa hàng hay liên miên nhầm các bài tính.

3. Nhớ ám ảnh: Thí dụ: luôn luôn phải nhớ đầy đủ họ tên, tuổi, quê quán, của những người quen. *Vì có nội dung gây đau khổ C virus về thuyết điểm, bị lây cai...*

↳ Ba loại trên này thường là ám ảnh trừu tượng. Nhưng trong nhớ ám ảnh có thể có nội dung làm cho đau khổ. Thí dụ: luôn luôn phải nhớ lại khuyết điểm của một tội lỗi cũ.

☞ Những loại sau đây phần lớn là ám ảnh cảm thụ: *(gây đau khổ?)*

4. ý tưởng xúc phạm (ý tưởng bất hành) thí dụ: con chiên cứ đến nhà thờ là xuất hiện ý nghĩ xấu, xúc phạm đến chúa đến các linh mục. bố mẹ luôn luôn có ý nghĩ là con mình sẽ ôm nặng đến chết.

5. Hoài nghi ám ảnh: ví dụ : đi đường cứ phân tán là chưa đóng cửa. Con chết mang đi chôn cất mà cứ phân vân là con mình chưa chết thật,

Hoài nghi thường dẫn đến hành động kiểm tra .(có người đào mộ lên xem thử con mình đã chết thật chưa)

B.2.2 Ám ảnh (phobia obsessionnelle) *(nỗi sợ quá mức)*  
*sợ hãi nhưng ko bài đ.*

Có rất nhiều loại .Có tác giả đã thống kê đến 267 loại.Mọi sự việc của bản thân và thực tại đều có thể trở thành chủ đề lo sợ:lo sợ chỗ rộng ,sợ chỗ đông người ,sợ cao ,sợ chỗ sâu ,sợ vật nhọn ,sợ bị lây bệnh ,sợ bị ung thư ,sợ tất cả (panphobie),sợ bị lo sợ ám ảnh (phobophobia)v.v..

Lo sợ thực hiện :Một loại riêng của lo sợ ám ảnh với đặc điểm là sự lo sợ ám ảnh biến thành sự việc thực.Thí dụ:lo sợ đỏ mặt trước đám đông và đỏ mặt thật ,lo sợ mất ngủ và mất ngủ thật ,lo sợ bị liệt dương và bị liệt dương thật v.v...

B.2.3 Xu hướng ,hành vi ám ảnh : *(biết những không loại định).*

1 Xu hướng ám ảnh :Thí dụ:xu hướng chửi người qua đường ,xu hướng nhảy qua cửa sổ , xu hướng cầm dao đâm con vv...

Chính xu hướng ám ảnh là loại ám ảnh buộc bệnh nhân phải đấu tranh cũng thăng thắn ,đau khổ nhất

2Nghi thức ám ảnh (rites obsessionnelles):có liên quan với hoài nghi và lo sợ ám ảnh . Thường là một phương thức đấu tranh tự vệ với các loại ám ảnh trên.Thí dụ :bà mẹ cứ ra đi làm là lo con ở nhà rơi xuống bể nước cho nên mỗi lần ra đi phải quay mặt lại phía cửa sổ rồi mới yên tâm đi thẳng .

3 thói quen ám ảnh :thói quen chỉ trở thành ám ảnh khi nào những người xung quanh có nhận xét , bệnh nhân biết là không thích hợp, tự đấu tranh để bỏ đi nhưng không bỏ được .Thí dụ :trong khi nói chuyện lặp đi lặp lại một số chữ .Tất cả đều biết rằng vv... hay vừa nói vừa vuốt tóc vv....

Hội chứng ám ảnh thường gặp nhất trong bệnh tâm căn ám ảnh ,bệnh tâm căn suy nhược tâm thần ,trong giai đoạn đầu của bệnh tâm thần phân liệt

Hoang tưởng là những ý tưởng phá n đoán sai lầm ,khong o phù hợp với thực tế do bệnh tâm thần sinh ra , nhưng bệnh nhân cho là hoàn toàn chính xác không thể giải thích đà thông được ,Hoang tưởng chỉ mất đi khi nào bệnh nhân khỏi hay thuyên giảm .

Hoang tưởng là triệu chứng chủ yếu của các bệnh loạn thần .Hoang tưởng có một quá trình hình thành rất phức tạp ,có liên quan rất mật thiết với các rối loạn tâm thần khác . Hoang tưởng nhất là hoang tưởng suy đoán thường kéo dài và làm biến đổi sâu sắc nhân cách của bệnh nhân, ảnh hưởng rất nhiều đến các thành phần hoạt động tâm thần khác.

### B3.1 Hình thành hoang tưởng

Hoang tưởng được hình thành và tiến triển qua các giai đoạn sau đây:

1. **Khí sắc hoang tưởng**: bệnh nhân lo lắng chờ đợi một cái gì bất thường quan trọng sẽ đến với mình ,làm thay đổi cuộc đời mình
2. **Tri giác hoang tưởng**: bệnh nhân nhìn thấy người khác và súc vật xung quanh có một cái gì đặc biệt khác thường, có liên quan đến thân phận mình, nhưng không tự giải thích được.
3. **Suy đoán hoang tưởng**: trong cái đặc biệt, khác thường ấy, dần dần bệnh nhân tìm thấy ý nghĩa ngày càng rõ ràng và **bệnh nhân giải thích theo lối suy đoán riêng của mình**.
4. **Hoang tưởng kết tinh**: hoang tưởng hình thành và ngày càng được củng cố thành hệ thống vững vàng, cố định. → **Không thể đà thông**.

Hoang tưởng tan biến: hoang tưởng có thể biến đi một cách tự phát hay do điều trị hoặc tan rã trong trí tuệ sa sút

Nguồn gốc của hoang tưởng có thể từ định kiến hay ám ảnh chuyển sang ảo giác mà hình thành hoặc hiện tượng duy nhất của một bệnh loạn thần còn sót lại (hoang tưởng di chứng).

### B.3.2. Phân loại hoang tưởng:

Có rất nhiều loại hoang tưởng và có thể phân loại theo nhiều cách.

Có tác giả chia làm hai loại theo nguồn gốc phát sinh:

- ✓ **Hoang tưởng nguyên phát**: hoang tưởng xuất hiện không liên quan với ảo giác, ảo tưởng hay các rối loạn tri giác khác.
- ✓ **Hoang tưởng thứ phát**: hoang tưởng xuất hiện trên cơ sở những rối loạn tri giác hay rối loạn cảm xúc hay rối loạn ý thức.

Đa số tác giả chia làm hai loại theo phương thức kết cấu:

- ✓ **Hoang tưởng suy đoán**: hoang tưởng xây dựng thuận túy theo lô-gichs lệch lạc của bệnh nhân, biểu hiện một sự rối loạn trong việc phản ánh mối liên quan nội tại giữa các sự vật và hiện tượng. Đồng thời cũng biểu hiện khuynh hướng tưởng tượng, sự mơ ước hay tư duy chưa trưởng thành của bệnh nhân.

Thường là những hoang tưởng chí lý dai dẳng, phát triển thành hệ thống và làm biến đổi nhân cách một cách sâu sắc.

- ✓ **Hoang tưởng cảm thụ**: xuất hiện sau các rối loạn của tri giác hay của cảm xúc hay của ý thức. Ở bệnh nhân không có lô-gich lệch lạc mà chỉ có ý tưởng rời rạc không kế tục, cảm

xúc căng thẳng, bàng hoàng, ngơ ngác. Nhân cách không bị hoang tưởng làm biến đổi nhiều.

### B.3.3 Các loại hoang tưởng suy đoán

Nội dung vô cùng phong phú, tất cả ước mơ, khuynh hướng, lo lắng, sợ hãi của con người đều có thể trở thành chủ đề hoang tưởng suy đoán.

Các hoang tưởng chính là:

#### B.3.3.1. Nhóm hoang tưởng bị truy hại, bị chi phối:

1. **Hoang tưởng liên hệ**: bệnh nhân nghĩ rằng tất cả xung quanh đều có một mối liên hệ đặc biệt với mình. Hình như mọi người nhìn mình một cách đặc biệt, bán tán về mình cười cợt, chế diễu mình, ... Trong thái độ, lời nói của người khác, bệnh nhân đều suy diễn, tìm ra một ý nghĩa thần kinh có liên quan đến mình, ám chỉ mình.

Thường phát sinh sớm (sau giai đoạn khi **sắc** hoang tưởng) và xuất hiện trước hoang tưởng bị truy hại.

2. **hoang tưởng bị truy hại** :bệnh nhân khẳng định có một người hay một nhóm người nào đó theo dõi mình , âm mưu hại mình bằng nhiều cách ,đầu độc ám sát ,bắt giam ,lấy hết của cải vv...Có khi bệnh nhân chỉ rõ tên người ám hại ,thường là những người than cận nhất (vợ, chồng, cha,mẹ,thú trưởng ,đồng nghieepvv...)

3. **Hoang tưởng bị chi phối** :bệnh nhân cho rằng có người nào đó ,có quyền lực,phép tắc,dùng một phương tiện nào đó để chi phối toàn bộ tư tưởng ,hành vi,cảm xúc của mình .Ý tưởng bị chi phối thường là thành phần chủ yếu của ảo giác giả và hội chứng tâm thần tự động

Khi hoang tưởng có nội dung là bị chi phối bằng các phương tiện vật lý(dòng điện;quang tuyến ,máy ghi âm ,siêu am ,vv...)thì gọi là hoang tưởng bị tác dụng vật lý .Hoang tưởng này thường kèm theo ảo giác xúc giác hay nội tạng

4. **Hoang tưởng ghen tuông** :không có bằng chứng gì chắc chắn hay chỉ dựa vào những hiện tượng vô lý ,bệnh nhân khẳng định là người yêu của mình (vợ ,chồng )phản bội mình ,có quan hệ bất chính với người khác .

#### B.3.3.2 Nhóm hoang tưởng tự ti ,tự phủ định

5. **Hoang tưởng tự buộc tội** :bệnh nhân tự cho mình hèn kém ,phẩm chất xấu ,phạm sai lầm lớn v.v...) Thường hoang tưởng bị tội thường đưa đến ý tưởng và hành động tự sát

6. **Hoang tưởng nghi bệnh**:bệnh nhân cho mình bị bệnh này ,bệnh khác thường là những bệnh lây hay bệnh nan y (lao ,phong,ung thư,vv..) → *tin mọi cách đều có bệnh*  
→ *nhiều thao mòn về mặt cơ thể*

#### B3.3.3 Nhóm hoang tưởng khuếch đại

7. **hoang tưởng tự cao** :nội dung rất đa dạng :có bệnh nhân cho mình rất thông minh ,tài giỏi ,việc gì cũng làm được,sức lực mạnh mẽ không ai bằng vv... Có bệnh nhân cho mình có địa vị cao,quyền lực lớn ở trong nước hay trên thế giới ,mình có họ hàng với những bậc vĩ nhân ,vv.... Có bệnh nhân cho mình giàu có nhất đời ,bạc vàng vô kề vv...

**8. Hoang tưởng phát minh**: bệnh nhân luôn nghĩ ra những phát minh mới, độc đáo, kỳ lạ về khoa học, triết học, cải cách xã hội... đem trinh bày với mọi người và tìm cách thuyết phục mọi người thừa nhận.

**9. Hoang tưởng được yêu**: bệnh nhân cho rằng có người nào đấy hay nhiều người yêu mình, tìm mọi cách để biểu lộ tình yêu với mình một cách tượng trưng, nhưng bệnh nhân không yêu lại

#### B.4 CÁC LOẠI HOANG TƯỞNG CẢM THỤ

**1. hoang tưởng nhận nhầm**: thí dụ: bố mẹ đến thăm bệnh nhân không thừa nhận, cho rằng đó là những người lạ, giả dạng bố mẹ mình. Ngược lại, người lạ đến bệnh viện; bệnh nhân lại cho là bố mẹ, hoặc nhận nhầm viên và bệnh nhân trong bệnh viện là những người thân (giả dạng đến để cứu giúp mình)

**2. hoang tưởng gán ý**: mỗi hiện tượng, sự việc trong thực tại được bệnh nhân tri giác như một dấu hiệu tượng trưng, có một ý nghĩa riêng đối với bệnh nhân (báo hiệu số phận, tương lai, buộc tội bệnh nhân v.v.,)

☆ **Hoang tưởng gán ý** khác với **hoang tưởng liên hệ** ở chỗ hoang tưởng gán ý là một hoang tưởng cảm thụ xây dựng trên một hiện tượng, một sự việc của thực tại, nhưng tri giác hiện tượng sự việc ấy như một dấu hiệu tượng trưng chứ không liên hệ suy đoán theo một lô gich lệch trực như trong hoang tưởng liên hệ (Hoang tưởng suy đoán). **Thí dụ:** gặp một cái hồ trên đường đi, bệnh nhân có hoang tưởng liên hệ nghĩ ngờ rằng có người nào đó đào sẵn cái hồ với mục đích làm cho mình rơi xuống gãy chân. Còn bệnh nhân có hoang tưởng gán ý thì cho rằng hồ là tượng trưng cho huyết thống người, hồ này báo hiệu cho mình biết là mình sẽ chết trong một ngày gần đây.

**3. Hoang tưởng đóng kịch** (Đối dạng hay chuyển hóa): bệnh nhân tri giác xung quanh như những cảnh trong tưởng, trong kịch, trong phim v.v.. Cùng một người, nhưng khi đóng vai này, khi đóng vai khác, người này thay đổi vị trí cho người khác, luôn luôn biến đổi, v.v..

☆ **Ba loại hoang tưởng nhận nhầm:** gán ý và đóng kịch có liên quan mật thiết với nhau.

**4. Hoang tưởng biến hình bản thân**: Bệnh nhân đã thấy cơ thể **mình** đã biến hình, chuyển thành hình thù của chim, của thú hay **bất động vật**. Hoang tưởng thường kèm theo rối loạn cảm giác bản thể hay **aô giác giả** và liên quan với hoang tưởng bị chi phối (bị tác dụng vật lý) và thường gặp trong hội chứng tâm thần tự động.

**5. Hoang tưởng kỳ quái**: Loại hoang tưởng này **rất đa giang**. Về tiến triển có thể là hoang tưởng kỳ quái **cấp hay** hoang tưởng kỳ quái kéo dài. Về nội dung có thể có **nội dung tự ti, tự phủ định hay có nội dung khuếch đại**.

a) **Hoang tưởng kỳ quái cấp:**

a.1) **Nội dung khuếch đại với tính chất hung cảm**: kèm theo cảm xúc hung phấn, khí sắc vui vẻ; xây dựng trên những hình tượng và ý tưởng rực rỡ, kỳ quái; nội dung đa dạng, lên cung tiên, sống trong một thế giới giàu sang vô kể, lãnh đạo quân đội toàn thế giới, đang đứng ra giàn xếp những mâu thuẫn quốc tế v.v...

Gặp trong những hội chứng paraphrenia cấp và có thể gặp trong liệt toàn thể tiến triển.

a.2) **Nội dung phủ định với tính chất trầm cảm**: kèm theo cảm xúc buồn rầu lo lắng; cũng xây dựng trên những hình tượng, biểu tượng kỳ quái, rộng lớn.

Thường gọi là hội chứng Cotard với các nội dung sau đây:

**Đau khổ vô biến**: tất cả người thân đều chết, nhà cửa tan nát, bệnh nhân đau khổ hàng thế kỷ. v.v...

**Phú định ngoại cảnh:** toàn thế giới bị ngập lụt, hàng loạt thành phố bị sụp đổ, tất cả đều tan hoang, v.v...

**Phú định bản thân:** Nội tạng bị hư hỏng, ở BN không có tim, óc, dạ dày nữa...

Thường gặp trong BN tâm thần phân liệt chu kỳ. Có thể gặp trong loạn thần trước tuổi già, loạn thần do tai biến mạch máu não ...

## B.5 HOANG TƯỞNG DI CHÚNG

Là những hoang tưởng còn sót lại sau những trạng thái loạn thần cấp (Trong khi các triệu chứng tâm thần khác đã mất) Thường gặp sau các trạng thái rối loạn ý thức: mê sảng, mơ mộng, lý lẩn v.v...

Hoang tưởng di chứng không phát triển thêm lên, nhưng cứ tồn tại cho đến khi nào bệnh nhân đột nhiên phê phán được trạng thái sai lệch trong tư duy mình thì lúc ấy hoang tưởng mới mất.

## C. Các hội chứng rối loạn tư duy

Chủ yếu thường gặp:

### 1. Hội chứng ảo giác - paramoli, gồm có:

Hoang tưởng các loại: Bị truy hại, bị chỉ phổi, ghen tuông, ...v.v

a) Ảo giác giả (có thể có ảo giác thật nữa)

b) Các hiện tượng tâm thần tự động (còn gọi là hội chứng kandiniki - clerambouli) -

**Ý tưởng tự động :** Ý nghĩ của mình đã bị bộc lộ, bị đánh cắp, do người khác làm sẵn đặt vào, v.v... -

**Cảm giác tự động:** Người khác gây cho bệnh nhân các loại cảm giác( Nóng, lạnh, đau, đói, khát, v.v...) -

**Vận động tự động:** Người khác dùng tay mình để mở cửa, dùng lưỡi của mình để nói v.v.. Thường gặp trong bệnh tâm thần phân liệt, Cũng có thể gặp trong các bệnh loạn thần khác: Động kinh, loạn thần triệu chứng, loạn thần phản ứng,...

Trong hội chứng, nếu yêu tố hoang tưởng nổi bật, còn yêu tố ảo giác giả và tâm thần tự động mờ đi thì gọi là hội chứng paranoil thuần túy

### 2. Hội chứng paranoia

Hội chứng tâm thần này ít gặp hơn hội chứng paramoil và bao gồm:

-Hoang tưởng có hệ thống ( hay định kiến có hệ thống) tập trung sâu sắc vào một vấn đề và kéo dài rất lâu. Có thể là hoang tưởng phải mình hoặc hoang tưởng ghen tuông hoặc liên hệ, bị truy hại, kiện cáo, v.v...

-kèm theo rối loạn cảm xúc phù hợp với hoang tưởng.

-Không kèm theo tan dã nhân cách, không có ảo giác và hiện tượng tâm thần tự động.

Có thể gặp trong các bệnh: tâm thần phân liệt, loạn thần thoái triển, động kinh, nhân cách bệnh và loạn thần phản ứng.

### 3. Hội chứng paraphrenia

Trên cơ sở hội chứng paramoi, xuất hiện và nổi bật lên hàng đầu hoang tưởng tự cao kỳ quái: bệnh nhân cho mình là lãnh tụ thế giới, có hàng trăm vợ đẹp, phát minh nhưng qui luật

mới trong các ngành khoa học, chinh phục được cả vũ trụ, sống hàng thế kỷ, v.v... Thường có hội chứng hưng cảm kèm theo. Thường gặp trong tâm thần phân liệt, loạn thần tuổi già và liệt toàn thể tiến triển

#### 4. hội chứng nghi bệnh:

đó là trạng thái quá lo lắng sợ hãi, quá chú ý vào sức khỏe của mình, lo lắng chú ý đến nỗi **bệnh nhân tự cho mình bị bệnh nặng**, bị bệnh truyền nhiễm, bị hư hỏng các cơ quan bộ phận trong cơ thể v.v... → ~~bệnh nhân phải đi khám để khoa au; ko đc ăn không đc cát gáy bắp~~.

hội chứng nghi bệnh có thể xuất hiện trên cơ sở một bệnh có thật được phóng đại quá mức, có thể xuất hiện như một hoang tưởng, không căn cứ vào thực tế, có thể xuất hiện như một mồi lo lắng kéo dài sau khi bệnh cơ thể đã khỏi hẳn.

Hội chứng nghi bệnh thường **không xuất hiện riêng** lẻ mà thường kết hợp với các **hội chứng khác** như: hội chứng ám ảnh, trầm cảm, paranoia, paranoit, paraphrenia, v.v...

hội chứng nghi bệnh mang **tính chất hoang tưởng** có thể gặp trong các bệnh tâm thần phân liệt, loạn thần thoái triển, loạn thần tuổi già, v.v...

## BÀI 8: RỐI LOẠN CẢM XÚC

### I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC VỀ CẢM XÚC

Cảm xúc là một quá trình hoạt động tâm thần, biểu hiện thái độ của con người đối với những kích thích từ bên ngoài cũng như từ bên trong cơ thể, đối với những biểu tượng và ý niệm thuộc phạm vi xã hội cũng như thuộc phạm vi thế giới vật lý. Nói tóm lại, **cảm xúc biểu hiện thái độ** con người đối với thực tế chung quanh và đối với bản thân.

Cảm xúc không thể tách ra khỏi các quá trình hoạt động tâm thần khác như: **tri giác tự duy**, vv... đều kèm theo biểu hiện của cảm xúc không có cảm xúc không thể hoàn chỉnh các **quá trình nhận thức thực tại được**. Trực tiếp hay gián tiếp mọi cảm xúc đều được bắt nguồn từ thực tại, từ cảm giác mà ra: trời mát thấy dễ chịu, vui vẻ, trời nắng dễ bức bối, gắt gông.

Cơ sở giải phẫu của cảm xúc phần lớn ở vùng dưới vỏ, chủ yếu vùng gian não (cảm xúc sơ đẳng, bản năng). Phần nhỏ hơn ở vỏ não, vỏ não chỉ phối chủ yếu các tinh cảm cao cấp. Cơ chế sinh lý của cảm xúc là cơ chế thần kinh, còn các biến đổi thể dịch nội tiết trong quá trình cảm xúc. Schir là những khâu trung gian. Mọi cảm xúc đều kèm theo những phản ứng vận động tương ứng, những biến đổi phức tạp trong hoạt động các tuyến nội tiết (tuyến yên, tuyến thượng thận, vv...) những biểu hiện thực vật đa dạng

## ***II. CÁC CÁCH PHÂN LOẠI CẢM XÚC***

**1. Cách thứ nhất:** chia ra cảm xúc cao và cảm xúc thấp.

a) *Cảm xúc cao*: còn gọi là tình cảm, xuất hiện trong quá trình lao động , trong các mối liên quan với xã hội, phụ thuộc vào việc thỏa mãn các nhu cầu có tính chất xã hội, thâm mĩ, luân lý ... Phát triển trên cơ sở ý thức, cảm xúc cao có tác dụng chi phối, kìm hãm các cảm xúc thấp các xung động bản năng. Lòng yêu nước,cảm thù giặc yêu cái tốt, ghét cái xấu,tin cái đẹp vv.. là những cảm xúc cao.

b) *Cảm xúc thấp*: còn gọi là cảm xúc sơ đẳng, xuất hiện từ những nhu cầu của cơ thể,dựa trên hoạt động của các bản năng và là biểu hiện của các bản năng như thích chất ngọt ghét chất đắng,khó chịu khi đói ,khát, sợ hãi khi gặp nguy hiểm ...

**2. Cách thứ hai:** Chia theo cảm xúc dương tính và âm tính

a) *Cảm xúc dương tính*: biểu hiện sự thỏa mãn trong tâm thần , làm tăng nghị lực, thúc đẩy hoạt động như: cảm xúc vui sướng, thân ái thiện cảm, tinh yêu nước vv ...

b) *Cảm xúc âm tính*: biểu hiện sự không thỏa mãn, làm mất hứng thú, giảm nghị lực như cảm xúc buồn rầu, thù hận ,khinh bỉ xấu hổ, tức giận .vv..

**3. Cách thứ ba:** Chia theo cường độ.

a) *Khí sắc*: hay là trung lực của cảm xúc .Đó là trạng thái cảm xúc không mạnh lắm ,biểu hiện trong **một khoảng thời gian tương đối dài** (từ nuar giờ đến một giờ ,vài ngày vài tuần) .Sắc thái cảm xúc hoặc trầm hoặc tăng ,hoặc dương tính hoặc âm tính nhưng trong suốt thời gian ấy vẫn giữ nguyên ,không có thay đổi quan trọng cơ bản .

b) *Ham thích*: là cảm xúc mạnh, sâu sắc, bền vững trong một thời gian dài, ham thích có thể biểu hiện nhu cầu cao hay thấp của con người .Ham thích thúc đẩy hoạt động có ý chí, như ham thích âm nhạc, thơ văn,câu cá đánh cờ,một món ăn nào đó,vv ...

c) *Xung cảm*: cảm xúc mãnh liệt, quá mức, xuất hiện trong một thời gian ngắn,dưới tác dụng những kích thích mạnh,xung cảm giận dữ ,ghen tuông ,sầu uất ,xung cảm gọi là sinh lý khi nào có kèm theo phản ứng vận động dữ dội nhưng còn sự kiểm tra của lý trí .xung cảm trở nên bệnh lý khi nào xuất hiện đột ngột,sau một kích thích tương đối không mạnh,kèm theo rối loạn ý thức ngắn ,hành vi có tính chất vô lý ,khó hiểu ,mất sự kiểm tra của lý trí .Phản ứng vận động thường mang tính chất xâm phạm và chống đối xã hội.Tiếp theo sau là giắc ngủ sâu và khi thức dậy thì quên tất cả.

## ***III. CÁC RỐI LOẠN CẢM XÚC***

### **A \_ CÁC TRIỆU CHỨNG RIÊNG LẺ**

#### **A.1. CÁC TRIỆU CHỨNG THUỘC VỀ GIẢM VÀ MẤT CẢM XÚC**

Ngoistingu hưng phấn cảm xúc cao,vì vậy cường độ kích thích phải thật mạnh mới gây phản ứng cảm xúc nhẹ hay vẫn không gây phản ứng cảm xúc.

1/Giảm khí sắc(hypothymie): khí sắc buồn rầu ủ rủ, Thành phần chủ yếu trong hội chứng trầm cảm.

2/Cảm xúc bàng quan(apathic): bệnh nhân mất phản ứng cảm xúc,kèm theo mất hưng phấn ý chí ,bệnh nhân không biểu lộ cảm xúc ra vẻ mặt,không hoạt động không sáng kiến. Trong một số trường hợp dùng thuốc dễ kích thích hay dung những kích thích có liên quan đến nguồn gốc của cảm xúc bàng quan ,có thể gây một số phản ứng cảm xúc mặc dù phản ứng không hoàn toàn thích hợp.

3/cảm xúc tàn lụi : mức độ rối loạn nặng hơn,không những không có phản ứng cảm xúc đối với mọi kích thích mà còn mất khả năng biểu hiện cảm xúc nói chung , bệnh nhân hoàn toàn thụ động,lờ đờ không thiết làm việc gì cả ,thường nằm lì trên giường hay ngồi lánh ra một chỗ

4/mất cảm giác tâm thần (anesthesia psychique)

Mất mọi phản ứng cảm xúc nhưng nếu kiên trì kích thích thì vẫn có thể tiếp xúc được.

Mất cảm giác tâm thần một cách đau khổ(anesthesia psychique douloureuse)hoàn toàn mất mọi phản ứng cảm xúc đối với mọi kích thích nhưng có cảm xúc rất đau khổ về hiện tượng mất cảm xúc của mình.Đôi khi đau khổ này đưa đến chỗ tự sát. Có thể gặp trong tâm thần phân liệt chu kỳ.loạn thần hưng trầm cảm và trầm cảm thoái triển .

## A.2 CÁC TRIỆU CHỨNG THUỘC VỀ TĂNG CẢM XÚC

Ngoistingu hưng phấn cảm xúc thấp ,vì vậy cường độ kích thích nhẹ vẫn có thể gây cảm xúc mạnh

5/cảm xúc không ổn định(emotion labile):dễ chuyển từ cảm xúc này sang cảm xúc khác ,thường trái ngược nhau ,khóc đầy rồi cười đầy ,vừa lạc quan chốc lại bi quan.

Thường gặp trong những trạng thái suy nhược thuộc nhiều bệnh khác nhau .

Một hình thức rối loạn tương tự nữa gọi là cảm xúc không kiềm chế được:bệnh nhân dễ nản lòng ,dễ chảy nước mắt ,vv...Thường gặp trong các bệnh thực thể ở não ,trong các tai biến mạch máu não .

6/Khoái cảm(euphorie): bệnh nhân vui vẻ một cách vô nghĩa, khí sắc tăng không thích ứng với hoàn cảnh.Không có hay không rõ rệt các hiện tượng liên tưởng nhanh ,hoạt động nhiều ,thường gặp trong các bệnh có tổn thương thực thể ở não .

7/cảm xúc say đắm hay ngắn ngủi:

Trạng thái tăng cảm xúc cao độ xuất hiện đột ngột và có tính chất nhất thời .Bệnh nhân ở tư thế say đắm ,không nói ,không cử động ,mồm há hốc ,mắt nhìn xa xăm.

## A 3 CÁC RỐI LOẠN CẢM XÚC DỊ THƯỞNG

8/*Cảm xúc hai chiều*: đối với một đối tượng đồng thời xuất hiện hai cảm xúc hoàn toàn trái ngược nhau như vừa yêu lại vừa ghét, vừa thích vừa không thích ... thường gặp trong bệnh tâm thần phân liệt

9/*Cảm xúc trái ngược,không thích hợp*: là cảm xúc không thích hợp với sự kiện đã gây ra hay hoàn toàn trái ngược, như được thư vui lại khóc, nghe tin buồn lại cười... ... thường gặp trong bệnh tâm thần phân liệt

## B\_ CÁC HỘI CHỨNG CẢM XÚC

### 1. Hội chứng trầm cảm(syndrome despressif)

Một hội chứng trầm cảm điển hình gồm có ba thành phần chủ yếu sau này ,biểu hiện quá trình ức chế toàn bộ tâm thần :

a) *Cảm xúc ức chế*: khí sắc hạ thấp , buồn rầu, ú rũ, mất thích thú cũ ,nhìn xung quanh thấy ám đạm,bí quan về tiền đồ .

b)*Tư duy ức chế*: suy nghĩ chậm chạp, quá trình liên tưởng khó khăn, ý tưởng nghèo nàn,tự cho mình là hèn kém ,mất tin tưởng vào bản thân .Trường hợp nặng có hoang tưởng bị tội hay tự buộc tội và đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.

c)*Hoạt động bị ức chế*:bệnh nhân ít hoạt động,ít nói ăn uống kém ,thường nằm hay ngồi lâu trong một tư thế ,mặt mày đau khổ ,trầm ngâm suy nghĩ .Trường hợp nặng có thể có hiện tượng bất động

\_có thể có những trường hợp trầm cảm không điển hình trong đó đáng lẽ bất động,bệnh nhân lại kích động :lăn lộn,khắc lóc kẽ lẽ , than phiền với mọi người

Hội chứng trầm cảm là một hội chứng cấp cứu vì do hoang tưởng bị tội chi phối trong một cơn xung động ,bệnh nhân có thể tự sát ,hay giết người than rồi tự sát

Hội chứng trầm cảm có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau:loạn thần hưng trầm cảm tâm thần phân liệt , loạn thần phân ứng .loạn thần triệu chứng vv...

### 2. Hội chứng hưng cảm:(syndrome maniaque)

Là một hội chứng hoàn toàn đối lập với hội chứng trầm cảm, một hội chứng hưng cảm điển hình gồm ba thành phần chủ yếu sau này ,biểu hiện quá trình hưng phấn toàn bộ tâm thần :

a)*Cảm xúc hưng phấn*: khí sắc vui vẻ,bệnh nhân cảm thấy khoan khoái dễ chịu,dày sinh lực .Nhìn xung quanh thấy vui tươi,sáng sủa thú vị,lạc quan về tiền đỡ

b)*Tư duy hưng phấn* : quá trình liên tưởng rất nhanh chóng ,tư duy phi tán ,chú ý thay đổi luon ,nhiều chương trình nhiều sáng kiến ,tự đánh giá quá cao,có khi có hoang tưởng tự cao rõ rệt

c)*Hoạt động hưng phấn*: lúc nào cũng hoạt động can thiệp vào mọi việc không biết mỏi

mệt binh. Thường là không kích động, chỉ kích động khi nào kiệt sức hay có bệnh nhiễm khuẩn và bệnh cơ thể kèm theo

Có nhiều trường hợp hung cảm không điển hình như: hung cảm vui đơn thuần (không liên tưởng nhanh, không hoạt động nhiều) hung cảm kèm theo hoang tưởng, hung cảm giật dữ v.v...

Hội chứng hung cảm gặp nhiều trong bệnh tâm thần khác nhau

Hội chứng điển hình gặp trong bệnh loạn thần hung trầm cảm. Hội chứng không điển hình gặp trong bệnh tâm thần phân liệt, còn gặp trong loạn thần triệu chứng, liệt toàn thể tiến triển v.v...

### 3. **Hội chứng loạn cảm (syndrome dysphoria)**

Hội chứng gồm có :

a) Khí sắc u sầu, hàn học, bất mãn với xung quanh

b) Tăng cảm giác, dễ bị kích thích :

c) khuynh hướng bạo động, dễ nổ ra những cơn giận giữ, tấn công người khác

thường gặp nhất trong bệnh động kinh. Còn gặp trong các bệnh thực thể ở não và trong nhân cách bệnh (thể xung động)

## BÀI 9: RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

I / KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC VỀ HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

# VÀ HOẠT ĐỘNG BẢN NĂNG

## A\_ ĐỊNH NGHĨA

Hoạt động có ý chí là một quá trình hoạt động tâm thần có mục đích, phương hướng rõ ràng. Hoạt động có ý chí là một loại hoạt động chỉ xuất hiện ở người không có ở súc vật **vì ngoài các nhu cầu sinh vật ra con người còn có những nhu cầu cao cấp về luân lý, xã hội luân lý, xã hội thẩm mỹ v.v.** các nhu cầu này có khả năng chế ngự các nhu cầu bản năng. Con người không những chỉ thích nghi với các điều kiện của thực tại mà còn phải biến đổi thực tại cho phù hợp với xã hội loài người, phải suy nghĩ và quyết định hành vi của mình

## B\_ CÁC KHẨU CỦA HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

Hoạt động bản năng chỉ nhằm thỏa mãn các nhu cầu sinh vật và thích nghi với các điều kiện môi trường. Hoạt động bản năng chỉ có hai khâu :xung động bản năng và hành động (đối \_đi tìm cái ăn). **Hoạt động có ý chí** :khác :

Hoạt động có ý chí gồm nhiều khâu phức tạp kế tiếp như sau:

1. **xung động** :xảy ra xu hướng đạt đến một mục đích nhất định
2. **nguyện vọng** :ý muốn thực hiện xung động đã phát sinh
3. **nhận thức một số khả năng** có thể đạt được mục đích
4. **xuất hiện động cơ** :hoặc cùng cỗ hoặc loại trừ các khả năng trên.
5. Đầu tranh giữa các động cơ
6. **Quyết định**: Nhận một trong những khả năng thực hiện mục đích, lường trước **các hậu quả**
7. **Thực hiện quyết định**: Hành động có ý chí

Để thực hiện hành động có ý chí, cần có sự tham gia của **ý thức, tư duy, trí tuệ, các đặc điểm của nhân cách** (tính cương quyết, tính độc lập, tính tự chủ, tính phê bình) Những hành vi phức tạp rất cần đến sự tham gia của quá trình **chú ý** nữa.

## C – PHÂN LOẠI HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

Thường chi ra: hành động phức tạp, hành động giản đơn và hành động tư động.

8. **Hành động có ý chí phức tạp**: Cần có sự tham gia phần lớn hoạt động của **tư duy và sự chú ý** (Thiết kế một máy mới)

- 9. Hành động có ý chí giản đơn:** hình thành do lặp lại nhiều lần hành động phức tạp cho nên không cần suy nghĩ lâu, chú ý thường xuyên, mới thực hiện được (thao tác nghề nghiệp)
- 10. Hành động tự động:** Hình thành từ hành vi có ý chí giản đơn được lặp đi lặp lại thường xuyên và trở nên quen thuộc đến nỗi thực hiện một cách tự động, không cần đến hoạt động của tư duy, hay chú ý gì cả (thí dụ: viết, đi xe đạp, ăn cơm, v.v.v)

Xung động để phát sinh ra hoạt động có ý chí xuất phát từ những kích thích ở môi trường bên ngoài cũng như bên trong cơ thể. Vì vậy hoạt động có ý chí do các điều kiện cụ thể của môi trường sống quyết định chứ không do cái gọi là “ý chí tự do” tách ra khỏi mọi ảnh hưởng của môi trường như một thuyết duy tâm đề xướng.

## D – HOẠT ĐỘNG BẢN NĂNG

Là một **hoạt động không có ý thức**, xuất hiện như những phản xạ không điều kiện bẩm sinh. Các quá trình thần kinh chi phối bản năng chủ yếu xuất hiện **ở các trung khu dưới vỏ và hệ thần kinh thực vật**.

Hoạt động bản năng, có tác dụng duy trì đời sống sinh vật, **đôi khi rất mạnh, có thể chi phối cả tác phong, hành vi con người, nhất là ở trẻ con**. Nhưng ở con người, khác với súc vật, hoạt động bản năng luôn luôn chịu sự kiềm chế của hoạt động có ý chí – nhất là ở người lớn. Chỉ khi nào con người bị bệnh, hoạt động ý chí bị giảm sút, vỏ não bị suy yếu, vùng dưới vỏ thoát ly kiềm chế, thì hoạt động bản năng mới nổi lên một cách hoan loạn được.

Hoạt động có ý chí là kết quả của các quá trình hoạt động kết hợp giữa **vỏ vỏ não, vùng dưới vỏ, hệ thần kinh ngoại vi và hệ thống cơ khớp**, dưới sự chỉ đạo thường xuyên của vỏ não.

## II – RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

### A – RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG

*< Cân phẩn biến với đổi loạn do thần kinh >*

- Giảm vận động, giảm động tác** (hypokinesie): Gặp trong các trạng thái lú lẫn, ngơ ngác, v.v.v
- Mất vận động, mất động tác** (akiliesie): Gặp trong các trạng thái .... Động, cảm hysteria, tâm thần phân liệt, v.vv
- Vận động dị thường, động tác dị thường** (parakinesie): những động tác không cần thiết, không ý nghĩa, thường có tính chất định hình, bề ngoài giống như động tác có ý chí như siết chặt, nắm tay, ngửa mặt nhìn trùng trùng, v.v.v Thường gặp trong tâm thần phân liệt.
- Tăng vận động, tăng động tác** (hyperkinesie): Những động tác thừa, không ý chí.,

những động tác tự động: rung, co giật, các loại tic (nháy mắt, máy môi, v.v..)

Gặp trong bệnh tâm căn hyateria, trạng thái hưng cảm, tâm thần phân liệt.

## B – Rối loạn hoạt động có ý chí

### 1. Giảm hoạt động (hypoboulie):

Gặp trong các trạng thái suy nhược và trạng thái trầm cảm.

### 2. Tăng hoạt động (hyperboulie)

Gặp trong các trạng thái hưng cảm, nghiện chất độc (bằng mọi cách tìm cho được chất gây nghiện).

### 3. Mất hoạt động (aboulie):

Thường kết hợp với mất cảm xúc trong hội chứng mất cảm xúc – Mất hoạt động (apathic-aboulie). Gặp trong tâm thần phân liệt, loạn thần phân seedu, v.v.

## III – RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG KHÔNG Ý CHÍ (bản năng)

Thường chia ra: những hành vi song song, những xung động bản năng.

## A – NHỮNG HÀNH VI SUNG ĐỘNG

*Định nghĩa: Hành vi xung động (xung động hành vi)*

Là những hành vi xuất hiện đột ngột, không duyên có, không có sự đấu tranh bên trong để kiềm chế lại, những hành vi không được cân nhắc, suy tính trước.

Thường gặp nhất là các loại xung động sau này:

- {phản ứng  
như thế  
nào ??}*
1. **Xung động phân liệt:** thường gặp nhất ở thể kích động căng trương lực: đột nhiên nhảy xuống giường, đánh người xung quanh, la té, đập phá, xé quần áo, đột nhiên nuốt ực một lít dầu, v.v.v.v
  2. **sung động đột kinh:** đột nhiên, trong trạng thái rối loạn ý thức / chạy thẳng ra phía trước, gắp giã phả nầy, giết người, v. v ....
  3. **sung động trầm cảm:** đột nhiên tự sát hay giết người thân rồi tự sát

## B \_NHỮNG SUNG ĐỘNG BẢN NĂNG

Sung động bản năng xuất hiện theo quá trình sau đây: đầu tiên, bản năng nổi lên mãnh liệt,

bệnh nhân tìm cách ché ngự có sự đấu tranh bản thân để chống lại sự thúc dục của bản năng. **Nhưng dần dần bản năng chiếm ưu thế** trong ý thức bệnh nhân. Bệnh nhân nhường bộ và thực hiện yêu cầu của bản năng. Về sau bệnh nhân tìm mọi biện pháp để thực hiện đòi hỏi cấp thiết của bản năng.

### Sung động bản năng thường xuất hiện có tính chất chu kỳ

Các xung động bản năng có thể gặp là:

#### 1. các rối loạn bản năng ăn uống

**Không ăn**: thường gặp trong các hội chứng trầm cảm, tâm thần phân liệt, v.v...

**Chán ăn** (anorexie) thường gặp ở nữ giới, tuổi dậy thì, mang tính chất tâm cǎn (chán ăn tâm thần)

**Thèm uống** (pôtmalie): có những cơn khát, thường xuyên, **uống mãi vẫn không đỡ khát**.

**Ăn vật bẩn**: ăn phân, ăn tóc, ăn chuột sống, v.v...

**Con thèm rượu** (dipsomanie) từng chu kỳ có con thèm rượu, uống nhiều không lường được. giữa các chu kỳ, không uống hay uống rất ít. Con thèm rượu thường kèm theo trạng thái loạn cảm.

**2. cơn đi lang thang** (dromomanie): từng **chu kỳ** xuất hiện **xu hướng không cưỡng** được phải bỏ nhà, bỏ công ăn việc làm, đi lang thang ở nơi xa. Cơn này cũng thường kèm theo trạng thái loạn cảm.

**3 cơn trộm cắp** ( kleptomanie): cũng xuất hiện từng chu kỳ, nhiều khi lấy cắp theo xung động, lấy rồi đem **cho người khác vật lấy**, hoặc vứt đi. *thích trộm cắp & phải trả thù, lấy vì iều mì, fo cuồng đùa*

**4. cơn đốt nhà** (pyromanie): cũng xuất hiện từng chu kỳ. **hiếm thấy**.

**5. cơn giết người**: đột nhiên xuất hiện theo **sung động**, không duyên cớ gì cả. có thể lặp lại nhiều lần.

**6. loạn dục** (perversion sexuelle): có rất nhiều hình thức: thủ dâm (masturbation), loạn dục đồng giới (homosexualite), khô dục chủ động (sadisme), khô dục bị động (masochisme), loạn dục với trẻ con ( pedophile), loạn dục với súc vật (zoophilie), v.v...

Có thể xuất hiện theo chu kỳ hay thường xuyên.

Có những trường hợp loạn dục phát sinh **do bệnh tâm thần**. có những trường hợp phát sinh một phần **do rối loạn bản năng tình dục, thiếu sự kiềm chế của ý chí**, một phần **do thiếu giáo dục thích hợp và chịu ảnh hưởng xấu của môi trường**, nhất là môi trường xã hội tư bản các rối loạn bản năng kể trên có thể gặp trong các bệnh tâm thần phân liệt toàn thể tiến triển, loạn thần tuổi già trạng thái nhân cách bệnh, các bệnh thực thể ở não, động kinh, v.v...

## IV – CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG CÓ Y CHÍ

## A. CÁC HỘI CHỨNG HƯNG PHÁN TÂM LÝ \_VÂN ĐỘNG(kích động).

### 1. Hội chứng kích động căng trương lực:

(hưng phấn) - (vũ phâ')

Hội chứng căng trương lực gồm có hai trạng thái: kích động và bất động

Hai trạng thái này thường xuất hiện kế tiếp nhau, thay đổi cho nhau.

- Hội chứng kích động căng trương lực có những đặc điểm sau đây:

a. Xuất hiện đột ngột, từng đợt xen kẽ với trạng thái bất động.

b. Chủ yếu là những động tác dị thường, vô ý nghĩa, không mục đích, thường có tính chất định hình, đơn điệu:

- rung đùi, lắc người nhịp nhàng, v.v...

- động tác định hình, trọn mắt trùng trùng, đập tay vào tai, vỗ tay, v.v...

- nhại lại: nhại lại cù chỉ, nhại lại nét mặt ...

- Trạng thái kích động mang nhiều hình thái khác nhau, thường có nhưng trạng thái sau đây kế tiếp nhau: lúc đầu kích động tính chất **bàng hoàng**, kích tính rồi **chuyển sang** kích động **si** **dại**, ló bịch rồi **đến** kích động kiểu **sung động**, cuối cùng là **kích động im lặng**.

### 2. Hội chứng kích động thanh xuân

Kích động xuất hiện ở **những bệnh nhân phân liệt trẻ tuổi** và mang tính chất **dữ dội, mãnh liệt** (thanh xuân).

Thường là **những động tác si dại, ló bịch, vô nghĩa, thiếu tự nhiên**: cười hô hố, đứa cợt thô bạo, nhăn nhó mặt mày, luôn luôn nhảy nhót, gào thét, đập phá, nằm ngồi theo những tư thế dị kỳ, v.v... tác phong bừa bãi thiếu vệ sinh: ăn bốc, tiêu tiện ra giữa nhà, v.v...

### 3. Hội chứng kích động hung cảm (xem rối loạn cảm xúc).

#### 4. Hội chứng kích động – động kinh:

Sau cơn quên, không bắt!

Xuất hiện **đột ngột**, trong trạng thái **rối loạn ý thức** và **loạn cảm**, kết thúc **nhanh** (từ vài giờ đến vài ngày).

Vận động bất an, có những hành vi có xu hướng phá hoại **nguy hiểm** cho xã hội mang tính chất **vừa tự vệ vừa tấn công** (thường do áo giác ghê rợn, hoang tưởng bị truy hại chỉ phôi).

#### 5. Hội chứng kích động kiểu hysteria:

Xuất hiện **sau sang chấn tâm thần**, sau **cảm xúc mạnh**.

Tư thế say mê, hoặc uốn người, tay chân đập loạn xạ. Xé quần áo đập vỡ đĩa bát, la hét, khóc lóc, v.v... nét mặt nhăn nhó, đau khổ, thể hiện nội dung sang chấn.

Có thể chấm dứt bằng thái độ **cương quyết** và **khéo léo** của thầy thuốc.

Có thể có trường hợp kèm theo rối loạn ý thức nhất thời, tuy nhiên hành vi tác phong vẫn phù hợp với nội dung sang chấn.

## 6. Hội chứng kích động nhân cách:

Kích động do nguyên nhân không đáng kể bên ngoài và kích động có phương hướng nhất định.

Bệnh nhân đột nhiên trở lên căng thẳng, dữ tợn, đập phá tất cả những gì vớ phải, văng tục, đấm đá tất cả những ai đến can thiệp.

- Chỉ có dùng vũ lực mới làm mất kích động được.
- Trong cơn kích động không có rối loạn ý thức, sau cơn không quay về

## B. CÁC HỘI CHỨNG ÚC CHÉ TÂM LÝ VẬN ĐỘNG (bất động)

1. Hội chứng bất động căng trương lực: bắt đầu bằng trạng thái bần bất động: ngày càng ít nói, luôn ngồi ở một tư thế, chán ăn. Rồi dần hiện tượng giữ nguyên đang: đặt tay chân, đầu ở tư thế nào thì giữ nguyên tư thế ấy trong một thời gian tương đối dài.

- Có thể xuất hiện triệu chứng pavloc: hỏi to không trả lời, hỏi thầm hay hỏi bằng giấy thì trả lời chut ít. Dưa thức ăn không cầm, lấy đi thì giật lại, v.v....
- Rồi đến trạng thái phủ định: khong nói, khong ăn. Phủ định thu động (không làm theo lệnh thầy thuốc) hay phủ định chủ động (làm ngược lại lệnh thầy thuốc).
- Rồi đến bất động hoàn toàn: báo hiệu bằng triệu chứng gói không khí (nâng đầu bệnh nhân lên khỏi giường, bệnh nhân giữ tư thế ấy như gói không khí). Tất cả các cơ đều căng thẳng, nằm im như khúc gỗ.

Trong trạng thái bất động có thể có động tác định hình: nhại lời, nhại cử chỉ, nhại nét mặt như trong kích động căng trương lực.

Có thể không rối loạn ý thức hay rối loạn kiểu mê mộng.

Trạng thái bất động có thể kéo dài từ vài tuần đến nhiều năm.

### 2. hội chứng bất động trầm cảm:

Hội chứng được hình từ từ.

Suốt ngày ngồi im trong một tư thế, mặt đau khổ, nước mắt lưng tròng không ăn, không tiếp xúc, không có hoạt động dì thường, không có rối loạn ý thức.

### 3. hội chứng bất động ảo giác:

Trạng thái úc ché vận động tạm thời, xuất hiện do tác động của ảo giác, ảo tưởng hay ảo ảnh kỳ lạ, tư thế của bệnh nhân (đứng sững năm yên, v.v...) tương ứng với hình thức và tính chất của ảo tưởng, ảo giác cũng như nội dung phản ứng cảm xúc (sợ hãi, lâng lùng, say mê, đau khổ, v.v...)

Trạng thái này có khuynh hướng tái phát và thường không kèm theo rối loạn ý thức

**4. Hội chứng bất động động kinh:** *Thôi gian kéo dài to quá lâu!!!*  
Ít gấp hơn là kích động. *Vắng ý thức.*

Xuất hiện đột ngột trong trạng thái **rối loạn ý thức**.

Tư thế say mê, ngơ ngẩn, mắt lờ đờ, nét mặt nghèo nàn hoặc biểu hiện nội dung tri giác, bệnh nhân không phản ứng với kích thích ngoại cảnh.

Trạng thái kéo dài từ vài giờ đến vài ngày.

**5. Hội chứng bất động sau cảm xúc mạnh:** Sau cảm xúc quá mạnh, bất ngờ, bệnh nhân **hoàn toàn bất động, giữ nguyên tư thế sẵn có khi sang chấn xảy ra**.

Bệnh nhân không nói được và **xuất hiện nhiều rối loạn thực vật trầm trọng** (ra mồ hôi, mạch nhanh, mặt tái, đi ia lóng, v.v...)

**Không kèm theo rối loạn ý thức.** Trạng thái này kéo dài **từ vài giờ đến vài ngày và đột nhiên mất đi.**

b) **Hội chứng bất động hysteria (giả căng trương lực):**

Trạng thái bất động xuất hiện ở **bệnh nhân tâm căn hay nhân cách bệnh hysteria** trong thời **gian tác động của sang chấn tâm thần** (nhiều khi sang chấn không mạnh lắm).

**Bệnh nhân từ từ ngã xuống và hoàn toàn bất động** (với tính chất trẻ con, sa suát giã, trong tư thế kì dị, trước mặt nhân viên y tế)

Nét mặt **mát linh hoạt thể hiện cảm xúc lo sợ, buồn rầu, nước mắt lung tròng**.

Thường kèm theo không nói, nói thầm, v.v.v

**Không rối loạn ý thức, không có hoạt động dị thường, không ia đáy vãi.**

## BÀI 10: RỐI LOẠN SỰ CHÚ Ý

### I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC VỀ SỰ CHÚ Ý

- **Định nghĩa:** Chú ý là năng lực tập trung các quá trình vào một hay một số đối tượng hoặc hiện tượng nhất định để đổi tượng hoặc hiện tượng ấy được phản ánh rõ nét nhất và toàn vẹn nhất trong ý thức.
- **Cơ sở sinh lý của sự chú ý:** là sự xuất hiện quá trình **hung phấn** ở những hệ thống cấu trúc cơ động của bộ não tương ứng với kích thước bên ngoài (hay bên trong cơ thể) và đồng thời xuất hiện quá trình **ức chế** (theo luật cảm ứng âm) những vùng không cần thiết cho sự chú ý.
- Bản thân chú ý không phải là một quá trình tâm lý. Chú ý chỉ là một trạng thái tâm lý, luôn luôn đi kèm theo các quá trình tâm lý khác (chú ý nghe, chú ý nhìn, chú ý suy nghĩ, v.v...) Chú ý là một thành phần rất quan trọng trong hoạt động có ý chí.  
Thường chia làm 2 loại chú ý:
  - + **Chú ý bị động** (chú ý tự nhiên, không theo ý muốn). Thí dụ: đang học quay đầu về phía người nói ở đằng sau.
  - + **Chú ý chủ động** (chú ý có mục đích, đòi hỏi sự cố gắng). Thí dụ: đêm hóng cầu (với kính hiển vi)
  - + **Chú ý sau khi chủ động** (có mục đích, có cố gắng lúc đầu, nhưng về sau không cần cố gắng nữa). Thí dụ: đọc sách hay, càng về sau càng ít cố gắng mà vẫn tập trung được.
- Các thuộc tính của chú ý là **sự tập trung**, **tính ổn định** (chú ý kéo dài trong một thời gian khá lâu), **sức phân phối** (cùng một lúc chú ý đến nhiều đối tượng), **năng lực di chuyển** (từ việc này chuyển sang việc khác). Chất lượng sự chú ý phụ thuộc vào sự thông hiểu ý nghĩa, mục đích làm việc, vào **sự chú ý của vần đề**, vào **ý chí mạnh hay yếu**, vào **sự rèn luyện của cá nhân**, vào **hoàn cảnh làm việc có thuận lợi hay không**, vào **trạng thái tâm thần và cơ thể**...

## II. Các rối loạn trong hoạt động chú ý

### 1. Chú ý quá chuyên động: (*lập chúng vào OI và ý đồ*)

- Chú ý chủ động bị suy yếu và chú ý bị động chiếm ưu thế. Vì vậy, bệnh nhân không thể chủ động tập trung chú ý vào một đối tượng cần thiết được (chưa xong cái này đã chuyển sang cái khác). Gặp trong trạng thái **hưng cảm diễn hình**.
- **Hiện tượng biến hình quá mức:** bệnh nhân thấy hình thù và vị trí của các đối tượng xung quanh biến đổi không ngừng. Gặp trong các trạng thái **loạn thần** cấp có kèm theo **rối loạn ý thức**.

### 2. Chú ý trì trệ: (*chuyển chủ đề*)

- Khả năng di chuyển chú ý rất kém, **chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác khó khăn**. Tất cả chú ý tập trung vào một chủ đề, một đối tượng trong một thời gian tương đối dài.
- Thường gặp trong bệnh nhân **động kinh**, các trạng thái **trầm cảm**, bệnh **tâm thần phân**

liệt.

### 3. Chú ý suy yếu: (Suy chung kéo dài)

- Không thể tập trung chú ý một thời gian tương đối dài được. Nghiệm pháp 100-7 chỉ làm đúng được mấy phép đầu, sau đó làm sai.
- Gặp trong các bệnh thực thể ở não và tâm căn suy nhược.

## BÀI 11: RỐI LOẠN Ý THỨC

### I. Khái niệm chung về ý thức

#### 1. Theo nghĩa rộng

Ý thức là một hoạt động tổng hợp các quá trình tâm thần khác nhau, có đặc tính phản ánh ở mức cao nhất, toàn diện và chính xác nhất hiện thực khách quan.

Như vậy, ý thức là đặc điểm của vật chất có tổ chức cao nhất tức là bộ não của con người. Ở súc vật các cấp, hoạt động tâm thần chỉ phát triển đến mức tư duy cụ thể, đơn giản (vượn người). Chỉ ở con người mới có tư duy trừu tượng, và cao hơn là ý thức.

Ý thức không phải bẩm sinh. Bẩm sinh chỉ có khả năng hình thành ý thức nhờ có cấu trúc tinh vi của bộ não. Khả năng này phát triển thành ý thức trong những điều kiện của đời sống xã hội. Điều kiện hết sức quan trọng cho ý thức xuất hiện là lao động và lời nói, với tính chất là phương tiện giao thiệp giữa người và người.

Như vậy, ý thức không phải chỉ là hoạt động tổng hợp toàn vẹn, phức tạp của bộ não, mà còn là sản phẩm của quá trình hoạt động xã hội của con người. Ý thức là toàn bộ sự hiểu biết của con người về thiên nhiên, xã hội và bản thân.

Hoạt động của ý thức là một hoạt động tổng hợp toàn vẹn, phức tạp, cho nên về cơ sở sinh lý học, ý thức cũng là một sự hoạt động tổng hợp toàn vẹn và phức tạp của hệ thần kinh từ cơ quan tiếp thu kích thích ngoại biên cho đến tận cùng của các phân tích quan ở vỏ não, từ hoạt động cung cấp năng lượng hoạt hóa của vùng dưới vỏ đến hoạt động phân tích tổng hợp tinh vi của vỏ não. Vỏ não được hưng phấn phần lớn do ảnh hưởng của làn sóng hưng phấn từ vùng dưới vỏ đến, nhất là từ cầu tạo lươi. Nhưng quá trình hoạt hóa chưa phải là ý thức, nó chỉ là điều kiện, là quá trình cung cấp năng lượng cho vỏ não làm nhiệm vụ phân tích tổng hợp các kích thích hiện tại trong môi liên hệ phức tạp với dấu vết các kích thích cũ. Chính từ quá trình phức tạp này, quá trình huy động một số lượng rất lớn các thành phần khác nhau của vỏ não mà phát sinh ra ý thức.

#### 2. Theo nghĩa trong lâm sàng.

Trong lâm sàng nhất là lâm sàng tâm thần học, ý thức được hiểu theo nghĩa hẹp hơn. Chủ yếu ở đây là nghiên cứu mức độ sáng suốt, tinh táo của tâm thần, nghiên cứu mức độ nhận thức của bệnh nhân về bản thân mình và mối liên hệ giữa bản thân mình với môi trường xung quanh. ~ các loại delusional.

Vì vậy, trong tâm thần học, khi nghiên cứu ý thức, thường chú trọng vào việc kiểm tra năng lực định hướng của bệnh nhân, bao gồm:

a) Định hướng không gian: Biết mình đang ở đâu, bệnh viện cách nhà bao nhiêu kilomet...

- b) **Định hướng thời gian**: Biết ngày, tháng hiện tại, biết tính thời gian nằm viện của mình...
- c) **Định hướng bản thân**: nắm được lý lịch về mình, biết trạng thái bệnh tật của mình...
- d) **Định hướng về những người xung quanh**: hiểu được nhiệm vụ của những người trong bệnh phòng: y tá, hộ lý, bệnh nhân...

Ngoài ra, còn nghiên cứu các thành phần tâm thần khác liên quan đến ý thức như trí giác (ảo giác), tư duy (tư duy rời rạc), phản ứng cảm xúc (say mê hay sợ hãi), trí nhớ (quên ít hay nhiều sau con)...

## II. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN Ý THỨC

Thường chia ra hai loại lớn:

1. Các hội chứng ý thức bị loại trừ:

2. Các hội chứng ý thức bị mù mờ:

Cách phân chia này chỉ có giá trị tương đối và có tính quy ước, vì trong thực tế lâm sàng thường gặp 2 khó khăn sau:

- 3. Có trường hợp triệu chứng thuộc nhiều hội chứng khác nhau lại tập hợp trong một trạng thái rối loạn ý thức (trạng thái mê sảng – lú lẫn, trạng thái hoảng hồn còn định hướng...)
- 4. Có những hội chứng tâm thần khó nhận định là ý thức có bị rối loạn hay không. Thí dụ: trong hội chứng ảo giác – paranoit, những điều cảm thị và hành vi của bệnh nhân không phù hợp với thực tế, thực tại bị phản ánh sai lệch trong ý thức bệnh nhân và các hiện tượng ấy bệnh nhân không phê phán được.

## III. CÁC HỘI CHỨNG Ý THỨC BỊ LOẠI TRỪ

1. **Phân chia các hội chứng**: căn cứ chủ yếu vào các tiêu chuẩn sau đây:

- a) Năng lực định hướng.
- b) Khả năng phản ứng trước kích thích của môi trường.
- c) Các phản xạ thần kinh thể hiện mức độ bị ức chế.
- d) Không có các triệu chứng tâm thần nặng (ảo giác, hoang tưởng, kích động...)

2. **Hội chứng ý thức u ám** (obnubilation): có thể là giai đoạn đầu để chuyển tiếp sang các hội chứng mù mờ ý thức, thường gặp nhất trong các bệnh tâm thần.

Năng lực định hướng bị rối loạn nhẹ, ý thức như bị phủ sương mù. Còn phân biệt ít nhiều về không gian và thời gian. Còn định hướng bản thân. Còn tiếp xúc được nhưng không duy trì tiếp xúc được lâu.

Phản ứng đối với kích thích chậm chạp.

Bệnh nhân như ngà ngà say, bàng hoàng ngơ ngác, không hiểu ngay được nội dung câu hỏi và ý nghĩa các sự việc xảy ra xung quanh.

### **3.hội chứng ngủ gà (somnolense)**

ý thức bị loại trừ nhiều hơn trong hội chứng ý thức u ám. **Năng lực định hướng bị tổn thương nặng hơn.**

Định hướng về không gian, thời gian và bản thân không rõ ràng, không đầy đủ khi mất, khi còn.

Bệnh nhân chỉ có phản ứng với những kích thích mạnh: lay gọi, hỏi to, hỏi nhiều lần, mới trả lời đôi chút rồi lại im lặng, mắt lim dim, thở nhẹ, cơ mềm. Ra khỏi trạng thái ngủ gà, quên hoàn toàn.

### **4.hội chứng bán hôn mê (subcoma):**

năng lực định hướng mất hoàn toàn, ý thức bị loại trừ về cơ bản.

Không phản ứng với các kích thích của môi trường: không nói, không trả lời, không thực hiện bất cứ yêu cầu gì của thầy thuốc.

Các phản xạ đồng tử với ánh sáng, phản xạ giác mạc, phản xạ gân xương giảm nhiều. Thực tế phản xạ bệnh lý rõ ràng. Châm kim thật đau mới có phản ứng nhất thời: giật tay, nhăn mặt...

ra khỏi trạng thái hôn mê, quên hoàn toàn.

### **5.hội chứng hôn mê (coma):**

ý thức bị loại trừ hoàn toàn:

mất toàn bộ các hình thức phản ứng. Các phản xạ đều mất.

Xuất hiện các phản xạ bệnh lý: Babinski, Oppenheim, v.v..

chỉ còn hoạt động các trung khu quan trọng đảm bảo đời sống thực vật: trung khu tuần hoàn, trung khu hô hấp.

Các hội chứng ý thức bị loại trừ có thể xuất hiện và tiến triển từng mức từ hội chứng hôn mê hoặc hôn mê tùy theo cường độ tác dụng của nhân tố có hại đối với hoạt động của não.

Các hội chứng trên thường gặp ở các bệnh có tổn thương thực thể ở não và những bệnh cơ thể có ảnh hưởng nhiều đến hoạt động của não.

Hội chứng ý thức u ám có thể là giai đoạn khởi đầu để chuyển tiếp sang các hội chứng mù mờ ý thức, thường gặp nhất trong các bệnh tâm thần.

## **IV. các hội chứng ý thức bị mù mờ**

### **1. bốn đặc điểm chung của các hội chứng này:**

a) tách rời khỏi thế giới bên ngoài: tri giác khó, hay mất tri giác sự vật xung quanh.

- b) mất các năng lực định hướng hay bị rối loạn nhiều.
- c) tự duy rời rạc: phán đoán suy yếu hay không phán đoán được.
- d) nhớ từng mảng hay quên các sự việc xảy ra trong con.

## 2. hội chứng mê sảng (syndrome desirant):

định hướng về môi trường xung quanh bị rối loạn nặng. Định hướng về không gian và thời gian cũng bị lệch lạc. Định hướng về bản thân còn duy trì.

Rất nhiều rối loạn trí giác: ảo tưởng, ảo ảnh kỳ lạ và ảo giác. Thường là những ảo giác sinh động, rực rỡ, mang tính chất rùng rợn, ghê sợ. → BN là khán giả củaảo giác

Có thể có hoang tưởng cảm thụ (hoang tưởng nhận nhầm) và tác phong của bệnh nhân phần lớn bị ảo tưởng, ảo giác chi phối nên thường mang tính kích động nguy hiểm (tự vệ hay tấn công). Tác phong phản ứng tương xứng với nội dung ảo giác.

**Cảm xúc không ổn định:** thường là căng thẳng, hoảng hốt, lo âu.

Hội chứng phát triển qua nhiều giai đoạn, tăng về chiều tối, thỉnh thoảng có xen vào những khoảng thời gian ngắn ý thức sáng sửa trở lại. Sau mê sảng, về cảnh mê sảng và cảnh thực, bệnh nhân nhớ rời rạc, từng mảng, không đều, (những lúc ý thức sáng sửa thì nhớ đầy đủ hơn).

Hội chứng mê sảng thường gặp trong trạng thái loạn thần cấp như trong những trường hợp **nhiễm độc và nhiễm khuẩn**.

## 3. hội chứng mê mộng: (syndrome onirique):

trạng thái rối loạn ý thức giống như vừa sống trong cảnh chiêm bao, vừa sống trong cảnh thực.

Định hướng về bản thân bị rối loạn nhiều so với mê sảng. Trong mê sảng, bệnh nhân chỉ là khán giả của các ảo giác, trong mê mộng, bệnh nhân vừa là khán giả vừa là diễn viên, nghĩa là cùng tham gia hoạt động với ảo giác. → BN là diễn viên ảo giác đó.

Nội dung ảo giác phàn lớn là những cảnh tượng kỳ quái, khuếch đại rất đa dạng: bệnh nhân như sống ở cảnh xa lạ, thần tiên, hoang đường, sống những cảnh trong các truyện cổ tích, thần thoại, v.v...nội dung có thể có tính chất trầm cảm mơ mộng: chứng kiến sự sụp đổ của các thành phố, v.v...

tác phong không ăn khớp với nội dung cảnh mộng: bệnh nhân sống say mê, hoạt động ảo giác nhưng bè ngoài thường ít cử động hay bất động. Có thể có kích động nhưng thường kích động đơn điệu, vô nghĩa (trạng thái giống căng trương lực). Nét mặt không lo âu, căng thẳng như trong mê sảng.

Trạng thái mê mộng thường kèm theo hoang tưởng cảm thụ.

Sau mê mộng, bệnh nhân nhớ rất chi tiết cảnh mộng, còn cảnh thực xen vào, thì nhớ rất ít hay không nhớ gì cả.

Hội chứng mê mộng thường gặp nhất trong **bệnh tâm thần phân liệt** tiến triển chu kì, **động kinh**, **bệnh thực thể nặng ở não**, v.v....

#### 4. **hội chứng lú lẫn** (syndrome confusionnel):

hội chứng rối loạn ý thức nặng nhất trong các hội chứng ý thức mù mờ.

Trong lú lẫn, rối loạn ý thức thể hiện chủ yếu trong hiện tượng **tư duy rời rạc** và **trạng thái bàng hoàng** ngơ ngác, chứng tỏ rối loạn trầm trọng về định hướng xung quanh và bản thân không tiếp xúc được.

Bệnh nhân chỉ tri giác những đối tượng lẻ tẻ bên ngoài, không thể tổng hợp lại được, và cũng không thể đồng hóa được những cảm giác bên trong.

Lời nói gồm những từ rời rạc, không liên quan với nhau, khó hiểu.

Bệnh nhân **kích động** trong phạm vi giường nằm, động tác cũng rời rạc, vô nghĩa. Về đêm, **kích động** giống mê sảng ( phản ứng trước áo thị).

Cảm xúc hết sức không ổn định: khi cười, khi khóc, khi bàng quan, khi trầm cảm. Thường thì bàng hoàng ngơ ngác, bất lực trước mọi vấn đề.

Áo giác và hoang tưởng cũng lẻ tẻ, rời rạc, thường xuất hiện về đêm. Lú lẫn nặng có thể chuyển sang trạng thái giống căng trương lực (kích động hay bất động). Trạng thái lú lẫn có thể kéo dài hàng tuần, có khi hàng tháng. Sau trạng thái lú lẫn, bệnh nhân quên tất cả.

Hội chứng **lú lẫn** thường gặp nhất trong các **bệnh nhiễm khuẩn**, **nhiễm độc** và **trong các bệnh thực thể ở não**.

#### 5. **hội chứng hoàng hôn** (syndrome crépusculaire):

đó là trạng thái ý thức bị thu hẹp, nửa tối, nửa sáng, mờ mịt.

Hội chứng xuất hiện đột ngột, bệnh nhân đang bình thường bỗng trở nên mất định hướng ngay. **Thường trạng thái tống tại một thời gian ngắn rồi cũng mất đột ngột.**

Trong cơn cảm xúc căng thẳng, thường hỗn hợp giữa cảm xúc buồn rầu. **Lo lắng và hung dữ.**

**Hành vi** động tác thường có **tính ké tục**, người ngoài không biết bệnh nhân đang ở trạng thái hoàng hôn mà cảnh giác đề phòng.

Thường có **ảo thi ghê rợn** và **hoang tưởng cảm thụ cấp**. Chính ảo giác, hoang tưởng và cảm xúc lo âu giận giữ là những nhân tố làm cho bệnh nhân trong trạng thái hoàng hôn có **những hành vi** hết sức nguy hiểm (phá hoại, giết người, v.v...). sau cơn, thường **bệnh nhân quên tất cả** **những sự việc xảy ra trong cơn**. Đôi khi, ngay sau khi vừa tỉnh lại, bệnh nhân có thể nhớ một số sự việc lẻ tẻ, nhưng sau đó lại quên.

Hội chứng hoàng hôn thường gặp nhất trong **bệnh động kinh**. Có thể gặp trong **các bệnh thực thể nặng của não**.

## BÀI 12: RỐI LOẠN TRÍ TUỆ

## I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC VỀ TRÍ TUỆ

Trí tuệ được xem như là sự lồng hợp nhiều mặt khác nhau của quá trình nhận thức của con người: tri giác, trí tuệ, tư duy, ngôn ngữ, hoạt động có ý chí...

Trí tuệ có liên quan với tất cả các quá trình tâm thần khác, nhưng **liên quan chả chẽ với tư duy, đặc biệt với các quá trình suy luận, phán đoán, linh hồn.**

Nói đến **trí tuệ**, chủ yếu là nói đến **năng lực sử dụng** đến mức tối đa các **khả năng tâm thần**, **các kinh nghiệm** và **tri thức** đã tích lũy được để hình thành những nhận thức mới, **phán đoán** mới, giúp con người hoạt động có hiệu quả nhất trong thực tế khách quan.

Trình độ phát triển của trí tuệ có liên quan đến những **đặc tính bẩm sinh** của bộ não, đến quá trình **rèn luyện** có hệ thống trong lao động, trí óc và chân tay, đến **quá trình tiếp xúc** với thực tại và **đặc biệt** với xã hội loài người.

Tri thức đã học tập được là điều kiện rất cần thiết để phát triển trí tuệ. Tri thức càng rộng, càng sâu thì trí tuệ càng cao. Nhưng đánh giá trình độ của trí tuệ không phải chỉ căn cứ vào **khối lượng** tri thức. Trong thực tế có những người trình độ văn hóa thấp, tri thức窄, trường ít, nhưng hoạt động trong thực tại khách quan có hiệu quả hơn là những người có kiến thức nhiều, văn hóa cao. Đó là vì những người ấy có khả năng suy luận phán đoán vững vàng, có trí tuệ tốt. → **Có thể:** *trí tuệ là sự thông minh, nhạy bén, có kiến thức cao và có phong cách làm việc riêng*

## II. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN TRÍ TUỆ

### A. CÁC HỘI CHỨNG TRÍ TUỆ THIẾU NĂNG

Có 3 trình độ từ nặng đến nhẹ: ngu, dần, thộn.

*Đặc điểm chung:*

**Thiếu năng trí tuệ** thường có **tính chất bẩm sinh**, hoặc xuất hiện trong vài năm đầu sau khi đẻ, khi trí tuệ chưa hình thành.

**Khả năng hoạt động nhận thức** rất yếu hay không có. Vì vậy không tiếp thu được kiến thức, hay chỉ linh hồn được những cái giản đơn, cụ thể.

Thường kèm theo nhiều dị dạng trong cơ thể, nội tạng. trí nhớ thông hiểu kém hay không có, cơ thể có trí nhớ máy móc. Thường có những động tác vô nghĩa, những hành vi kích động

vô lý.

Các trạng thái trí tuệ thiểu năng không thể chữa khỏi được. Các trường hợp nhẹ, băng huấn luyện và lao động có thể cải tạo phần nào.

### 1. Hội chứng ngu(idiolie)

Mức độ nặng nhát của thiểu năng trí tuệ

Thường chia ra 3 loại:

a, **Ngu tuyệt đối:** Hoàn toàn không có hoạt động nhận thức, chủ yếu là đòi sống thực vật với bản năng sinh tồn.

b, **Ngu diễn hình:** Có cảm giác và phản ứng thô sơ đối với các kích thích bên ngoài và bên trong. Không biết nói, chỉ phát ra tiếng kêu hay những âm rời rạc.

c, **Ngu nhẹ:** có thể phát ra những từ riêng lẻ hay những câu ngắn.

d, **Dặc điểm chung:**

Phản ứng cảm xúc thể hiện nhu cầu bản năng có được thỏa mãn hay không thỏa mãn: thích thì thết lớn hay cười thô lỗ, không thích thì khóc, giận, đập phá.

**Hoạt động đơn điệu:** ngồi im, lắc lư, đi lại lờ đờ, động tác định hình( động tác phức tạp không làm được)

Không tự phục vụ được, phải có người cho ăn, mặc quần áo giúp.

### 2. Hội chứng dần

Mức độ trung bình của trí tuệ thiểu năng.

Phản ứng với xung quanh linh hoạt hơn, đa dạng hơn bệnh nhân ngu.

**Ngôn ngữ cũng phát triển hơn:** có một số vốn về các từ thông dụng hàng ngày. Phát âm sai, giọng trẻ con.

Có thể thu nhận được những biểu tượng chung chung, có thể tích lũy được một số kinh nghiệm giản đơn trong cuộc sống. Chỉ có tư duy cụ thể, không tiếp thu được những ý niệm trừu tượng khái quát.

Thường biểu hiện cảm xúc sờ đắng, thô bạo, khoái cảm, giận dữ... Gắn bó với một số người nhất định. Dễ bị ám thị nên dễ bị lợi dụng.

Có thể huấn luyện làm một số hình thức lao động chân tay giản đơn, tuy nhiên phải thường xuyên hướng dẫn. Một số bệnh nhân có thể tập cho đêm, đọc, viết.

Thường có những cơn xung động phá phách, tấn công người xung quanh.

### 3. Hội chứng thộn

Mức độ nhẹ nhất của trí tuệ thiểu năng.

Có thể khai quát hóa kinh nghiệm nhưng chưa tiếp thu được những ý niệm trừu tượng. Duy trữ từ nghèo nàn, nói năng không linh hoạt.

Không thể xử trí thích đáng những tình huống khó khăn, dễ bị ám thị.

Có thể tích lũy được một số kiến thức, chú ý tốt và trí nhớ máy móc khá phát triển. Có bệnh nhân đánh giá được khả năng của mình.

Có thể học được những năm đầu trường phổ thông, có thể huấn luyện làm một số nghề thủ công đơn giản.

Có người tính tinh nhút nhát, tự ti, có người nghịch ngợm, thô bạo, bùng nổ, có người có thể thành lập gia đình, làm ăn sinh sống phù hợp với xung quanh.

Các hội chứngs trí tuệ thiểu năng có thể gặp trong nhiều trạng thái bệnh khác nhau: tốn thương não trong bào thai, trong những năm đầu sau khi đẻ(nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương), các bệnh nhiễm sắc thể, các bệnh về chuyển hóa,...

## B. HỘI CHỨNG TRÍ TUỆ SA SÚT

Thường là trạng thái cuối cùng của nhiều bệnh tâm thần khác nhau.

### Hội chứng chung:

- Mất toàn bộ hay một phần năng lực phán đoán.
- Rối loạn trí nhớ: mất toàn bộ hay một phần những kiến thức, những thói quen đã thu nhận trước kia.

- Nhân cách biến đổi nặng, cố định, không hồi phục(tác phong rối loạn nhiều).
- Mất khả năng thích nghi với cuộc sống: không tiếp thu được những kiến thức mới, phương tiện mới. Không thể giải quyết được những yêu cầu của cuộc sống.

Thường chia 2 loại trí tuệ sa sút: toàn bộ và từng phần.

**1. Trí tuệ sa sút toàn bộ:** các rối loạn về nhân cách, trí nhớ, tri phán đoán, cảm xúc đều trầm trọng

Thường gặp trong bệnh liệt toan thể tiến triển và các bệnh thực thể nặng ở não.

**2. Trí tuệ sa sút từng phần:** thường rối loạn trí nhớ trầm trọng, còn các rối loạn khác không nặng

Gặp chủ yếu trong bệnh xơ cứng màng não. Còn gặp trong các bệnh nội tiết nặng, nhiễm độ nặng, chấn thương sọ não.

Các loại trí tuệ sa sút thường gặp:

Trong tâm thần học thường chia ra 3 loại trí tuệ sa sút với những đặc điểm riêng theo từng bệnh:

- Trí tuệ sa sút động kinh
- Trí tuệ sa sút phân liệt
- Trí tuệ sa sút tuổi già

## BÀI 13: PHƯƠNG PHÁP KHÁM VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN TÂM THẦN

### I. NGUYÊN TẮC KHÁM VÀ THEO DÕI

#### 1. Phải khám toàn diện, chi tiết và cơ động:

*Toàn diện:* khám về tâm thần, thần kinh, nội khoa.

*Chi tiết:* nghiên cứu kỹ về từng mặt hoạt động tâm thần

*Cơ động:* theo dõi, quan sát các triệu chứng trong quá trình phát sinh, phát triển và chuyển biến.

## **2. Phải kết hợp chặt chẽ các tài liệu chủ quan với các tài liệu khách quan**

*Tài liệu chủ quan:* lời khai của bệnh nhân, những phán đoán, suy luận của thầy thuốc.

*Tài liệu khách quan:* lời khai của người nhà bệnh nhân, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng...

## **3. Phải kết hợp tri thức vững vàng về tâm thần học với nghệ thuật tiếp xúc**

*Hỏi bệnh nhân:* là phương pháp khám chủ yếu trong tâm thần học. Phải có nghệ thuật tiếp xúc thì mới xâm nhập được vào nội tâm bệnh nhân và thu thập được những lời khai cần thiết và chính xác.

## **II. CÁC PHẦN KHÁM XÉT**

### **A. KHÁM TÂM THẦN**

#### **1. Thu thập tài liệu về bệnh sử**

a, *Hỏi bệnh nhân:*

Nghệ thuật hỏi: nói chuyện giản dị, thân mật, cách hỏi thay đổi tùy theo nhân cách của từng bệnh nhân. Xen kẽ những câu hỏi về bệnh với những câu hỏi về đời sống, gia đình. Tránh gợi ý, ám thị bệnh nhân...

Chú ý hỏi những triệu chứng báo hiệu và những triệu chứng ban đầu, dù là những biến đổi tâm thần nhỏ, cách xa thời kì toàn phát một thời gian tương đối lâu( biến đổi tính tinh, tác phong, cảm xúc, năng suất lao động, học tập,...)

Xác định thời gian xuất hiện và tính chất xuất hiện các triệu chứng ban đầu (đột ngột, từ từ, từng chu kỳ...)

Các triệu chứng xuất hiện sau những nhân tố gì( chấn thương sọ não, cơn co giật, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể, sang chấn tâm thần...)

Xác định thời kì toàn phát và hỏi các dấu hiệu chủ yếu về rối loạn ý thức, tri giác, cảm xúc, tư duy, hành vi, tác phong...

Phát hiện quá trình tiến triển, thoái triển các triệu chứng qua các mốc thời gian.

Nếu bệnh xuất hiện từng chu kỳ, xác định thời hạn mỗi chu kỳ, trạng thái tâm thần giữa hai chu kỳ( chú trọng vào các biến đổi nhân cách)

Cân hỏi rõ trước kia bệnh nhân đã được khám ở đâu, ai khám, chẩn đoán như thế nào, chữa

bằng thuốc gì và phương pháp gì, kết quả điều trị...

Cần ghi đầy đủ các mục: lý do vào viện lần này, trạng thái tâm thần lúc vào viện và biến chuyển của các triệu chứng từ khi nằm viện cho đến khi tiếp xúc.

*b. Hỏi người nhà bệnh nhân*

Phải rõ trình độ văn hóa và chính trị của người nhà, mức độ quan hệ gần gũi với bệnh nhân để có thể đánh giá lời khai của họ đáng tin cậy đến đâu.

Những điều cần hỏi người nhà về bệnh sử cũng tương tự như những điều đã hỏi bệnh nhân ở trên.

Cần hướng dẫn người nhà kê bệnh sử để có thể thu thập được những sự việc cụ thể, những hiện tượng khách quan. Nếu không họ thường có khuynh hướng trình bày như nhau nhận xét, phán đoán chủ quan của mình.

## 2. Thu thập tài liệu về tiền sử

Vẫn hỏi cả bệnh nhân lẫn người nhà

*a, Tiền sử cá nhân*

Tình hình sức khỏe về cơ thể và tâm thần của mẹ bệnh nhân khi có thai bệnh nhân.

Trạng thái của bệnh nhân khi mới sinh ra( thiếu tháng, đẻ khó,...)

Tốc độ phát triển (vận động, ngôn ngữ, trí tuệ...) qua các thời kỳ so với trẻ bình thường ( nhanh hay chậm).

Tính cách, tác phong qua các thời kỳ ( mạnh dạn hay nhút nhát, hòa hợp hay cô độc, hiếu động hay lờ đờ,...)

Cách giáo dục của gia đình và ảnh hưởng của môi trường xung quanh.

Những sự việc trong gia đình ảnh hưởng đến tâm thần ( sinh hoạt khó khăn, xung đột giữa cha mẹ,...)

Những biến đổi đặc biệt ở tuổi dậy thì ( thay đổi tính tình, tác phong, thái độ với tình yêu, đổi với lao động, học tập, ngành nghề,...).

Những bệnh cơ thể và tâm thần mắc phải từ bé đến nay.

Những đặc điểm nhân cách trước khi bị bệnh ( thế giới quan, nhân sinh quan, năng khiếu, khuynh hướng, tính cách, khí chất, năng lực,...).

*b, Tiền sử gia đình*

Cha mẹ, anh chị em ruột ( nếu có thể bà con nội ngoại ba đời) có ai bị các bệnh tâm thần nặng, động kinh, ngu dần, nghiện rượu, giang mai,...

Sang chấn tâm thần chung trong gia đình hay tín ngưỡng trong gia đình có ảnh hưởng gì đến tâm thần của bệnh nhân.

### 3. Khám các mặt hoạt động tâm thần

a. Biểu hiện chung: **tâm vóc cơ thể, trang phục, nét mặt, dáng điệu, cách nói năng, đôi đáp,...**

b. Thái độ tiếp xúc với thầy thuốc: tin tưởng, hợp tác hay chống đối, thờ ơ, lãnh đạm.

c. Trạng thái ý thức:

Năng lực định hướng nào bị rối loạn.

Có **hội chứng** nào của ý thức bị loại trừ hoặc bị mù mờ ( mê sảng, mê mộng, lú lẫn, hoảng hồn,...).

Mô tả dáng điệu, nét mặt, cử chỉ thể hiện hội chứng.

d. Cảm giác, tri giác

Tim rối loạn các cảm giác chung, các loại ảo tưởng, ảo giác thật, ảo giác giả, tri giác sai thực tại, giải thể nhân cách,...

Thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác (lo sợ, bang quan,...)

Quan sát các biểu hiện bên ngoài của các ảo giác ( bịt tai, bịt mũi, nhắm mắt, luôn rút tay,...).

đ. Tư duy

- **Công thức** { Nghiên cứu ngôn ngữ bệnh nhân; rối loạn nhịp độ, rối loạn kết âm, phát âm, vong ngôn, bịa ngôn ngữ, sai ngữ pháp, ngôn ngữ rời rạc, ngôn ngữ phân liệt,...

Nghiên cứu cá nhân kí, tranh vẽ, thư từ, đơn kiện,.. của bệnh nhân.

- **Khoa học** { Nghiên cứu nội dung tư duy và phát hiện các triệu chứng: ý tưởng ám ảnh, định kiến, các loại hoang tưởng cảm thụ và hoang tưởng suy đoán, hội chứng tâm thần tự động và các hội chứng khác của tư duy.

**Quan sát các biểu hiện bên ngoài** của các lao<sup>+</sup> hoang tưởng khác nhau( thí dụ không chịu ăn trong hoang tưởng bị đầu độc).

Có thể dung các biện pháp tâm lý: dấu hiệu chủ yếu, liên tưởng tự do, chủ đề vô định,...

#### e. Trí nhớ

*Trix*

Kiểm tra các loại trí nhớ gần, trí nhớ xa, trí nhớ máy móc, trí nhớ thông hiểu,...

Kết hợp kiểm tra ngay trong khi hỏi bệnh sử. Có thể đặt thêm những câu hỏi riêng (hỏi những sự kiện lịch sử quan trọng) hay sử dụng các nghiệm pháp tâm lý ( lặp lại mươi từ, nói lại từ thứ hai của sáu cặp từ,...)

**Chú ý phát hiện các hiện tượng quên** ( thuận chiều, ngược chiều), nhớ giả, nhớ nhầm, bịa chuyện, hội chứng Korsakov,...

#### g. Sự chú ý

Có thể **quan sát các rối loạn chú ý** ngay trong khi tiếp xúc: dâng trí khi trả lời, đang nói chuyện xoay sang hướng có tiếng động,...

Có thể dung các nghiệm pháp tâm lý ( thí dụ nghiệm pháp 100 – 7 liên tiếp).

**Tìm các rối loạn trong chú ý bị động, chú ý chủ động** ( chú ý quá chuyển động, chú ý trì trệ,...)

#### h. Cảm xúc

Trước tiên cần phải quan sát và thường xuyên theo dõi biến đổi khí sắc của bệnh nhân ( tui vui hay ủ rũ, cau có hay bình thản, giận dữ hay hiền hòa, ổn định hay dao động,...)

Cần chú ý phát hiện những ham thích đặc biệt, nhất là những xung cảm bệnh lý ( cơn giận dữ, cơn kích động, cơn buồn,...)

Tìm các triệu chứng cảm xúc bang quan, mất cảm giác tâm thần, cảm xúc hai chiều, vô cảm xúc,...

**Đặc biệt cần phát hiện các hội chứng lo sợ, ám ảnh, trầm cảm, hưng cảm, loạn cảm.**

Cảm xúc thường biểu hiện ra ngoài và thường kèm các rối loạn thực vật nội tạng. Vì vậy **điều rất quan trọng** là quan sát nét mặt, lối nhìn, tác phong, thái độ, nhịp tim, hơi thở, màu da,...

Có thể dung một số nghiệm pháp tâm lý: chủ đề vô định, xem tranh gây cảm xúc, liên tưởng tự do với từ gây sang chấn,...

#### f. Hoạt động có ý chí và bản năng

Chủ yếu là **quan sát** tì mi và theo dõi **chặt chẽ hành vi**, **yác phong** hằng ngày của bệnh nhân (tư thế đi, đứng, nằm nghỉ, cách ăn, chơi, lao động, giao thiệp,...).

Có thể phát hiện dễ dàng các **triệu chứng giảm**, **mất** hay **tăng** **động tác** cũng như **giảm**, **mất** hay **tăng** **hoạt động**.

Chủ yếu là **tìm** **các** **hội chứng** **kích động** và **bất động** **khác nhau**, đặc biệt **hội chứng** **tăng** **trương lực**.

Cần tìm thêm **các hành vi** **xung động** và **các rối loạn** **bản năng** ( không ăn, chán ăn, thèm ăn, ăn vặt bẩn, cơn thèm rượu, cơn đi lang thang, các hình thức loạn dục,...).

#### k. Trí tuệ

Chủ yếu là **kiểm tra** **năng lực** **phán đoán**, suy luận **của** **bệnh** **nhân**. Cũng cần **kiểm tra** **vốn** **kiến thức** **của** **bệnh** **nhân** **đã** **hao** **hụt** **dến** **đâu**.

Cần xác định các trạng thái trí tuệ **giảm** **sút**, **trí** **tuệ** **sa** **sút**, **trí** **tuệ** **thiểu** **năng**.

Có nhiều cách **kiểm tra** **trí** **tuệ**:

Tùy theo trình độ văn hóa, chính trị, nghề nghiệp, hỏi những kiến thức tương ứng, không cao quá, không thấp quá. **Bảo đảm** **tính** **thông** **thường** (**công**, **trừ**, **nhân**, **chia**) từ dễ đến khó. **Bảo** **phân** **biet** **chỗ** **giống** **nhau** **và** **khác** **nhau** **giữa** **các** **súc** **vật**, **sự** **vật**, **sự** **việc**, **hiện** **tượng**, **giữa** **những** **người** **làm** **các** **nghề** **khác** **nhau** ( ví dụ phân biệt bộ đội với công an, tàu hỏa với tà điện,...) **Giải** **thích** **các** **thành** **ngữ** (ví dụ: ăn cây nào rào cây ấy, gần mực thì đen,...). Nêu ra một **câu** **chuyện** **rắc** **rối** **và** **đề** **nghị** **đưa** **ra** **ý** **kiến** **giải** **quyết** (ví dụ đang đi đường thấy lừa bén đến một mái nhà thì làm gì?). Nêu ra một **câu** **chuyện** **có** **nặng** **chỗ** **vô** **lý** **và** **bảo** **tìm** **những** **chỗ** **vô** **lý** **ấy**.

Nghiệm pháp tâm lý ở đây có vị trí quan trọng. Có thể dùng các nghiệm pháp tâm lý sau: giải thích các tranh từ dễ đến khó, sắp xếp các tranh (của câu chuyện bằng tranh) theo đúng thứ tự của nó, phân loại đối tượng, loại trừ đối tượng, tìm dấu hiệu chủ yếu, giải thích các ý niệm trừu tượng,...

**m. Tác phong sinh hoạt hằng ngày:** Trực tiếp quan sát bệnh nhân kết hợp với những tài liệu của những nhân viên phục vụ về các khía cạnh sau: **vệ sinh** thân thể, giường nằm, **giấc ngủ**, **ăn uống**, **giải trí**, **lao động**, **thái độ** **đối** **với** **bệnh** **nhân** **cùng** **phòng**, với gia đình, bạn bè, nhân viên,... **việc** **chấp** **hành** **các** **chế** **độ** **trong** **khoa** **phòng**,...

#### n. Nhân cách

Tổng hợp những tài liệu đã thu thập ở trên, **xác** **định** **nhân** **cách** **của** **bệnh** **nhân** với các thành phần chủ yếu: **xu** **hướng**, **tính** **cách**, **khí** **chất** **và** **năng** **lực**.

**Xác định những biến đổi nhân cách hiện nay so với trước khi bị bệnh.** Có trường hợp bản thân bệnh nhân tự phân tích được những biến đổi nhân cách của mình.

Xác định thêm **nhân cách biến đổi theo kiểu nào** (phân liệt, động kinh, sa sút, tâm căn, nhân cách bệnh,...)

## B. KHÁM THẦN KINH

Hầu hết các tồn thương thần kinh trung ương đều kèm theo những rối loạn tâm thần tương ứng, vì vậy khám thần kinh đúng phương pháp và có hệ thống là một yêu cầu quan trọng bậc nhất đối với mỗi thầy thuốc tâm thần.

Thầy thuốc tâm thần ngoài việc nắm chắc các bệnh và hội chứng cấp cứu về thần kinh học, phải biết phát hiện các triệu chứng thần kinh trong các bệnh tâm thần. Thí dụ:

-Trong trí tuệ sa sút, phải biết tìm các triệu chứng thần kinh của các quá trình teo não, tồn thương mạch máu não, u não, viêm não-màng não do giang mai,...

-Trong trí tuệ thiểu năng, phải xem đáy mắt (để tìm di dạng mạch máu võng mạc), phải biết phát hiện các hội chứng thiểu sót vận động, giác quan,...

Thầy thuốc tâm thần còn phải biết phân biệt các hội chứng thần kinh thực thể với các hội chứng chức năng tương tự, thấy trong bệnh tâm thần.

Thí dụ:

-Hội chứng giống Parkinson có thể thấy trong các trường hợp ngâm thuốc an thần hay trong các trạng thái bất động phân liệt hay phản ứng.

-Cảm giác sau sức ép bom thường chỉ là triệu chứng của bệnh tâm căn.

-Bệnh tâm căn hysteria có rất nhiều triệu chứng thần kinh đa dạng mang tính chất chức năng.

## C. KHÁM CÁC BỆNH CƠ THỂ

Phải khám toàn diện và có hệ thống các bệnh cơ thể vì những lý do sau: bất cứ bệnh nội tạng nào cũng gây một trạng thái tâm thần nhất định, các triệu chứng cơ thể dễ bị các triệu

chứng tâm thần che lấp, có những bệnh nhân tâm thần không nói lên được hay không muốn nói đến các hiện tượng bệnh lý trong cơ thể mình.

Phải khám kỹ cơ thể mới chi định được các liệu pháp mạnh có thể gây tai biến như sốc insulin, sốc điện, thuốc an thần liều cao.

Những bệnh cần chú ý hơn khi khám:

*Hệ hô hấp:* lao phổi (cần cahc ly, chống chỉ định điều trị các thuốc an thần kinh)

*Hệ tim mạch:* xơ vữa động mạch, cao huyết áp, viêm màng trong tim,...(bệnh tim là chống chỉ định tuyệt đối của sốc điện).

*Hệ tiêu hóa:* các bệnh gan mật (thường là nguyên nhân các trạng thái lú lẫn, táo bón, suy nhược, và là chống chỉ định trong liệu pháp hóa học liều cao).

*Hệ tiết niệu:* tăng ure huyết (gây mê sáng cấp diễn, dễ đưa đến tử vong)

*Các tuyến nội tiết:* có mối liên quan rất密切 giữa rối loạn nội tiết và rối loạn tâm thần.

Đặc biệt chú ý:

*Hoạt động tuyến sinh dục* (nhiều rối loạn tâm thần lúc có kinh nguyệt, lúc sinh đẻ, lúc mãn kinh,...).

*Bộ ba tuyến yên-giáp-thượng thận:* rối loạn thực vật, nội tạng, rối loạn khí sắc, cảm xúc, phát dục,...

## D. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

Khoa tâm thần học cũng cần các xét nghiệm lâm sàng mà khoa học thần kinh và khoa nội vẫn thường dùng, tuy nhiên mỗi bệnh tâm thần có những yêu cầu xét nghiệm riêng.

### 1. Xét nghiệm dịch não tủy

Theo nguyên tắc phải xét nghiệm dịch não tủy cho tất cả các bệnh tâm thần, nhưng trong thực tế yêu cầu này không gay gắt như đối với các bệnh thần kinh.

**Những trường hợp sau nhất thiết phải làm:** giang mai thần kinh (phản ứng BW), nhiễm khuẩn **thần kinh** (tế bào, albumin, vi khuẩn,...), kích động người già, chấn thương sọ não, teo não (do áp lực dịch não tủy), **loan thần thực thể** ở não, (**H&NCS+, HCTALNB+**).

## 2. Xét nghiệm máu, nước tiểu (một số thí dụ):

- Đếm hồng cầu (thiếu máu Biermer có rối loạn tâm thần).
- Công thức bạch cầu (mất bạch cầu đa nhân trong điều trị thuốc an thần liều cao kéo dài).
- Phản ứng về **chức năng gan** (theo dõi nhiễm độc thuốc an thần).
- Định lượng đường huyết (tăng lên trong cảm xúc căng thẳng): xét nghiệm tối cần thiết trong sos insulin.
- Định lượng ure huyết (mê sảng, kích động).
- Định lượng cholesterol trong máu (loạn thần tuổi già).
- Phản ứng BW, Nelson (liệt toàn thể tiến triển).
- Định lượng natri và kali huyết (loan thần cấp, rối loạn ý thức kiểu loại trừ,..)  $\Rightarrow$  **TCTV**  $\Rightarrow$  **Vá mèo hàn, nôn,..**
- Định lượng canxi huyết (phân biệt hysteria với tetani).  $\Rightarrow$  **2 suất nước**  $\Rightarrow$  **TCTV**
- Định lượng các chất trung gian hóa học (men cholinesteraza, adrenalin, noradrenalin, serotonin,...) nhằm nghiên cứu các hội chứng cảm xúc, tác dụng điều trị hóa học,..

## 3. X-quang sọ não

Chụp sọ não thông thường: tất cả các trường hợp có tổn thương thực thể ở não.

Chụp não bơm hơi: loạn thần tuổi già, Alzheimer và Pick, tâm thần phân liệt mạn tính (tìm quá trình teo não).

## 4. Ghi điện não

Giải thích kết quả ghi điện não hiện nay vẫn còn khó khăn trong nhiều bệnh tâm thần, nhất là trong các bệnh tâm căn và loạn thần nội sinh.

Tuy nhiên các tác giả đã bắt đầu thống nhất với nhau về một số kết quả có tính quy luật và ghi điện não ngày càng có vị trí quan trọng trong tâm thần học.

**Đặc biệt** ghi điện não rất cần thiết trong những trường hợp sau đây: **động kinh** có rối loạn tâm thần, **loạn thần thực thể** do tổn thương não (chấn thương sọ não, u não, teo não, viêm não,...).

## 5. Nghiệm pháp tâm lý

Muốn có kết quả sâu sắc và chính xác, phải làm nhiều nghiệm pháp phác tạp khác nhau và phải do cán bộ có chuyên trách có kinh nghiệm làm.

Thầy thuốc tâm thần có thể tự mình làm một số nghiệm pháp đơn giản (đã nói ở các mục kiểm tra trí nhớ, cảm xúc, tư duy, trí tuệ,...).

Nghiệm pháp tâm lý có thể giúp ích cho các khâu chẩn đoán, theo dõi tiến triển của bệnh, đánh giá kết quả điều trị,...).

Nhưng giải thích kết quả phi thận trọng và không thể dùng nghiệm pháp tâm lý thay cho việc tiếp xúc lâm sàng được.

# III. PHÂN TÍCH TÀI LIỆU VÀ TỔNG HỢP ĐỊNH BỆNH

## A. PHÂN TÍCH TÀI LIỆU ĐÃ THU THẬP ĐƯỢC

### 1. Phân tích bệnh sử

- a, Thời gian phát bệnh và tính chất phát bệnh (cấp, bán cấp, từ từ,...)
- b, Các hội chứng báo hiệu và bắt đầu
- c, Các hội chứng kế tiếp

### 2. Phân tích trạng thái tâm thần hiện tại:

Xác định hội chứng chủ yếu và hội chứng kèm theo.

### 3. Phân tích tiền sử cá nhân và tiền sử gia đình:

Xác định đặc điểm nhân cách và yếu tố di truyền.

### 4. Phân tích các kết quả khám lâm sàng (thần kinh), nội khoa và kết quả cận lâm sàng:

Xác định mối liên quan giữa các kết quả thu được với các triệu chứng tâm thần (có liên quan nhân quả hay không).

## **B. TỔNG HỢP ĐỊNH BỆNH**

### **1. Chẩn đoán bệnh:**

Căn cứ vào các hội chứng quyết định bệnh.

Thí dụ: tính thiếu hòa hợp, hiện tượng giảm thể năng tâm thần trong bệnh tâm thần phân liệt.

### **2. Chẩn đoán thể bệnh:**

Căn cứ vào các hội chứng quyết định thể bệnh.

Thí dụ: hội chứng tâm thần tự động trong thể paranoit của bệnh tâm thần phân liệt.

### **3. Chẩn đoán phân biệt:**

Phân biệt với các bệnh tâm thần khác cũng có hội chứng tương tự.

Thí dụ: phân biệt hội chứng paranoit phân liệt với hội chứng paranoit trong loạn thần phản ứng và loạn thần triệu chứng.

### **4. Chẩn đoán nguyên nhân:**

a, Nguyên nhân chủ yếu (ngoại sinh, tâm lý hay nội sinh): thí dụ tâm thần phân liệt nguyên nhân nội phát.

b, Nhân tố thúc đẩy (bệnh cơ thể, sang chấn tâm thần, nhiễm độc, nhiễm khuẩn,...). Thí dụ: bệnh tâm thần phân liệt xuất hiện sau một nhân tố thúc đẩy là bị vu cáo.

## **C. TIỀN LUẬNG**

Căn cứ vào lứa tuổi, yếu tố di truyền, nhân cách tiền bệnh lý, thể bệnh,...

## **D. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI**

- Kết hợp giữa các liệu pháp.
- Theo dõi nội trú và ngoại trú.

## PHẦN 2: BỆNH HỌC TÂM THẦN

### Bài 14: CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

#### a) Quan niệm khác nhau về điều trị bệnh tâm thần

A. Nguồn gốc của quan niệm sai lầm cho rằng bệnh tâm thần không chữa khỏi được

##### 1. Do nhận định không đúng về nguyên nhân bệnh tâm thần

a. Nhận định sai lầm (từ xưa đến nay) cho rằng bệnh tâm thần là do ma quỷ nhập vào mà phát sinh ra. Vì vậy ở châu Âu từ thế kỉ 14 đến cuối thế kỉ 17, tin đồ cuồng nhiệt thiên chúa giáo đã tàn sát hàng triệu bệnh nhân tâm thần.

Ở nước ta, rải rác ở một số vùng còn mê tín dị đoan, còn chữa bệnh tâm thần bằng cúng bái, phù phép, dâm dịnh nhọn nung đốt vào lưng, v.v... Còn có người sợ hãi, khinh miệt, tàn bạo đối với bệnh nhân tâm thần.

b. Nhận định sai lầm cho rằng bệnh tâm thần là một bệnh di truyền, xuất hiện như một định mệnh tai ác, không tránh được, không chữa khỏi được. Chính thuyết vị chủng và di truyền cực đoan đã đưa bọn phát xít Hitler đến chỗ tàn sát hàng vạn bệnh nhân

tâm thần.

- c. Nhận định sai lầm cho rằng bệnh tâm thần là một bệnh thuần túy tâm lý: do đó giải thích nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh bằng các loại triết học và tâm lý học duy tâm và chữa bệnh tâm thần bằng các phương pháp phân tích tâm lý, phân tích sinh tồn, v.v... nên không đem lại kết quả.

## 2. Do đánh giá sai tí số bệnh nhân tâm thần so với loại bệnh nhân khác

Số giường bệnh nhân tâm thần rất cao so với các loại bệnh khác, không phải vì bệnh nhân tâm thần không chữa được, ú đọng lại, mà là do:

- a. Bệnh tâm thần là một bệnh có liên quan đến tất cả các bệnh của các bộ phận khác trong cơ thể, nên ở bệnh viện tâm thần tập hợp bệnh nhân của nhiều khoa khác nhau: thần kinh, nội, nội tiết, truyền nhiễm, v.v...
- b. Bệnh tâm thần rất phức tạp, cần theo dõi và chữa bệnh lâu dài, nên tí số giường bệnh phải tăng lên rất nhiều.
- c. Có nhiều bệnh nhân điều trị ngoại trú ( $\frac{3}{4}$  ngoại trú,  $\frac{1}{4}$  nội trú) nhưng khi có rối loạn tác phong nặng, vẫn phải cho nhập viện

## 3. Do đánh giá sai về kết quả điều trị bệnh nhân tâm thần

Điều trị bệnh tâm thần không kết quả, không phải bệnh tâm thần không chữa được mà so các yếu tố sau này :

- a) *phát hiện bệnh chậm*: cũng như các bệnh mạn tính của các khoa khác (suy tin, xơ gan, viêm thận mạn vv...) bệnh tâm thần để lâu không chữa trở thành mạn tính, cũng khó hồi phục
- b) *điều trị bệnh không tích cực toàn diện và kiên trì*
- c) *điều trị không đúng bệnh, đúng căn nguyên* (do bệnh phức tạp, khó chẩn đoán)

## B. CƠ SỞ ĐỂ KHẲNG ĐỊNH LÀ BỆNH TÂM THẦN CÓ THỂ CHỮA KHỎI ĐƯỢC

- a)các phương pháp chữa bệnh tâm thần ngày càng nhiều và càng có hiệu lực. Đặc biệt trong vòng 15 năm nay, các thuốc hóa học tác động tâm thần ngày càng tỏ ra có khả năng chữa khỏi nhiều bệnh tâm thần, nhiều hội chứng phức tạp .
- b)những thành tựu về khoa học:y học hiện đại đã giúp chúng ta ngày càng đi sâu vào căn nguyên và bản chất các bệnh tâm thần (sinh hóa não ,miễn dịch học ,di truyền học , sinh lý điện thần kinh vv...)
- c)nền y học xã hội chủ nghĩa của nước ta tuy gặp nhiều khó khăn hiện nay nhưng trong tương lai sẽ có khả năng và biện pháp để chữa bệnh tâm thần một cách có hiệu quả :sẽ có mạng lưới trạm tâm thần để phòng bệnh và phát hiện sớm cũng như tiếp tục theo dõi và điều trị cùng có v.vv

sẽ có hệ thống bệnh viện với các phương pháp chẩn đoán và điều trị đầy đủ ,tích cực và có hiệu lực .Theo thống kê của giáo sư Rokline(Liên Xô),nếu phát hiện bệnh sớm và chữa tích cực thì trong 5 bệnh nhân tâm thần nhập viện có 4 bệnh nhân ra viện vừa khỏi vừa thuỷen giảm cẩn bản ,có thể sinh hoạt bình thường và lao động có ích.

## II. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

Như trong phần nguyên nhân đã nói ,bệnh tâm thần không những là bệnh của bộ não mà còn là bệnh của toàn bộ cơ thể ,và còn do tác nhân gây hại của môi trường nữa .Vì vậy công tác chữa bệnh tâm thần là một công tác chữa bệnh toàn diện đòi hỏi nhiều liệu pháp .

**1. Vì là một bệnh của toàn bộ cơ thể nên cần có những liệu pháp chung như ở nội khoa và các khoa khác :**

a)các liệu pháp bồi dưỡng cơ thể (đặc biệt các thuốc ,các thức ăn bồi dưỡng tế bào thần kinh ;

b)các liệu pháp chống nhiễm khuẩn nhiễm độc;

c)các liệu pháp vật lý để kích thích rèn luyện hệ thần kinh tăng cường sức đề kháng của cơ địa (đặc biệt các thuốc ,các thức ăn bồi dưỡng tế bào thần kinh);

b)các liệu pháp chống nhiễm khuẩn nhiễm độc ;

c) Các liệu pháp vật lý để kích thích ,rèn luyện hệ thần kinh ,tăng cường sức đề kháng của cơ địa (tắm nóng ,tắm lạnh ,chạy điện, thể dục có hướng dẫn ,an dưỡng nơi có khí hậu thích hợp)

**2. Có những liệu pháp đặc hiệu để tấn công vào các hiện tượng bệnh lý và khôi phục các quá trình tâm thần**

a. Các liệu pháp hóa học (các thuốc an thần và hưng thần);

b. Các liệu pháp gây sốc (sốc điện, sốc insulin).

**3. Bệnh nhân tâm thần chỉ chữa bằng thuốc men chưa đủ**, cần phải khôi phục lại sinh hoạt bình thường trong xã hội và khả năng lao động hành nghề bằng các liệu pháp sau này:

a. Liệu pháp lao động, hoạt động;

b. Liệu pháp thích ứng xã hội.

**4. Liệu pháp tâm lý:** Liệu pháp tâm lý cần cho mọi loại bệnh nhân. Đối với bệnh nhân tâm thần lại càng cần thiết hơn bất cứ loại bệnh nhân nào vì bệnh nhân tâm thần có nhiều biến đổi về tâm lý hết sức phức tạp và có những bệnh tâm thần không có liệu pháp tâm lý thì không chữa khỏi được (bệnh loạn thần phản ứng, bệnh tâm căn)

Ở đây không thể đi sâu vào tất cả các liệu pháp, cho nên chỉ nhấn mạnh vào liệu pháp tâm lý, liệu pháp hóa học, còn các liệu pháp khác trình bày có tính chất giới thiệu.

## III. Giới thiệu một số liệu pháp đặc hiệu trong tâm thần học

## A. Sốc insulin

(Gây hạ đường huyết bằng insulin)

- 1. Nguyên tắc điều trị:** gây hôn mê hạ đường huyết bằng insulin trong vòng nửa giờ, và đánh thức bằng cách cho đường vào cơ thể.

- 2. Phương pháp và kỹ thuật tiến hành** (phương pháp cỗ điền): Mỗi ngày tiêm cho bệnh nhân một liều lượng insulin tăng dần cho đến khi đạt được liều gây hôn mê (thường hôn mê khi đường huyết hạ đến 0,30g/l). Có nơi bắt đầu bằng 4 đơn vị insulin và mỗi ngày tăng lên 4 đơn vị. Và liều gây hôn mê trung bình từ 80 đến 120 đơn vị.

Để hôn mê từ 30 phút đến 1 giờ rồi đánh thức bằng cách cho uống nước đường qua mũi hay tiêm nước đường ưu trương vào tĩnh mạch.

- 3. Chỉ định và liều lượng:** hiện nay chỉ định rất hạn chế. Chỉ định chủ yếu là bệnh tâm thần phân liệt điều trị bằng các liệu pháp khác không kết quả. Không dùng liều cao cỗ điền, mà dùng liều thấp (20 - 40 đơn vị). Không để cho hôn mê mà đánh thức ngay khi ý thức bắt đầu u ám. Mỗi đợt điều trị 15-20 lần.
- 4. Cơ chế tác dụng:** không rõ ràng. Hơn nữa, tỷ số thuyền giảm do sốc insulin không vượt hẳn tỷ số thuyền giảm tự phát nên hiện nay nhiều nơi trên thế giới không dùng nữa.

## B- SỐC ĐIỆN

- 1. Nguyên tắc điều trị.** Cho một dòng điện qua não gây một cơn co giật động kinh, bệnh nhân hôn mê trong một thời gian, sau đó tinh thần hồi phục dần dần.
- 2. Phương pháp và kỹ thuật tiến hành:** Dùng máy sốc điện. Máy sốc điện là máy có khả năng dùng dòng điện thông thường (110-220 volt) và thay đổi cường độ dòng điện (50-150mA) để dòng điện có thể gây cơn động kinh mà không gây tổn thương mô não và cơ thể.

Dòng điện thông thường qua máy sốc điện, và chạy qua não do hai điện cực đặt ở hai bên thái dương. Thời gian tác dụng của dòng điện từ 1/10 giây đến 1 giây. Hiện nay để tránh hiện tượng quên sau sốc điện, người ta dùng phương pháp sốc điện một bên( chỉ đặt một điện cực ở một bên thái dương)

Sau khi bấm nút máy sốc điện, bệnh nhân lên cơn co giật kiểu động kinh, hôn mê từ 2 đến 5 phút và tỉnh lại dần dần

Từ 40 phút đến 1 giờ sau khi sốc điện, ý thức trở lại bình thường, trạng thái tâm thần tốt hơn.

- 3. Chỉ định và tiên lượng**

Chỉ định chủ yếu là trạng thái trầm cảm với ý tưởng tự sát và trạng thái căng trương lực cơ bất động.

Có thể dùng điều trị trạng thái kích động dữ dội.

Liều tấn công: 1 ngày 1 lần, từ 8 đến 10 lần.

Liều cung cống: 1 tuần 2 lần trong 3 tuần.

#### 4. Cơ chế tác dụng: Có nhiều ý kiến khác nhau:

- Nhiều tác giả cho rằng đồng thời với **tác dụng kích thích não** gây con động kinh, **dòng điện làm đảo lộn toàn bộ hoạt động thần kinh**, **phá trung khu bệnh lý** quan tinh. Sau đó **hoạt động thần kinh khôi phục lại** theo cơ chế bình thường của thời kỳ trước khi bị bệnh.
- Liệu pháp này có **tác dụng nhanh** nhưng ác liệt, thường gây tâm trạng lo lắng sợ hãi cho bệnh nhân. Ở những nơi có đầy đủ các loại thuốc chống trầm cảm và chống căng trương lực, **biện pháp này chỉ dùng khi nào các loại thuốc khác không có tác dụng**. Và **nếu làm thì gây mê nhẹ trước khi làm sốc**.

### C- LIỆU PHÁP LAO ĐỘNG

Đây là liệu pháp quan trọng vào bậc nhất trong tâm thần học, không thể thiếu được ở bất cứ cơ sở điều trị nào, nội trú cũng như ngoại trú. Do hiệu lực rất lớn, liệu pháp lao động hiện nay đã từ khoa tâm thần lan sang nhiều khoa khác, nhất là các khoa có bệnh nhân mãn tính phải nằm lâu ngày.

a) *Nguyên tắc tổ chức:* Lao động của bệnh nhân tâm thần nhằm mục đích chữa bệnh, khôi phục lại hoạt động tâm thần và khả năng hành nghề nên có những yêu cầu nhất định

- Phải là lao động tập thể và lao động sản xuất
- Bệnh nhân được hưởng một phần kết quả lao động của mình
- Phải có nhiều hình thức lao động thích ứng cho nhiều loại trạng thái tâm thần, với khả năng nghề nghiệp bản thân bệnh nhân
- Phải do thầy thuốc chỉ định căn cứ vào tình trạng sức khỏe và nhất là trạng thái tâm thần của từng bệnh nhân (thí dụ: không áp dụng liệu pháp lao động ở trạng thái cấp)
- Phải có cán bộ kỹ thuật hướng dẫn, có động viên, thi đua, khen thưởng, v.v...
- Lao động phải tiếng hành tùng bước, từ dễ đến khó, từ ít đến nhiều, từ đơn giản đến phức tạp, nhất là đối với những bệnh nhân thoát ly lao động đã lâu hay không chịu lao động

b) *Cơ chế tác dụng:*

Lao động huy động mọi khả năng hoạt động tâm thần của bệnh nhân như: tăng cường sự chú ý và ý chí của bệnh nhân, bắt bệnh nhân phải nhớ những khâu sản xuất, phải suy nghĩ, phân tích, tổng hợp, phát huy sáng kiến để sản phẩm ngày một tốt hơn, v.v....

Lao động làm cho bệnh nhân quên những cảm giác khó chịu do hoang tưởng ảo giác gây ra, làm cho bớt lo lắng về bệnh tật, làm mất những ý nghĩ đen tối khi ngồi không, suy nghĩ miên man.

Lao động làm cho bệnh nhân gắn liền với tập thể trong dây chuyền sản xuất, tăng tính tổ chức và kỷ luật.

Lao động gây cho bệnh nhân cảm giác khoan khoái trước sản phẩm của mình, khí sắc vui vẻ, lạc quan, gây lòng tin vào khả năng giúp ích xã hội của mình.

Lao động đưa sinh lực của bệnh nhân vào những công việc có ích, tăng cường quan hệ tốt giữa bệnh nhân và bệnh nhân, tránh được tình trạng dồn sinh lực vào các hoạt động có hại nhưng phá phách, gây sự, đánh nhau, bô trốn, v.v...

Lao động làm cho bệnh nhân ăn ngon hơn, ngủ yên hơn.

Lao động khôi phục và duy trì thói quen và động tác sản xuất để khi ra viện bệnh nhân có thể tiếp tục lao động sản xuất ngay lập tức.

Kết quả lao động có thể giúp bệnh nhân tự túc về kinh tế, đỡ gánh nặng cho gia đình, xã hội.

## D - LIỆU PHÁP THÍCH ỨNG XÃ HỘI

Gồm tất cả những biện pháp nhằm làm cho bệnh nhân tâm thần không tách rời quá xa các phương thức sinh hoạt xã hội trước khi bị bệnh, nhằm làm cho bệnh nhân khi ra viện có thể thích ứng ngay với cuộc sống.

### 1. Lý do tổ chức liệu pháp thích ứng xã hội:

Bệnh tâm thần mạn tính - nhất là bệnh nhân phân liệt - có khuynh hướng thoát ly thực tế xã hội, tránh tiếp xúc với người khác, không muốn hoạt động, vì vậy ngay trong bệnh viện phải tạo mọi điều kiện duy trì tiếp xúc với thực tế xã hội cho bệnh nhân.

Bệnh nhân tâm thần nằm bệnh viện lâu ngày có thể mất những thói quen sinh hoạt

trước kia. Nếu không huấn luyện ngay trong bệnh viện thì mặc dù thuốc men và các biện pháp khác đã làm mất hết những hiện tượng bệnh lý, bệnh nhân vẫn chưa khôi phục được nhân cách bình thường trước khi bị bệnh, chưa thích ứng được với môi trường sinh sống cũ

## 2. Các hình thức tổ chức của liệu pháp thích ứng xã hội:

a) *Liệu pháp lao động*: Đó là hình thức cơ bản nhất.

b) *Kiến thức và tổ chức bệnh viện như một xã hội nhỏ*:

Ngoài các cơ sở điều trị, cần có những tổ chức đáp ứng nhu cầu nhiều mặt của bệnh nhân: Chỗ giải trí, chỗ xem phim, cửa hàng cắt tóc, cửa hàng ăn, cửa hàng bách hóa, thư viện, v.v....

Nếu là bệnh viện phục vụ đa số bệnh nhân ở nông thôn thì khung cảnh bên ngoài và tổ chức kiến trúc bên trong cũng cần tương tự như cảnh nông thôn, làm thế nào cho người bệnh nông thôn không bị bỡ ngỡ, lạc lõng khi bước chân vào bệnh viện. Đối với ệnh viện phục vụ bệnh nhân thành thị cũng cần phải có môi trường tương ứng.

c) *Chế độ sinh hoạt của bệnh nhân phải linh hoạt và bao gồm nhiều mặt*: Ngoài giờ điều trị, lao động, phải được bố trí thì giờ để tham gia thể thao, thể dục, văn nghệ, đi thư viện, tiếp người thân, v.v...

Từng thời kì cần tổ chức cho bệnh nhân đi tham quan một số cơ sở văn hóa hay giải trí ngoài bệnh viện.

d) *Tổ chức cho bệnh nhân thường xuyên liên hệ với sinh hoạt xã hội bên ngoài*:

Đối với bệnh nhân đã bình tĩnh, có thể thư bày cho về sinh hoạt với gia đình, tập thể, cơ quan, rồi thứ hai lại đến. Có thể gửi bệnh nhân đến lao động ở một xưởng thủ công, một xí nghiệp, hay một tổ chức hợp tác xã nông nghiệp, sáng đi chiều về.

e) *Tạo điều kiện cho bệnh nhân được tiếp tục sinh hoạt học tập theo khuynh hướng, năng khiếu, sở thích của mình*: Có thể tổ chức những lớp bồi túc văn hóa, lớp văn nghệ nghiệp dư, lớp sinh ngữ, v.v...

Đối với bệnh nhân ít tuổi, tổ chức lớp học văn hóa thích ứng.

Thành lập những nhóm nhỏ như: nhóm chơi nhạc, nhóm đánh cờ, nhóm bóng chuyền, nhóm bóng bàn, v.v....

Liệu pháp thích ứng xã hội đòi hỏi địa điểm rộng, kinh phí lớn, biên chế nhiều và trình độ tổ chức cao. Vì vậy hiện nay liệu pháp này chỉ được thực hiện toàn diện và đầy đủ ở một số ít bệnh viện. Đa số bệnh viện tâm thần hiện nay chỉ thực hiện được một số mặt, thực hiện từng phần.

Nhưng đó là liệu lý tưởng mà các bệnh viện tâm thần phải cố gắng vươn tới.

## Bài 15 LIỆU PHÁP HÓA DƯỢC

### I. TÂM QUAN TRỌNG CỦA TÂM THẦN HÓA DƯỢC

Từ xưa người ta đã biết sử dụng các chất có tác động đến tâm thần : rượu, thuốc phiện, trầu, cau, cà phê,... cách đây 3.000 năm, ở Ấn Độ đã dùng cây Rauwolfia serpentina để chữa bệnh tâm thần và mãi đến năm 1952 người ta mới chiết xuất ra thuốc reserpine từ cây này. Cách đây hơn một thế kỉ người ta đã dùng Brommua và nửa thế kỉ sau lại dùng các chất bacbituric để chữa động kinh. Từ năm 1932 Sakel đã dùng insulin để chữa bệnh tâm thần.

Nhưng đến năm 1952, khi thuốc clopromazin (lagactil, aminazin) được đem để dùng chữa bệnh tâm thần thì ngành tâm thần hóa được mới chính thức xuất hiện và ngày càng phát triển mạnh mẽ. Hiện nay đã ra đời hàng trăm loại thuốc tác động tâm thần khác nhau, loại mới bổ sung nhược điểm loại cũ và có hiệu lực gấp bội.

Liệu pháp hóa dược đã thay đổi hẳn bộ mặt của tâm thần học như:

- Kiến trúc bệnh viện đã thay đổi hẳn về căn bản. Người ta đã có thể giải quyết những trường hợp kích động dữ dội bằng thuốc men nên xung quanh bệnh viện không cần phải tường cao,濠 sâu. Trong bệnh viện không cần những phòng cách ly kiên cố, song sắt, cửa lim; hệ thống kín ngày một thu hẹp, hệ thống mở ngày một phát triển.
- Các thuốc tác động tâm thần đã làm tăng số lượng bệnh nhân ngoại trú lên gấp ba lần so với số bệnh nhân nội trú.
- Liệu pháp hóa dược đã làm giảm xuống đến mức tối thiểu những liều pháp ác liệt như sốc điện, phức tạp như sốc insulin.
- Liệu pháp hóa dược đã làm cho bệnh nhân dễ tiếp xúc với thầy thuốc hơn, quan hệ giữa bệnh nhân với nhau cũng như giữa bệnh nhân với nhân viên phục vụ tốt hơn; việc theo dõi cung bót căng thẳng, số lượng bệnh nhân tham gia lao động ngày càng đông.

Có thể nói liệu pháp hóa dược là liệu pháp cơ bản nhất hiện nay trong tâm thần học.

### II. PHÂN LOẠI CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN

Hiện nay có rất nhiều loại thuốc hướng thần, cấu trúc hóa học khác nhau và tác dụng cũng khác nhau, nên rất khó phân loại

Theo Freyhan (1978) có thể chia ra 5 nhóm chính :

- 1.** Nhóm các thuốc an thần kinh (neuroleptique)
- 2.** Nhóm các thuốc hưng thần (psycho-analeptique)
- 3.** Nhóm các thuốc bình thần (iranquillissant)
- 4.** Nhóm các thuốc cường thần (psycho-stimulant)
- 5.** Nhóm các thuốc chỉnh khí sắc (orthothymique)

## A. NHÓM CÁC THUỐC AN THẦN KINH

*Tiêu chuẩn phân loại* : tác dụng chủ yếu là chống loạn thần (chống hoang tưởng, ảo giác, v.v...). ngoài ra còn có tác dụng an dịu (chống kích động) và tác dụng giải ức chế (chống tinh ý “k đọc được chữ này”). Khác với các nhóm khác, nhóm này thường gây hội chứng ngoài tháp (Parkinson).

Cách phân loại :

- a)** Họ phenothiazin (aminazin, nozinan, melleril, terfluzin, majeptil, psyquil, piportil, modize, tercian, v.v...)
- b)** Họ resecpin (serpasil)
- c)** Họ butyrophonen (haloperidol, sedolande, droleplan, opiran, orap, v.v...)
- d)** Họ thioxanthen (taractan)
- e)** Họ benzamide (sulpiride hay dogmatil)
- f)** Loại an thần kinh có tác dụng kéo dài ( moditen chậm, moditecat, fluaxol, v.v... )
- g)** Các thuốc khác : prazinil, barnetil, moban, lidon, loxitane, v.v...

## B. NHÓM CÁC THUỐC HƯNG THẦN

*Tiêu chuẩn phân loại* : tác dụng chủ yếu là chống trầm cảm. ngoài ra còn có tác dụng tăng mức hoạt động.

Cách phân loại :

- a)** Các dẫn chất ba vòng (imipramin, pertofran, surmontil, anafranil, amitryptylin, nortryptylin, sinequan, insidon, ludiomil, vivalan, v.v...)
- b)** Các IMAO (marplan, iproniazide neuralex, v.v...)

c) Các thuốc khác (5-hydroxy tryptophan, propizepin)

### C. NHÓM CÁC THUỐC BÌNH THẦN

*Tiêu chuẩn phân loại :* tác dụng chủ yếu là chống lo âu (giảm kích thích và các rối loạn thực vật kèm theo lo âu). Ngoài ra còn có tác dụng an thần, giãn cơ và chống co giật:

Cách phân loại :

a) Họ piperazin (atarax, trioxazin, ...)

b) Họ cocabamal (meprobamat)

c) Họ benzodiazepin (librium, valium, seduxen, tranxene, mogadon, kemesta, urbanyl ...)

### D. NHÓM CÁC THUỐC CUỜNG THẦN

*Tiêu chuẩn phân loại :* tác dụng chủ yếu là hoạt hóa trí tuệ và hoạt động chung. Ngoài ra còn có tác dụng chống mệt mỏi, suy nhược.

Cách phân loại :

a) Các dẫn chất Amphetamine (Mixiton, benzedrin, ...)

b) Các dẫn chất diphenyl methan (Meralran, lucidil...)

### E. NHÓM CÁC THUỐC CHỈNH KHÍ SẮC

*Tiêu chuẩn phân loại :* tác dụng chủ yếu là ổn định khí sắc (chỉnh khí sắc hưng hay trầm về khí sắc bình thường).

Nói chung đó là các dẫn chất lithium (gluconat Li, cacbonat Li, depamide, ...)

## III. CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN

(được chú ý nhiều nhất gần đây)

Các thuốc hướng thần được quảng cáo ngày càng nhiều, nhưng không phải loại nào cũng có tác dụng tốt. Những năm gần đây, qua kinh nghiệm sử dụng, người ta chú ý nhiều nhất đến các loại sau đây:

### 1. Các muối lithi (cacbonat Li, depamide,...)

Có tác dụng chỉnh khí sắc trong cả hai pha của bệnh loạn thần hưng trầm cảm, rõ rệt nhất đối với pha hưng cảm. Còn có tác dụng phòng tái cơn. Có thể có tác dụng trong bệnh phân biệt cảm xúc. Tuy nhiên thuốc có nhiều độc tính, gây nhiều biến chứng nặng, cần phải theo dõi chặt chẽ lượng lithi trong máu để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc.

### 2. Các thuốc an thần kinh có tác dụng kéo dài (moditen chậm, modecat,...)

Ưu thế của loại thuốc này là đâm bão thuốc vào tận cơ thể bệnh nhân (qua đường tiêm) và điều trị bệnh nhân loạn thần man tính ngoại trú và tại nhà thuận lợi (từ 2 đến 4 tuần mới tiêm một lần). Hơn nữa dùng liều thấp nên cơ thể ít bị nhiễm độc.

### **3. Sulpirit (dogmatil)**

Một loại an thần kinh vừa có tác dụng an thần lẫn hưng thần, tác dụng chủ yếu là giải ức chế, có ảnh hưởng tốt tới các triệu chứng âm tính của quá trình phân biệt, chi định rộng và hiệu quả nhanh.

### **4. Leponex (dibenzodiazepin)**

Cũng có tác dụng vừa an thần vừa hưng thần, điều trị cả các triệu chứng dương tính và âm tính của quá trình phân liệt và tạo điều kiện tái thích ứng xã hội tốt : một loại thuốc mới, có triển vọng.

## **IV. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN THÔNG DỤNG**

### **A. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG CÁC THUỐC AN THẦN KINH**

a) *Chi định* : điều trị tất cả các trạng thái loạn thần.

Thuốc an thần kinh có rất nhiều loại, cần phải chọn loại thích hợp cho từng bệnh nhân.

Thường chọn theo ba loại tác dụng : an dịu, chống loạn thần và giải ức chế. Nói chung, tất cả các thuốc đều chống loạn thần. Một số có nhiều tác dụng an dịu, một số có nhiều tác dụng giải ức chế. Trong bảng dưới đây sắp xếp các thuốc thông dụng ở nước ta, thuốc càng ở hàng trên càng có tác dụng an dịu, thuốc càng ở hàng dưới càng có tác dụng giải ức chế:

Tác dụng	Tên thuốc	Liều trung bình
An dịu (nhiều hơn)	Nozinan	50 – 300 mg
	Resecpin	2 – 5 mg
	Aminazin	100 – 500 mg
Đa trị	Haloperidol	6 – 25 mg
Giải ức chế (nhiều hơn)	Frenolon	5 – 30 mg
	Majeplil	10 – 70 mg
	Suapirit	200 – 1800 mg

Cách sắp xếp nói trên chỉ có giá trị tương đối vì tác dụng của thuốc an thần kinh có thể thay đổi theo liều lượng. ví dụ: Frenolon liều thấp thì giải trí chế nhung liều cao lại có tác dụng an thần.

Trong thực tế lâm sàng nhiều khi phải điều trị thử và thăm dò nhiều loại an thần kinh mới xác định được loại nào thích hợp với bệnh nhân nào.

Hiện nay, trên thế giới, aminazin vẫn là thuốc cơ bản được dùng nhiều nhất và dùng các thuốc khác là dựa vào lợi thế của từng loại, thí dụ:

- Haloperidol có tác dụng tốt trong trường hợp có nhiều hoang tưởng áo giác hay kích động lú lẫn.
- Nozinan trong trường hợp có hội chứng trầm cảm và xung động tự sát
- Majeptil, supirit trong trường hợp lâm II, căng trương lực.

b) *Chống chỉ định*:

- Các bệnh cơ thể nặng, nhiễm khuẩn nặng
- Các bệnh thần kinh như: xơ rải rác, nhược cơ, Parkinson
- Bệnh glocom
- Hôn mê do ngộ độc
- Resepcin không dùng kết hợp với IMAO và sốc điện

c) *Liều lượng*:

Hiện nay thường dùng liều trung bình

Liều lượng được xác định theo hai tiêu chuẩn : sự thuỷ phân giảm các triệu chứng, trạng thái ngâm thuốc.

Do vậy, khi bắt đầu có hội chứng ngâm thuốc (giống Parkinson) thì dùng liều rồi hạ dần xuống cho đến khi triệu chứng vẫn thuỷ phân giảm mà không còn hội chứng giống Parkinson là đạt được liều thích hợp cho từng bệnh nhân.

d) *Cách cho thuốc*:

Trong các trường hợp cấp hoặc bệnh nhân không chịu uống thuốc thì dùng đường tiêm, thường là tiêm bắp.

Điều trị lâu dài nên cho uống. nếu liều thấp có thể cho uống cả liều một lần buổi tối. nếu liều cao cho uống 2/3 buổi tối, 1/3 buổi sáng.

Bệnh nhân tâm thần thường giấu thuốc, vì vậy phải kiemer tra chặt chẽ bảo đảm bệnh nhân thật sự đã uống thuốc

e) *Theo dõi và điều trị biến chứng*:

Thuốc an thần kinh dùng cho bệnh nhân loạn thần thường dùng kéo dài nên có thể gây nhiều biến chứng. cần phải theo dõi chặt chẽ để kịp thời phát hiện biến chứng, cắt thuốc và điều trị biến chứng.

Phải khám xét.....(không biết chữ gì).....lâm sàng cẩn thận để phát hiện trường hợp chống chỉ định.

Phải theo dõi huyết áp để đề phòng hạ huyết áp trong những ngày điều trị đầu tiên hoặc do đứng dậy hay chuyển động mạnh đột ngột.

Theo dõi hội chứng giống Parkinson để cắt thuốc và điều trị (artane 8 đến 10 mg mỗi ngày)

Theo dõi màu da để phát hiện viêm da dị ứng (mẩn đỏ).

Theo dõi lâm sàng(vàng da, vàng mắt) và từng chu kỳ xét nghiệm chức năng gan để phát hiện viêm gan nhiễm độc.

Theo dõi từng chu kỳ xét nghiệm huyết học để phát hiện trường hợp giảm bạch cầu, mất bạch cầu da nhân...

Khi ý thức bắt đầu u ám, phải theo dõi chặt chẽ để phát hiện trạng thái ngất độc cấp có thể đưa tới hôn mê và tử vong.

## B. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG CÁC THUỐC HƯNG THẦN

a) *Chi định:* điều trị tất cả các trạng thái trầm cảm nội sinh, phản ứng và tâm căn.

Các thuốc hưng thần ở nước ta gồm có IMAO và các dẫn xuất 3 vòng của iminodibenzyl.

Các IMAO : do ức chế hoạt động một số men (diamino-oxydaza, decacboxylaza....) nên gây út động một số chất chuyên hóa độc trong cơ thể. Các chất này khi kết hợp với một số thuốc hướng thần khác (imipramin, resecpin, bacbituric) và một số thức ăn, thức uống (thức ăn lên men, rượu...) sẽ gây ra nhiều tai biến nên nay ít dùng, nhiều nơi không dùng nữa.

Các dẫn chất 3 vòng thông dụng ở nước ta gồm có melipramin (imipramin), anafranil, amitryptylin, nhưng chủ yếu là melipramin.

Melipramin dùng cho trạng thái trầm cảm nặng.

Anafranil dùng cho người già và người có rối loạn tim mạch, ít gây biến chứng hơn melipramin. Cũng ít hoạt hóa lo âu hơn.

Amitryptylin tác dụng dịu hơn, giải âu lo, dùng cho các trạng thái trầm cảm tâm căn và trầm cảm nhẹ, nhất là dùng trong điều trị ngoại trú.

Tuy nhiên, lầm lúc cũng phải thăm dò vì trong ba loại thuốc nói trên, có bệnh nhân thích hợp với loại này mà không thích hợp với loại kia.

β) *Chống chỉ định:* (chủ yếu của melipramin)

- Không dùng kết hợp với IMAO.
- Không dùng cho bệnh nhân có rối loạn tim mạch và hô hấp nặng.

- Không dùng cho bệnh nhân glocom.
- Không dùng cho phụ nữ có thai và người già, nhất là khi có xơ mạch não kèm theo.

*χ) Liều lượng:*

- Melipramin và anafranil : 50 – 200 mg mỗi ngày.
- Amitryptylin: 90 – 200 mg mỗi ngày.

*δ) Cách thức cho:*

Trạng thái trầm cảm nhẹ: dùng Amitryptylin trung bình bằng đường uống.

Trạng thái trầm cảm vừa: dùng melipramin bằng đường uống.

Trạng thái trầm cảm nặng:

- Tiêm truyền tĩnh mạch melipramin ngày đầu 25 mg, tăng dần đến liều tối đa 100 mg mỗi ngày.
- Sau 10 ngày tiêm, chuyển sang uống (tối đa 200 mg mỗi ngày)
- Chỉ cho thuốc ban ngày, không cho lúc chiều tối để tránh gây mất ngủ.

*ε) Theo dõi biến chứng:*

Melipramin thường phát huy tác dụng chậm (sau 8-15 ngày), nên trong 2 tuần đầu, mặc dù melipramin tiêm tĩnh mạch có thể thay đổi điện, vẫn phải theo dõi chặt chẽ, nhất là khi bệnh nhân có ý tưởng bị tội

Trong một số trường hợp, melipramin tăng cường các trạng thái lo âu, kích động, hoang tưởng, ảo giác. Có lo âu kích động rõ rệt: không cho melipramin. Nếu cho, phải cho kết hợp với nozinan đồng thời theo dõi chặt chẽ khuynh hướng tự sát để kịp thời cắt thuốc và súc điện.

## C. NGUYÊN TÁC SỬ DỤNG CÁC THUỐC BÌNH THÀN

- a) Chỉ định:** rất rộng, tất cả các loại bệnh có kèm theo hiện tượng lo âu, bao gồm các bệnh tâm căn, các bệnh cơ thể tâm sinh và nhiều bệnh nội ngoại khoa khác nhau. Ngoài ra, còn dùng trong bệnh động kinh và các bệnh có kèm theo co thắt cơ.

Thông dụng ở nhược ta là meprobamat và các thuốc benzodiazepin.

Meprobamat hiện nay ít dùng và được thay thế bằng các loại benzodiazepin (valium và librium).

**b) Chống chỉ định:**

Valium (seduxen) ít có tác dụng phụ và nếu có cũng không quan trọng.

Valium làm giảm sức chú ý, không nên dùng cho những người lái tàu xe.

Valium làm giãn cơ, không dùng cho trường hợp nhược cơ.

**c) Liều lượng:**

Trung bình 5 – 10 mg mỗi ngày.

Những trường hợp mất ngủ nhiều (do căng thẳng, lo âu) có thể dùng đến 30 mg mỗi ngày

**d) Cách thức cho:** uống là chủ yếu.

Trong động kinh liên tục : dùng valium tiêm tĩnh mạch 10 -20 mg ngay từ đầu. về sau, nếu cần, tiêm bắp thêm 10 – 20 mg nữa.

**e) Theo dõi biến chứng:** dùng lâu ngày cần theo dõi hiện tượng suy yếu sinh dục và nghiện thuốc.

Đặc biệt dùng các thuốc bình thản lâu ngày mà cắt thuốc đột ngột có thể gây co giật kiêu động kinh (nhất là đối với meprobamat)

## **V. CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG CỦA MỘT SỐ THUỐC HƯỚNG THẦN THÔNG DỤNG**

Cơ chế bệnh sinh các triệu chứng tâm thần hiện nay vẫn còn là một vấn đề rất phức tạp chưa được sáng tỏ đầy đủ. Vì vậy cơ chế tác dụng của các thuốc hướng thần vào các quá trình tâm thần bệnh lý cũng đang còn ở giai đoạn các giả thuyết.

Sau đây chỉ xin nêu một số giả thuyết được nhiều tác giả nói đến, nhất là thuyết hoạt lực amin đơn (monoamin-ergic).

### **1. Tác động của aminazin.**

Tác động chủ yếu vào hệ thống adrenecgic của cấu tạo lưới: ức chế ánh hưởng của các luồng xung động hướng tâm và cả thành phần hoạt hóa đi lên của cấu tạo lưới ở thân não. Tại các nơi đây, aminazin ức chế hoạt động của các môi giới thần kinh catecholamin (noadrenalin, dopamin) và serotonin và từ đó có tác dụng anвиu tâm thần, giảm kích động...

### **2. Tác động của haloperidol.**

Cũng có cơ chế tương tự như aminazin nhưng tác động tập trung nhiều hơn vào các nhân xám trung ương, ức chế hoạt động của dopamin, gây ra nhiều rối loạn ngoài tháp (hội chứng Parkinson).

### **3. Tác động của melipramin.**

Tại não trung tâm, melipramin ức chế các bộ phận thu hồi noadrenalin tại các sinap của các neuron thụ cảm và do đó lượng noadrenalin được tích lũy khá nhiều ở phía ngoài các bộ phận thu hồi gây tác động hoạt hóa khí sắc và hoạt động tâm thần.

### **4. Tác động của valium.**

Valium tác động tập trung vào hệ thống viền của não trung tâm và hồi hải mã, phân hủy noadrenalin và chống acetylcholin, do đó có hiệu lực giải lo âu.

Các giả thuyết nói trên chỉ có giá trị tương đối và nhất thời nhưng biểu hiện rõ khuyễn hướng hiện đại xem các rối loạn tâm thần xuất hiện chủ yếu trên cơ sở những rối loạn lý hóa ở não và từ đó xem liệu pháp hóa được là liệu pháp có triển vọng nhất trong các liệu pháp

điều trị tâm thần.

Tuy nhiên hóa dược có tác dụng rõ rệt với các triệu chứng tâm thần dương tính, chưa rõ rệt với các triệu chứng âm tính. Vì vậy với những bệnh nhân tâm thần mạn tính, có nhiều rối loạn tác phong, xa rời lao động và tránh tiếp xúc xã hội, chỉ dùng hóa dược không đủ. Hóa dược phải được dùng kết hợp với liệu pháp khác, nhất là liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội.

## Bài 16: LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Liệu pháp tâm lý là liệu pháp cần áp dụng đầu tiên khi bệnh nhân tâm thần mới đặt chân tới viện và tiếp tục áp dụng trong suốt quá trình bệnh nhân nằm viện.

Bất cứ thầy thuốc ở chuyên khoa nào cũng cần biết sử dụng liệu pháp tâm lý vì bệnh nhân nào cũng có một trạng thái tâm lý riêng do bệnh gây ra, một nhân cách ít nhiều có biến đổi trong quá trình bị bệnh.

Thầy thuốc tâm thần cần nắm vững và sử dụng thành thạo các liệu pháp tâm thần vì:

- Mỗi loại bệnh tâm thần có trạng thái tâm lý khác nhau và luôn luôn biến đổi.
- Các bệnh tâm thần do căn nguyên tâm lý thì phải điều trị bằng liệu pháp tâm lý thì mới khỏi được.

### I. QUAN ĐIỂM XÂY DỰNG LIỆU PHÁP TÂM LÝ CỦA CHÚNG TA

Có nhiều liệu pháp tâm lý khác nhau tùy theo quan điểm khác nhau về nguyên nhân bệnh tâm thần.

Liệu pháp tâm lý duy vật của chúng ta xây dựng trên 3 quan điểm cơ bản sau:

#### 1. Các kích thích của môi trường sinh sống bên ngoài ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động tâm thần:

Liệu pháp tâm lý nhằm loại trừ mọi kích thích xấu, âm tính đối với tâm thần và tăng cường các kích thích tốt, dương tính.

**2. Cơ thể và tâm thần là một khối thống nhất, thường xuyên có tác dụng qua lại với nhau:**

Sang chấn tâm thần có thể xảy ra những rối loạn trong cơ thể và ngược lại các bệnh cơ thể đều có thể gây ra các rối loạn tâm thần nhất định.

Liệu pháp tâm lý nhằm loại trừ những hiện tượng lo lắng về bệnh tật, không yên tâm điều trị, thiếu tin tưởng chuyên môn, là những hiện tượng làm cho mọi bệnh đều tiến triển xấu.

Ngược lại, nó nhằm bồi dưỡng nhân cách bệnh nhân vững mạnh, gây tin tưởng tuyệt đối vào chuyên môn để mọi biện pháp điều trị đều có hiệu lực tối đa.

**3. Lời nói có tác dụng như một kích thích thực sự, có thể gây ra bệnh cũng như có thể chữa được bệnh:**

Liệu pháp tâm lý nhằm khai thác hiệu lực tối đa của lời nói để chữa bệnh: từ cách tiếp xúc với bệnh nhân cho đến cách giải thích bệnh cũng như cách ám thị bệnh nhân để làm mất các triệu chứng chức năng.

## II. LIỆU PHÁP TÂM LÝ GIÁN TIẾP

Đây là liệu pháp áp dụng cho tất cả các loại bệnh nhân chứ không phải chỉ riêng cho bệnh nhân tâm thần. Ở đây chỉ nói đến liệu pháp gián tiếp đối với bệnh nhân tâm thần.

Có thể nói liệu pháp tâm lý gián tiếp bao gồm toàn bộ công tác tổ chức và các quy tắc, chế độ trong bệnh viện nhằm mục đích làm cho bệnh nhân sinh hoạt thoải mái, yên tâm chữa bệnh, tin tưởng vào chuyên môn và từ đó mất những triệu chứng thứ phát do lo nghĩ, buồn rầu, sợ hãi, hiểu nhầm sinh ra.

**a) Cách xây dựng bệnh viện, buồng bệnh tâm thần:**

Bệnh viện tâm thần phải xây dựng ở một địa điểm yên tĩnh, rộng rãi, mát mẻ, không xa hoán cảnh sinh hoạt xã hội bình thường, không có tường cao, hào sâu xung quanh, hạn chế khu kín, phát triển khu mở.

Buồng bệnh không cần cửa lim, song sắt, không cần nhiều buồng cách ly.

Nói chung, tránh cho bệnh nhân tâm thần có ánh tượng bị giam giữ.

**b) Các chế độ, thủ thuật:**

Cố gắng thực hiện chế độ giải phóng bệnh nhân tâm thần đến mức tối đa, tránh bó buộc, bó mồm bắt uống thuốc, bắt ăn, v.v...

Giải quyết ngay những trường hợp kích động, tránh tiếng la hét, đập cửa ảnh hưởng đến bệnh nhân tâm thần khác.

Thực hiện thường xuyên liệu pháp lao động và giải trí.

Sốc điện phải làm thật kín đáo.

**c) Cách tiếp xúc với bệnh nhân tâm thần:**

Tránh hai thái độ sai lầm: sợ và coi thường bệnh nhân tâm thần.

Trong cuộc tiếp xúc đầu tiên, tìm mọi cách thناh toán ngay ân tượng sai lầm của đa số bệnh nhân tâm thần cho rằng người nhà đưa đến bệnh viện để giam giữ (đón tiếp niềm nở, cõi trói, cho tham quan sinh hoạt trong bệnh viện).

Trong khi thăm hỏi, làm cho bệnh nhân tin tưởng để bộc lộ những lo lắng, thắc mắc trong nội tâm và những sang chấn tâm thần đã gây ra bệnh.

Cần duy trì mối liên hệ, tiếp xúc thường xuyên, hằng ngày, giữa thầy thuốc và bệnh nhân tâm thần để kịp thời nắm được diễn biến tâm thần vô cùng phức tạp của bệnh nhân, tránh cho bệnh nhân cảm giác bị bỏ rơi, thiếu nâng đỡ, sinh ra lo lắng, sợ hãi, v.v...

d) *Dám bảo một môi trường “vô khuẩn về tâm lý”:*

Nội dung lời nói của nhân viên phục vụ phải ăn khớp với nội dung dung lời nói của thầy thuốc. nói không ăn khớp sẽ gây mất tin tưởng ngay.

Phát ngôn bừa bãi để bệnh nhân nghe thấp thỏm về bệnh trạng của mình có thể gây ra những tai hại đáng tiếc.

Một lời nói không khéo, một cái cười thiếu ý thức của nhân viên phục vụ có thể làm mất tác dụng của liệu pháp ám thị rất công phu của thầy thuốc.

### III. LIỆU PHÁP TÂM LÝ TRỰC TIẾP

Đó là những liệu pháp dùng lời nói trực tiếp tác động vào tâm thần người bệnh để chữa bệnh.

Những liệu pháp thường dùng là: **giải thích hợp lý, ám thị khi thực, ám thị trong giấc ngủ thôi miên, tự ám thị.**

a) *Giải thích hợp lý:*

Dùng lý lẽ trình bày cho bệnh nhân rõ trạng thái bệnh của họ và **gợi cho họ thái độ hợp lý** đối với bệnh của mình.

Muốn giải thích có kết quả, trước hết phải gây được lòng tin của bệnh nhân, **lại phải nghiên cứu kĩ bệnh sử, đặc điểm nhân cách của bệnh nhân, trình độ văn hóa và chính trị** mà có cách giải thích khác nhau, hợp lý với từng bệnh nhân. **⇒ Phải có khía cạnh !!!**

b) *Ám thị khi thực:*

Ám thị giống với giải thích ở chỗ cũng dùng lời nói làm cho bệnh nhân hiểu rõ thực chất bệnh trạng của mình và giúp cho bệnh nhân cách thanh toán bệnh.

Nhưng khác là ở chỗ **thầy thuốc** còn dùng những biện pháp phụ lực để đưa bệnh nhân đến **chỗ tin tưởng tuyệt đối** vào **thầy thuốc**, vào **kết quả của phương pháp chữa bệnh**, từ đó lời nói của **thầy thuốc** có hiệu lực rất lớn đối với bệnh nhân, có khả năng **làm mất các triệu chứng** **chức năng** (phản lớn do hiện tượng tự ám thị gây ra).

Các biện pháp phụ lực thường dùng là: **buồng điều trị nghiêm túc, nhân viên giúp việc ám thị thêm vào**, dùng các **thuốc kích thích, châm cứu, điện châm**, v.v...

c) *Ám thị trong giấc ngủ thôi miên:*

**Thôi miên** là trạng thái ức chế không hoàn toàn của vỏ não, là trạng thái trung gian giữa thức và ngủ, bệnh nhân ngủ nhưng trong não vẫn còn diêm thức gọi là diêm cảnh tinh.

Quan điểm cảnh tinh này bệnh nhân tiếp thu được tiếng nói và lời ám thị của thầy thuốc.

Trong trạng thái thôi miên, **tính chịu ám thị** của bệnh nhân tăng lên rất cao so với khi thức. do đó ám thị trong giấc ngủ thôi miên so với ám thị khi thức **hiệu lực lớn hơn rất nhiều** và dùng để **chữa những trường hợp ám thị** khi thức ít kết quả.

Có nhiều phương pháp gây ra trạng thái thôi miên, phương pháp đơn giản và thông dụng nhất là trong một phòng hơi tối, im lặng hoàn toàn, dùng lời nói đều đặn ám thị làm cho bệnh nhân có trạng thái mệt mỏi, nồng nè, buồn ngủ và dần dần bệnh nhân đi vào giấc ngủ thôi miên. Trong giấc ngủ ấy dùng lời nói ám thị bệnh nhân để làm mất các triệu chứng chúc năng như tê, liệt, diếc, cảm, run, nói lắp,v.v…

#### d) **Tự ám thị:**

Thường thì bệnh nhân nào cũng tự ám thị cho mình một cách tự phát về hiệu quả chữa bệnh và tiến triển của bệnh. Có người lạc quan, cho bệnh của mình nhẹ, không đáng để ý. **Ngược lại, cũng một trạng thái bệnh có người lại bi quan**, cho là bệnh của mình quá nặng, không chữa được.

Vì vậy nhiệm vụ của thầy thuốc là giúp cho bệnh nhân tự ám thị đúng mức theo hướng có lợi cho sức khỏe nhất.

Cho nên tự ám thị là biện pháp chí thực hiện sau khi đã áp dụng liệu pháp giải thích hợp lý. **Hoàn cảnh tự ám thị tốt nhất là trước khi ngủ**, tức là lúc vỏ não đang lâm vào trạng thái giai đoạn. tự ám thi giản đơn nhất là nhâm thầm trong óc nhiều lần những công thức về sự tiến triển tốt của bệnh.

## IV. LIỆU PHÁP THU GIÃN LUYỆN TẬP

Đây là liệu pháp tâm lý chủ yếu và cơ bản lần đầu tiên áp dụng ở khoa tâm thần bệnh viện Bạch Mai từ năm 1970.

Hiện nay, phương pháp này đã được hoàn chỉnh và mở rộng áp dụng ở một số nơi khác, bước đầu mang lại một số kết quả khả quan.

#### 1. Cơ chế tác dụng của phương pháp thư giãn luyện tập.

##### a) Cơ chế tác dụng của phương pháp thư giãn.

Đó là phương pháp làm cho tâm thần thư thái, cơ bắp giãn mềm.

Phương pháp này do Schultz đề ra từ năm 1926, chủ yếu dựa vào cơ chế tự ám thị, vào tác động qua lại giữa tâm thần và cơ thể và vào mối tương quan giữa trương lực cơ và trạng thái căng thẳng tâm thần.

Trong phần nói về bệnh tâm căn, chúng ta đã biết các sang chấn tâm thần gây ra căng thẳng tâm thần cấp diễn hoặc trưởng diễn, và từ đó gây ra nhiều loại bệnh căn nguyên tâm lý rất đa dạng. chữa các loại bệnh này có nhiều cách. Cách tốt nhất là làm mất trạng thái căng thẳng tâm thần.

Căng thẳng tâm thần cũng biểu hiện ra ngoài bằng nhiều cách nhưng chủ yếu thể hiện bằng

hiện tượng căng thẳng cơ bắp. giận giữ thì mắt trợn, mày xéch, các bắp thịt ở mặt căng ra, hằn lèn. Trong giác ngộ ngon lành, yên tĩnh thì các đường nét ở mặt giãn ra, phảng lặng. ngược lại, làm cho trương lực cơ giảm xuống, làm cho các cơ bắp giãn ra thì trạng thái tâm thần trở nên yên dịu, mắt căng thẳng. vài vây làm cho cơ bắp giãn mềm là cơ chế chủ yếu của phương pháp thư giãn.

Để điều khiển các cơ bắp giãn mềm theo ý muốn, phương pháp này lại dùng đến cơ chế tự ám thị. Nghĩa là dùng ý nghĩ tập trung cao độ thông qua hệ thần kinh, làm biến đổi trương lực cơ. Ngoài ra, cũng bằng cách tự ám thị, làm biến đổi các quá trình tâm sinh lý khác: làm yên tĩnh, làm nóng cơ thể, làm tim đập chậm...

**b) Cơ chế tác dụng của phương pháp luyện tập.**

Chủ yếu là phương pháp thở bụng theo kiểu khí công và tập một số tư thế theo phương pháp luyện tập Yoga:

- Thở bụng, thở trong trạng thái tập trung ý nghĩ cũng tác dụng làm cho tâm thần yên tĩnh, đỡ căng thẳng.
- Tập một số tư thế Yoga cũng nhằm rèn luyện cơ thể dẻo dai, bền bỉ, tâm thần bình tĩnh, yên dịu.
- Nói chung, các phương pháp làm giãn cơ, thở khí công, tập tư thế, đều có liên quan đến cơ chế tự ám thị, đều lấy tự ám thị làm điểm tựa, đều nhằm vào tác động qua lại giữa tâm thần và cơ thể:
- Dùng cơ thể tác động vào tâm thần (thở, giãn cơ, tư thế) làm cho tâm thần thoải mái, yên tĩnh, mắt căng thẳng.
- Dùng tâm thần tác động lại cơ thể (ý nghĩ tập trung) điều chỉnh hoạt động cơ thể (kể cả hoạt động thực vật, nội tạng) theo phương hướng đã định, loại trừ các rối loạn.

**2. Phương pháp thư giãn luyện tập áp dụng ở khoa tâm thần bệnh viện Bạch Mai**

**a) Nội dung của phương pháp:** chủ yếu dựa vào phương pháp thư giãn của Schultz, nhưng có thể cải tiến:

- Rút ngắn từ 6 bài tập xuống 3 bài tập và thời tập luyện từ 6 tháng xuống 3 tuần
- Sử dụng máy ghi âm hỗ trợ cho quá trình tự ám thị của người tập, giúp thành công nhanh chóng
- Kết hợp với phương pháp tập thở khí công
- Luyện tập các tư thế Yoga

**b) Phương pháp thư giãn:**

Ba bài tập cơ bản.

Bài 1: bài tâm thần thư thái:

- Tập ở tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái.
- Mắt nhắm, tay chân duỗi thẳng, cơ bắp đê mê hoàn toàn.
- Thở theo kiểu khí công
- Tập trung tư tưởng, nhắm thầm câu “toàn thân yên tĩnh”.
- Đồng thời với nhắm, tưởng tượng toàn cơ thể rất thoải mái, dễ chịu, tâm thần thư thái, lâng lâng, xung quanh lặng lẽ, yên tĩnh.
- Tập từ 5 đến 10 phút trước khi ngủ và sau khi thức dậy.

Bài 2: *Bài giãn mềm cơ bắp*:

- Nằm, mắt nhắm, thở như bài 1.
- Tập trung tư tưởng, nhắm thầm câu “tay phải nặng dần” (cơ bắp giãn mềm gây cảm giác nặng).
- Đồng thời tưởng tượng: tay phải mỗi lúc một nặng hơn, trôi xuống dính chặt vào giường.
- Khi cảm giác nặng đã xuất hiện ở tay phải thì chuyển sang tập tay trái, cách thức tập giống như tập tay phải.
- Sau khi tay trái đạt kết quả thì chuyển sang tập 2 chân rồi cuối cùng tập cảm giác nặng toàn thân.

Bài 2 cũng tập từ 5 đến 10 phút trước khi ngủ và sau khi thức dậy.

Bài 3: *bài tỏa ấm cơ thể*:

- Nằm, mắt nhắm, và thở như bài 1 và bài 2.
- Tập trung tư tưởng, nhắm thầm câu “tay phải ấm dần”.
- Đồng thời tưởng tượng: có một làn hơi ấm tỏa ra từ tay phải mỗi lúc một ấm hơn
- Khi đã có cảm giác ấm ở tay phải thì chuyển sang tập tay trái rồi đến 2 chân và cuối cùng đến toàn thân.
- Cũng tập từ 5 đến 10 phút trước khi ngủ và sau khi thức dậy.

*Bài tập chuyên biệt:*

Sau từ một đến ba tuần, có thể tập thành thạo ba bài cơ bản và lúc bấy giờ thầy thuốc tâm thần sẽ trực tiếp hướng dẫn bài tập chuyên biệt.

Bài tập chuyên biệt cũng dựa vào cơ chế tự ám thị như ba bài trên nhưng nội dung câu nhảm đặt ra theo nguyên nhân và triệu chứng chủ yếu của mỗi trường hợp.

c) *Phương pháp tập luyện:*

Thường tập luyện các tư thế Yoga sau đây: hoa sen, vặn vò đỗi, cây nén, cái cày, con rắn, cái đe.

Tùy theo trạng thái sức khỏe và triệu chứng của bệnh mà chọn các tư thế thích hợp cho từng bệnh nhân.

Điều chủ yếu không phải là cố tập cho được nhiều tư thế phức tạp, mà bằng cơ chế tự ám thị dần dần làm được dễ dàng, mềm mại các tư thế khó, căng thẳng và trong các tư thế đó vẫn tiến hành thư giãn được.

### 3. Chỉ định của phương pháp thư giãn tập luyện.

- Các bệnh tâm căn.
- Các bệnh cơ thể tâm sinh.
- Các bệnh y sinh.
- Các trạng thái suy nhược, các rối loạn chức năng.
- Các trường hợp thiểu năng sinh dục nam.
- Người già, người có bệnh mạn tính cần bảo vệ và phục hồi sức khỏe.
- Các vận động viên thể thao, thể dục, các nhà du hành vũ trụ cần rèn luyện tính cách vừa bình thản, vừa phản ứng cơ động.
- Cán bộ công nhân cần thích nghi trong những hoàn cảnh công tác quá biến động hay quá khắc nghiệt.

Tập thức ngủ đúng giờ, rèn luyện trí nhớ, thích nghi thời tiết, v.v...

## Bài 17: ĐẠI CƯƠNG VỀ CÁC BỆNH TÂM CĂN

### I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh tâm căn là những bệnh tâm thần chức năng xuất hiện do những sang chấn tâm thần có ý nghĩa thông tin riêng, tác động và những nhân cách có tính chất đặc biệt, trong những điều kiện ảnh hưởng của cơ thể và môi trường.

Có nhiều loại bệnh tâm căn, mỗi bệnh có một bệnh cảnh đặc trưng.

Thuật ngữ bệnh tâm căn dịch từ thuật ngữ 'neurose' trước dịch là loạn thần kinh. Nevrose là 1 thuật ngữ xuất hiện từ xưa, không còn phù hợp với quan niệm ngày nay. Do đó thuật ngữ loạn thần kinh cũng không phù hợp và gây ra nhiều hiểu lầm trong chẩn đoán, điều trị, phân phối bệnh nhân và giảng dạy....

Các bệnh tâm căn chiếm một tỉ lệ rất cao trong nhân dân các nước, đặc biệt ở nước ta bản. Dmitri tổng hợp con số nhiều nước từ 1956 tới 1965 cho rằng bệnh tâm căn chiếm tới 52-60 trên 1000 dân (5-6%) theo Taylor bệnh tâm căn chiếm 1/3 tổng số bệnh nhân ở London. Ở nước ta, qua 1 số điều tra cơ bản, bệnh tâm căn trong thời bình chiếm tỉ lệ khoảng 5% và

trong thời chiến còn cao hơn.

## II. CÁC QUAN NIỆM KHÁC NHAU VỀ BỆNH TÂM CĂN

Cho đến thế kỉ 19, bệnh tâm căn được quan niệm như là một bệnh thần kinh, nhưng y học chưa dù trình độ phát hiện được những tổn thương thực thể nên gọi là bệnh chức năng.

Đến giữa thế kỉ 19 mới xuất hiện quan niệm đúng đắn xem bệnh tâm căn thực chất là 1 bệnh tâm thần, một bệnh do sang chấn tâm thần gây ra.

Tuy nhất trí về bệnh nguyên, nhưng về cơ chế bệnh sinh thì đến nay chưa thống nhất. tựu chung có 3 trường phái:

1. Trường phái Charcot, Babinski nhấn mạnh vào cơ chế ám thị và tự ám thị trong việc phát sinh ra bệnh tâm căn.
2. Trường phái Freud xem bệnh tâm căn là 1 hình thức trái hình (để biếu lộ ra ngoài) của bản năng tình dục bị dồn nén trong vô thức. quan điểm sai lầm này rất phổ biến trong tâm thần học phương tây hiện nay.
3. Trường phái Paplop cho rằng bệnh tâm căn xuất hiện do hiện tượng quá căng thẳng của 2 quá trình hung phấn và ức chế vô não hoặc hiện tượng quá di động của 2 quá trình ấy. về nguyên nhân gây ra căng thẳng, các tác giả liên xô hiện nay nhấn mạnh vào các sang chấn tâm thần mang ý nghĩa thông tin gây bệnh.

## III. NGUYÊN NHÂN GÂY RA CÁC BỆNH TÂM CĂN: CÁC SANG CHẤN TÂM THẦN

**Định nghĩa:** có thể xem như là sang chấn tâm thần, tất cả những sự việc, những hoàn cảnh trong các điều kiện sinh hoạt xã hội, trong mối liên quan phức tạp giữa người với người, tác động vào tâm thần, gây ra những cảm xúc mạnh, phần lớn là tiêu cực: sợ hãi, lo lắng, buồn dầu, tức giận, ghen tuông, thất vọng.....

### Tính chất và phương thức gây bệnh của các sang chấn tâm thần:

Phương thức gây bệnh tâm căn rất đa dạng và phức tạp:

- α)** Sang chấn gây bệnh có thể mạnh, cấp diễn hoặc không mạnh nhưng trường diễn.
- β)** Bệnh có thể xuất hiện do 1 sang chấn duy nhất gây ra hoặc do nhiều sang chấn kết hợp với nhau gây ra.
- γ)** Bệnh có thể xuất hiện ngay sau khi bị sang chấn hay sau 1 thời gian ngầm sang chấn.
- δ)** Có thể sang chấn là nguyên nhân trực tiếp gây ra bệnh tâm căn cũng có thể sang chấn là 1 nhân tố thúc đẩy 1 bệnh cơ thể hay 1 bệnh loạn thần phát sinh.

- ε)** Tính gây bệnh của sang chấn phần lớn phụ thuộc và ý nghĩa thông tin đối với 1 cá thể nhất định. Tin 1 người chồng chết có thể gây bệnh hay không gây bệnh cho người vợ tùy thuộc vào mối quan hệ tình cảm vợ chồng.
- ɸ)** Tính gây bệnh của sang chấn còn phụ thuộc vào sự chuẩn bị tâm thần và cơ thể trước 1 sang chấn.
- γ)** Sang chấn càng bất ngờ thì càng dễ gây bệnh.
- η)** Sang chấn có tính chất gây bệnh nếu người bị tác động không tìm được lối thoát trong tương lai.
- ι)** Những sang chấn gây phân vân giao động hoặc gây xung đột giữa những khuynh hướng khó dung hòa là những sang chấn thường gây bệnh.

#### **IV. VAI TRÒ CỦA NHÂN CÁCH TRONG CÁC BỆNH VỀ TÂM CĂN**

Sang chấn tâm thần có thể gây bệnh tâm căn hay không, gây bệnh này hay bệnh khác phụ thuộc chủ yếu vào nhân cách.

Nhân cách bao gồm nhiều thành phần khác nhau( xu hướng, khí chất,tính cách, năng lực) trong đó thành phần khí chất có ý nghĩa đặc biệt trong cơ chế hình thành các loại bệnh tâm căn.

Khí chất về mặt tâm lí học (hay loại hình thần kinh về mặt sinh lí thần kinh) đã được trường phái Paplop nghiên cứu công phu và đưa ra nhiều kết luận sáng tạo làm sáng tỏ nhiều khía cạnh trong lĩnh vực các bệnh tâm căn.

Ví dụ: dưới tác động của sang chấn tâm thần, loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu dễ bị bệnh tâm căn hysteria , loại hình thần kinh lí trí yếu dễ bị bệnh tâm căn suy nhược tâm thần, loại hình thần kinh trung gian yếu dễ bị bệnh tâm căn suy nhược.....

Tuy nhiên 1 số tác giả nhấn mạnh thành phần khí chất trong bệnh tâm căn, dễ trở nên phiến diện và không sát với thực tế lâm sàng. Rất nhiều trường hợp trên 1 số bệnh nhân vừa có biểu hiện bệnh tâm căn suy nhược, vừa có biểu hiện của bệnh tâm căn hysteria.

Vì vậy trong cơ chế phát bệnh sinh bệnh tâm căn, phải xét tới toàn bộ phần nhân cách chứ không nên chỉ xét đến nhân tố loại hình thần kinh mà thôi.

Một nhân cách vững mạnh, vì tổ quốc, vì lí tưởng, tự nguyện chịu đựng sang chấn khi sang chấn dù ác liệt đến đâu cũng mất tính gây bệnh. Hai cuộc chiến tranh chống Pháp và chống Mĩ đã chứng minh điều trên.

Một khi đã bị bệnh, nhân cách vững mạnh lại có tác dụng làm cho bệnh tâm căn dễ khỏi.

Ngược lại, một nhân cách yếu có thể bị bệnh dưới tác dụng của 1 sang chấn nhẹ, mà bệnh lại chậm hồi phục.

Trong cơ chế bệnh sinh, nhân cách có vai trò khác nhau tùy từng bệnh tâm căn. Trong bệnh tâm căn hysteria , nhân cách có vai trò quan trọng hơn sang chấn tâm thần và trong bệnh tâm thần suy nhược thì ngược lại.

#### **V. VAI TRÒ CỦA MÔI TRƯỜNG VÀ CƠ THỂ TRONG BỆNH TÂM**

# CĂN

## 1. Vai trò của môi trường

Các nhân cách hoạt động trong cùng một môi trường tác động qua lại cảm ứng lẫn nhau rất mật thiết.

Khi cảm ứng những nét tiêu cực, có thể gây ra 1 trạng thái bệnh lý tập thể. Đó là các trường hợp hysteria tập thể, trong 1 thời gian ngắn có thể lôi cuốn nhiều người trong 1 đơn vị nào vào 1 trạng thái bệnh lý giống nhau( nắc, co giật, kích động....)

Nhưng khi cảm ứng những nét tích cực, thì mỗi nhân cách trong tập thể lại được tăng thêm sức mạnh chống lại sang chấn. đó là một trong những điểm xuất phát của tinh thần vững vàng trong chiến tranh ác liệt của từng gia đình, từng thôn xóm trong cả nước ta.

Ngoài ra hiện tượng phân chia gánh nặng của sang chấn chung cho mỗi cá nhân trong tập thể đã làm giảm nhẹ tính gây bệnh của sang chấn thời chiến, một sang chấn dù lớn đến đâu đập vào 1 tập thể vững mạnh thì tính gây bệnh của sang chấn với từng cá nhân cũng giảm nhẹ đi rất nhiều. đó là lí giải vì sao tỉ lệ bệnh tâm căn thời chiến nước ta lại thấp hơn các nước khác.

## 2. Vai trò của cơ thể

Cơ thể khỏe mạnh là 1 lực lượng tốt cho nhân cách chống đỡ với sang chấn tâm lý.

Ngược lại 1 sang chấn tâm nhẹ có thể gây bệnh trong những điều kiện cơ thể suy yếu cho chấn thương,nhiễm khuẩn, nhiễm độc, suy dinh dưỡng.....

Cũng chính vì thế bệnh tâm căn thường xuất hiện vào thời kì khủng hoảng, thời kì về hưu.....

Trong các bệnh tâm căn, nhân tố cơ thể và nhân tố sang chấn lại thường kết hợp với nhau rất chặt chẽ trong bệnh sinh làm cho chẩn đoán gặp nhiều khó khăn trong 1 số trường hợp , nhất là các trường hợp bệnh tâm căn suy nhược.

# VI. PHÂN LOẠI BỆNH TÂM CĂN

Hiện nay có nhiều cách phân loại khác nhau về bệnh tâm căn. Tựu trung lại có 2 khuynh hướng đối lập nhau:

## 1. Khuynh hướng thu hẹp

Đó là cách phân loại theo loại hình thần kinh của Paplop gồm 3 bệnh căn cơ bản: bệnh tâm căn hysteria, bệnh tâm căn suy nhược tâm thần, bệnh tâm căn suy nhược.

Một số tác giả Liên Xô đã nói rộng cách phân loại này và thêm vào đó 1 số bệnh như:

- Bệnh tâm căn ám ảnh
- Bệnh tâm căn hệ thống chức năng( tức bệnh cơ thể tâm sinh)
- Bệnh tâm căn đơn chứng ở trẻ em: đáy dầm, nói lắp.....

Đây là cách phân loại hợp lí nhất , được đa số tác giả thừa nhận.

## 2. Khuynh hướng mở rộng

Nhiều tác giả, đặc biệt các tác giả phương tây dựa trên quan điểm bệnh sinh khác nhau, đưa vào bảng phân loại khá nhiều bệnh tâm căn khác nữa:

- Bệnh tâm căn lo ây;
- Bệnh tâm căn trầm cảm;
- Bệnh tâm căn chán thương;
- Bệnh tâm căn tim, tâm căn dạ dày, tâm căn thực vật.....

Khuynh hướng mở rộng này làm mờ ranh giới giữa bệnh tâm căn và những bệnh tâm thần khác và không sát với thực tế lâm sàng.

## VII. RẠNH GIỚI GIỮA BỆNH TÂM CĂN VÀ BỆNH TÂM THẦN KHÁC

### 1. Phân biệt bệnh tâm căn với bệnh loạn thần kinh phản ứng

(phản này lấy khác sách)

**Giống:** đều là những trạng thái phản ứng đối với sang chấn tâm thần nhưng mỗi bệnh có 1 sắc thái khác nhau

**Khác:**

	Bệnh loạn thần phản ứng	Bệnh tâm căn
Cường độ và tính chất sang chấn	Phản lớn do sang chấn mạnh và cấp diễn	Phản lớn do sang chấn vừa và kéo dài
Đặc điểm lâm sàng	Các triệu chứng biểu hiện 1 quá trình rồi loạn nặng làm mất tính thống nhất và toàn vẹn của hoạt động tâm thần, gây trở ngại nhiều trong tiếp xúc, trong hoạt động ý thức, nhận thức, cũng như trong hành vi, tác phong nên không học tập công tác được	Các triệu chứng biểu hiện 1 quá trình rồi loạn nhẹ, không gây rối loạn trong tiếp xúc, trong các hoạt động nhận thức, hành vi, tác phong không rồi loạn hoặc chỉ rồi loạn từng lúc nên nỗ lực sinh hoạt được
Đặc điểm tiến triển	Khỏi nhanh không để lại vết thương trong nhân cách	Thường kéo dài, làm biến đổi nhân cách, bệnh càng tái phát, nhân cách càng biến đổi

### 2. Phân biệt bệnh tâm căn với nhân cách bệnh

#### a) Khác nhau cơ bản về bệnh nguyên

Nhân cách bệnh là trạng thái bệnh lí của nhân cách, biểu hiện sự thiếu hài hòa trong các thành phần nhân cách, chủ yếu là hình thành trên cơ sở những thiếu sót của hệ thần kinh (

xuất hiện trong những thời kì khác nhau của quá trình phát dục) và do tác động xấu của môi trường xã hội và giáo dục không đúng.

Bệnh tâm căn là bệnh chức năng toàn bộ hoạt động tâm thần xuất hiện chủ yếu do tác dụng của sang chấn trên 1 nhân cách có tính chất đặc biệt.

b) *Về đặc điểm lâm sàng*

Cả 2 bệnh đều có nét giống về đặc điểm nhân cách nên có tên gọi giống nhau. Ví dụ song song với tên gọi ‘bệnh tâm căn hysteria’ có tên gọi ‘nhân cách bệnh hysteria’. Cả 2 những nét chung: tính tự ám thị cao, tính phô trương, tính tăng cảm xúc, giảm ý chí.

Nhưng trong nhân cách bệnh. Chủ yếu là những nét tính cách bệnh lý, những rối loạn cảm xúc ý chí thể hiện qua hành vi, tác phong bất thường xuất hiện lẻ tẻ, ngày càng nhiều, khó khôi phục và không do sang chấn tâm thần gây ra. Còn các triệu chứng cơ thể và tâm thần khác thì không có hay không đáng kể.

Còn trong bệnh tâm căn chủ yếu là các triệu chứng cơ thể và tâm thần xuất hiện thành 1 nội chung (hội chứng suy nhược, hội chứng ám ảnh.....) và xuất hiện từng cơn(cơn kích động cảm xúc, cơn liệt, cơn tê.....). Các hội chứng và cơn này thường xuất hiện sau 1 sang chấn tâm thần, tồn tại một thời gian ngắn, sau đó bù trừ được và mất đi. Còn những nét bệnh lý giống nhân cách bệnh, mãi về sau mới xuất hiện(sau nhiều lần tái phát). Nhưng không đậm nét như trong nhân cách bệnh và dễ hồi phục.

## Bài 18: BỆNH TÂM CĂN SUY NHUỢC

Bệnh này được Beard tách ra thành một đơn thể bệnh từ năm 1880 và gọi là neurasthenia (suy nhược thần kinh).

Theo Beard, nguyên nhân chính của bệnh là sự căng thẳng cảm xúc kéo dài dẫn đến suy yếu hệ thần kinh.

Về sau, nhiều tác giả mở rộng phạm vi và gọi là suy nhược thần kinh tất cả các hội chứng suy nhược do các nguyên nhân khác gây ra như: chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể mạn tính....

Vì vậy, để giới hạn vấn đề, Kreindler đề nghị gọi là bệnh tâm căn suy nhược. Nếu bệnh chủ yếu do sang chấn tâm thần gây ra. Còn các trường hợp khác không do sang chấn tâm thần hay căng thẳng cảm xúc gây ra thì gọi là hội chứng suy nhược (sau chấn thương, sau nhiễm

khuẩn....).

Bệnh tâm căn suy nhược ở nước ta (cũng như nhiều nước khác) là bệnh tâm căn phổ biến nhất. Bệnh xuất hiện ở những người lao động trí óc nhiều hơn là lao động chân tay, ở đàn ông nhiều hơn đàn bà và nhiều nhất ở lứa tuổi từ 20 đến 45.

## I. NGUYÊN NHÂN

Thường phân biệt nguyên nhân chủ yếu của bệnh với nhân tố thúc đẩy bệnh.

### 1. Nguyên nhân chủ yếu:

Đó là các sang chấn tân thần và hoàn cảnh xung đột.

Có rất nhiều loại:

- a) Xung đột giữa nhân cách người bệnh với môi trường sinh sống xung quanh.
- b) Mâu thuẫn giữa quyền lợi cá nhân và yêu cầu của xã hội.
- c) Mâu thuẫn giữa lý tưởng người bệnh và hiện thực.
- d) Mâu thuẫn kéo dài trong công tác: phạm sai lầm liên tiếp, bất hòa với tập thể và với cộng sự.
- e) Mâu thuẫn trong đời sống cá nhân và gia đình: thất vọng trong tình yêu, vợ chồng không hòa hợp, tan tóc trong gia đình, con cái bị tàn tật, hư hỏng.....
- f) Sang chấn gây bệnh có thể là một hay nhiều. Thường thì sang chấn có tính chất trưởng diễn và nhiều sang chấn kế tục nhau và kết hợp với nhau.
- g) Bệnh tâm căn suy nhược thường xuất hiện từ từ sau một thời gian ngầm sang chấn (nửa năm, một năm hoặc lâu hơn), khi gặp thêm một nhân tố thúc đẩy nào đó.

### 2. Các nhân tố thúc đẩy

- a) Bệnh thường xuất hiện ở những người thuộc loại hình thần kinh trung gian yếu.  
Nhưng cũng có thể xảy ra ở những người thuộc loại hình thần kinh khác: loại hình thần kinh trong bệnh tâm căn suy nhược không có tầm quan trọng như trong bệnh tâm căn hysteria.
- b) Những bệnh viêm nhiễm mạn tính hay tiềm tàng: viêm túi mật, viêm dạ dày, viêm xoang, viêm phổi.....
- c) Thiếu dinh dưỡng kéo dài (hay dinh dưỡng không hợp lý).

- d) Thiếu ngủ lâu ngày.
- e) Lao động trí óc quá mức, quá mệt mỏi.
- f) Cuộc sống quá căng thẳng, nơi sống và nơi làm việc có nhiều nhân tố kích thích.

## II. CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

### 1. Bộ ba triệu chứng cơ bản:

#### a) Trạng thái kích thích – suy nhược:

- Bệnh nhân dễ kích thích: kích thích nhỏ cũng làm khó chịu, kể cả những kích thích bên trong cơ thể.
- Bệnh nhân dễ hưng phấn nhưng sau đó lại nhanh chóng mệt mỏi. Có thể làm việc hăng hái trong một thời gian nhưng sau đó lại suy nhược kéo dài.
- Lúc đầu phản ứng, bức túc trong gia đình rồi đến công việc, về sau là trong mọi trường hợp.
- Lúc đầu nghỉ ngơi thì đỡ mệt, về sau nghỉ ngơi cũng không đỡ.
- Trạng thái kích thích hay suy nhược là triệu chứng cơ bản nhất, thể hiện một số các triệu chứng khác.

#### b) Nhức đầu:

- Nhức đầu mang nhiều tính chất khác nhau: căng thẳng, đau buốt, cắn giật.... Thường mang cảm giác co thắt mạch não hay căng thẳng các cơ đầu cổ.
- Khu trú, lan truyền và thời gian xuất hiện nhức đầu rất khác nhau tùy từng bệnh nhân.
- Nhức đầu thường tăng lên khi xúc động hay mệt mỏi và giảm nhiều khi thoái mái, ngủ ngon.

#### c) Mất ngủ:

- Thường khó ngủ ban đêm: tiếng động, ánh sáng đều làm cho khó ngủ. Giác ngủ nóng, dễ thức giấc, thường có ác mộng.
- Sáng ra lại buồn ngủ, mệt mỏi, buồn ngủ, khó dậy. Buồn ngủ ban ngày nhưng lên giường lại không ngủ được.

### 2. Những triệu chứng thường gặp

#### a) Đau cột sống:

- Nhiều loại: mỏi cổ, đau thắt lưng, buốt lạnh xương sống...

b) Rối loạn cảm giác, giác quan và vận động:

- Cũng có nhiều loại: chóng mặt, cảm giác khó chịu ngoài da (kiến bò, kim châm, nóng, lạnh, tê, buồn...), hoa mắt, mờ mắt, tăng phản xạ gân xương, run tay, run lưỡi, run mi mắt....

c) Các rối loạn thực vật – nội tạng

Rất đa dạng:

- Đánh trống ngực, đau vùng tim, mạch dao động (khi nhanh, khi chậm), tiếng thổi tâm thu chức năng...
- Cảm giác hụt hơi, khó thở....
- Thân nhiệt lên hoặc xuống, không đều ở các khu vực khác nhau trong cơ thể.
- Đầy bụng, táo bón, ăn mất ngon, chán ăn.
- Di tinh, xuất tinh sớm, liệt dương, lãnh khí, rối loạn vòng kinh, đau bụng lúc hành kinh.....
- Ra nhiều mồ hôi ở chân, tay hay khắp người.
- Tăng hay giảm bạch cầu, đường huyết, huyết áp...
- Các rối loạn nói trên thường biến đổi dễ hồi phục và đặc biệt tăng hay giảm theo các tác động tăng hay giảm của sang chấn tâm thần gây bệnh.
- Nếu các rối loạn thực vật – nội tạng khu trú vào một cơ quan nhất định, có một rối loạn ngày càng nổi lên và chiếm ưu thế trong bệnh cảnh rối loạn mang tính chất thực thể thì rối loạn này không thuộc về bệnh cảnh tâm căn suy nhược nữa mà đã bước sang phạm vi bệnh cơ thể tâm sinh.

### 3. Các triệu chứng tâm thần

a) *Rối loạn cảm xúc*

– Khí sắc hơi trầm, mất hứng thú trong công tác. Có khi mất hứng thú cả với các môn giải trí.

– Dễ cảm động, hồi hộp, dễ mủi lòng, rơi nước mắt.

b) *Chú ý kém tập trung, trí nhớ giảm sút.*

c) *Trạng thái lo âu*

• Luôn lo âu vì bệnh tật, về một sự không may nào đó có thể xảy đến, lo âu khi thấy các triệu chứng tăng lên....

• Càng lo âu bệnh càng tiến triển xấu, bệnh càng tiến triển xấu lại càng lo âu. Vòng luẩn quẩn này làm cho bệnh ngày càng phức tạp, bệnh nhân ngày càng bi quan.

### III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

#### 1. Chia theo giai đoạn biểu hiện

Bệnh tâm căn suy nhược tiến triển rất đa dạng. Nhiều tác giả căn cứ vào các triệu chứng kích thích hay triệu chứng suy nhược chiếm ưu thế trong bệnh cảnh mà chia ra thành ba thể lâm sàng khác nhau: thể cường, thể nhược và thể trung gian

##### a) Thể cường

- Bệnh nhân dễ kích thích, dễ phản ứng.
- Cảm xúc không ổn định, lo âu nhiều.
- Hung phấn vận động, tính dục tăng.
- Khó ngủ, dễ thức giấc
- Rối loạn thực vật – nội tạng rầm rộ.

##### b) Thể nhược

- Bệnh nhân chóng mệt mỏi, suy yếu.
- Dễ mủi lòng, hờn dỗi.
- Khả năng lao động giảm sút hẳn, thiếu năng tình dục.
- Ngủ không ngon, sáng ngủ dậy thấy mệt, buổi trưa thấy khá hơn, buổi chiều lại mệt.
- Rối loạn thực vật đa dạng nhưng không rầm rộ.

##### c) Thể trung gian

- Chủ yếu là hội chứng kích thích – suy nhược.
- Khả năng lao động lên xuống thất thường.
- Khí sắc dao động, khi tăng, khi giảm.
- Cũng có nhiều rối loạn thực vật – nội tạng.

Trong quá trình tiến triển bệnh có thể chuyển từ thể này sang thể khác. Vì vậy có tác giả xem ba thể lâm sàng nói trên như là ba giai đoạn của một quá trình.

#### 2. Chia theo hội chứng

Bệnh tâm căn suy nhược có nhiều hội chứng nên có tác giả chia ra nhiều thể lâm sàng theo hội chứng. Cách chia này ít được hưởng ứng. Tuy nhiên có một hội chứng thường gặp và được nhiều tác giả chú ý đến là thể trầm cảm suy nhược ( Kreindler Voldel,...) bao gồm những nhân tố sau:

- Khí sắc giảm kéo dài xem như phản ứng với hoàn cảnh sang chấn trường diễn.
- Trầm cảm luôn đi kèm trạng thái suy nhược.
- Trầm cảm không sâu sắc và cố định như trong trầm cảm nội sinh và có thể giảm hoặc mất đi trong hoàn cảnh thuận lợi.
- Không có ức chế tâm lý – vận động.

## I<sub>5</sub>. CHẨN ĐOÁN

Hiện nay có nhiều người đặt chẩn đoán bệnh tâm căn suy nhược quá dễ dãi làm cho bệnh này vốn đã nhiều lại được nhân lên gấp bội. Tai hại là chẩn đoán không đúng nên điều trị không đúng. Do đó tạo thành kiến là bệnh tâm căn suy nhược không thể chữa khỏi.

Thực ra, chẩn đoán bệnh tâm căn suy nhược không hề đơn giản vì gặp các khó khăn sau:

- Nhiều triệu chứng mang tính chất chủ quan và có thể gặp trong nhiều bệnh khác.
- Nhiều bệnh thần kinh và tâm thần trong giai đoạn đầu cũng thường biểu hiện bằng hội chứng gọi là suy nhược thần kinh.
- Sang chấn tâm thần rất khó phát hiện ( vì bệnh thường không xuất hiện ngay sau khi có sang chấn).

### 1. Chẩn đoán định bệnh

Căn cứ vào các tiêu chuẩn sau:

- a) Bộ ba triệu chứng nổi bật lên hàng đầu, các triệu chứng kèm theo khác có tính chất bổ sung.
- b) Các triệu chứng ở mỗi thể có những đặc điểm riêng.
- c) Tiền sử có sang chấn tâm thần hay những xung đột kéo dài.
- d) Không có những triệu chứng rõ rệt của một bệnh thần kinh, tâm thần, nội tạng, nội tiết.
- e) Chữa khỏi bằng liệu pháp tâm lý.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

- a) Trước hết cần phân biệt triệu chứng nhức đầu trong bệnh cảnh tâm căn suy nhược với triệu chứng nhức đầu trong nhiều bệnh khác.
- b) Đặc biệt phải phân biệt bệnh tâm căn suy nhược với hội chứng gọi là suy nhược thần kinh gấp trong các trường hợp sau đây.
  - Trong thời kỳ đầu hay trong quá trình tiến triển của bệnh nội tạng: tăng huyết áp, loét dạ dày, cường tuyến giáp....
  - Trong các bệnh nhiễm độc nghề nghiệp
  - Trong thời kỳ đầu của các bệnh thực thể ở não: nhược cơ, xơ rải rác, xơ mạch não....
  - Trong di chứng một số bệnh như: viêm não, viêm màng não, viêm gan, lao, chấn thương sọ não.
  - Trong giai đoạn đầu của một số bệnh tâm thần như tâm thần phân liệt, loạn thần chu kỳ, liệt toàn thể tiến triển....
- c) Muốn phân biệt chính xác cần phải:
  - Nắm vững và khám kỹ về thần kinh, tâm thần, nội khoa, nội tiết...
  - Theo dõi kỹ về cận lâm sàng và hội chẩn với nhiều chuyên khoa khác khi có nghi ngờ.
  - Nắm vững những liệu pháp tâm lý để thâm nhập được vào tâm tư bệnh nhân, tìm hiểu các sang chấn tâm thần và chữa khỏi để xác định chẩn đoán.

## §. ĐIỀU TRỊ

Bệnh cảnh tâm căn suy nhược là một bệnh do sang chấn tâm lý trường diễn gây ra trên cơ sở những nhân tố thúc đẩy phức tạp nên có rất nhiều triệu chứng. Điều trị đơn giản bằng thuốc an thần không mang lại kết quả mà phải tích cực, có kế hoạch giải quyết các khâu:

- Chữa các triệu chứng
- Khắc phục các nhân tố thúc đẩy
- Loại trừ tác động của sang chấn tâm lý trường diễn.

## A - CHỮA TRIỆU CHỨNG

1. **Trạng thái kích thích – suy nhược:** các thuốc an thần nhẹ, vitamin nhóm B, liệu pháp vật lý, xoa bóp, thè dục....
2. **Nhức đầu:** các thuốc giảm đau thông thường: analgin, APC, hỗn hợp thần kinh....
3. **Mất ngủ:** không dùng gacdenal mà dùng các thuốc nhẹ như lạc tiên, sen vòng...
4. **Rối loạn thực vật, nội tạng:** tùy theo từng rối loạn mà có biện pháp điều trị riêng. Có thể dùng Novocain 0,5% tiêm động mạch 10-30 ml mỗi lần, 8-12 lần.
5. **Lo âu:** Seduxen 5-10mg mỗi ngày kết hợp với liệu pháp tâm lý.
6. **Trầm cảm:** Amilriptylin 50-100 mg mỗi ngày. Nếu kéo dài có thể dùng Anafranil liều thấp 25-50 mg mỗi ngày

Tất cả các cách điều trị triệu chứng kể trên chỉ có tác dụng từng mặt và nhất thời. Chủ yếu là phải điều trị căn nguyên bằng liệu pháp tâm lý.

## B - KHẮC PHỤC CÁC NHÂN TỐ THÚC ĐẨY

1. Điều trị có bệnh mạn tính kèm theo nếu có
2. Bồi dưỡng cơ thể, chú ý đến các chất dinh dưỡng cần thiết cho hoạt động não.
3. Cải thiện và hợp lý hóa điều kiện lao động.
4. Bị bệnh lâu ngày, có thể cho điều dưỡng tại các nơi có tổ chức tốt.

## C - LOẠI TRỪ TÁC ĐỘNG CỦA SANG CHẤN TÂM THẦN

1. Phải thâm nhập vào tâm tư bệnh nhân để nắm được sang chấn tâm thần chủ yếu đã gây ra bệnh.
2. Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ căn nguyên gây bệnh và thuyết phục cho bệnh nhân tin tưởng vào toàn bộ kế hoạch điều trị.
3. Kết hợp với các thuốc giải lo lâu, giải thích và ám thị cho bệnh nhân mất trạng thái lo âu, cắt đứt khâu bệnh lý quan trọng nhất này.
4. Loại trừ các tác động của sang chấn và bồi dưỡng nhân cách bệnh nhân bằng liệu pháp thư giãn, luyện tập. Qua công trình nghiên cứu của chúng tôi liệu pháp này đã chữa khỏi hầu hết các trường hợp tâm căn suy nhược kể cả những trường hợp kéo dài nhiều năm, và không chữa khỏi bằng liệu pháp khác.

## **I. PHÒNG BỆNH**

Áp dụng những biện pháp vệ sinh phòng bệnh tinh thần chung

Tuy nhiên, đối với bệnh tâm căn suy nhược, cần chú ý hơn đến những điểm sau đây:

- Phải luôn chú ý cải thiện mối quan hệ giữa các thành viên trong cơ quan, tập thể, gia đình, tránh gây cho nhau những sang chấn tâm thần trường diễn.
- Cần tổ chức lao động và sinh hoạt thật hợp lý như xen kẽ lao động trí óc và lao động chân tay, xen kẽ lao động với giải trí, giảm những kích thích xấu trong đời sống hàng ngày.

## **Bài 19: BỆNH TÂM CĂN HYSTERIA**

Bệnh tâm căn hysteria cũng là một bệnh tâm căn phổ biến, chiếm hàng thứ 2 sau bệnh tâm căn suy nhược.

Bệnh phát sinh ở người trẻ nhiều hơn người già, ở nữ nhiều hơn nam giới.

Bệnh biểu hiện bằng rất nhiều loại triệu chứng, từ các triệu chứng cơ thể đến các triệu chứng tâm thần. Vì vậy hysteria giống rất nhiều loại bệnh, chẩn đoán phân biệt có khi rất khó khăn. Và trong y học chẩn đoán nhầm lẫn là hysteria không phải là ít.

Có nhiều quan điểm khác nhau về căn nguyên và cơ chế sinh bệnh của hysteria. Theo quan điểm đã trình bày ở phần đại cương về bệnh tâm căn, hysteria là một bệnh tâm căn, tức là một bệnh có nguyên nhân tâm lý, xuất hiện sau những sang chấn tâm thần trên một nhân cách có những đặc điểm riêng và nói chung là yếu.

### **I. NGUYÊN NHÂN CỦA BỆNH TÂM CĂN HYSTERIA**

## **1. Nguyên nhân chủ yếu:** các sang chấn tâm thần hay hoàn cảnh xung đột.

Sang chấn tâm thần ở bệnh tâm căn hysteria thường là những cảm xúc mạnh: lo sợ cao độ, tức giận quá mức, thất vọng nặng nề....

Thường thì sang chấn tâm thần ở hysteria dễ tìm thấy hơn ở bệnh tâm căn suy nhược vì có tính chất cấp, mạnh và nhất là bệnh thường phát sinh một thời gian ngắn sau khi có sang chấn.

Tuy nhiên, có những trường hợp sang chấn cũng khó tìm thấy, nhất là những trường hợp tái phát. Thí dụ có bệnh nhân lần đầu tiên lên cơn ngất lịm sau một trận oanh tạc. Lần sau dãm phải mảnh bom sượt chân chảy máu cũng lên cơn. Lần sau nữa chỉ thấy máu đỏ của thịt bò cũng lên cơn. Có khi bệnh phát sinh do một nhân tố thúc đẩy nào đó, có vẻ như không liên quan đến sang chấn cấp diễn hay trường diễn đã xuất hiện trước, bệnh có vẻ như tự phát.

## **2. Nhân tố thuận lợi**

*Nhân cách yếu:* bệnh thường phát sinh ở những người (do hoàn cảnh sinh sống và giáo dục không thích hợp) đã hình thành những tính cách yếu, tiêu cực như: thiếu tự chủ, thiếu kiềm chế bản thân, thích được chiều chuộng, thích phô trương, chịu đựng kém các khó khăn của cuộc sống, lý tưởng không vững mạnh.

*Khí chất hay loại hình thần kinh:* trong nhân cách, thành phần khí chất hay loại hình thần kinh có ý nghĩa rất quan trọng về mặt nhân tố thuận lợi để phát sinh bệnh tâm căn hysteria.

Bệnh tâm căn hysteria dễ phát sinh ở những người thuộc loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu. Ở những người này, hệ thống tín hiệu thứ 2 bị suy yếu nên hệ thống tín hiệu một chiếm ưu thế và trong hoạt động tâm thần, phần hoạt động lý trí bị giảm sút, và phần hoạt động cảm xúc, bản năng được tăng cường.

*Các nhân tố có hại của môi trường:* có nhiều như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn sọ não, thiếu dinh dưỡng, kiệt sức.... Nói chung đó là những nhân tố làm suy yếu hệ thần kinh, làm giảm sút hoạt động của vỏ não.

Những nhân tố có hại này nếu tác động mạnh hay kéo dài làm cho vỏ não bị suy yếu nhiều có thể tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh phát sinh ngay trên một người thuộc loại hình thần kinh mạnh, thăng bằng. Vì vậy một chiến sĩ dũng cảm, muru trí vẫn có thể bị tấn công hysteria sau một thời gian dài khô, thiếu thốn, nhiều lần bị súc ép của bom.... Tuy nhiên với loại hình thần kinh mạnh nhân cách vững thì bệnh sẽ khỏi nhanh hơn và có thể khỏi hoàn toàn.

## **II. ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ BỆNH CỦA BỆNH TÂM CĂN**

## HYSTERIA

Có nhiều đặc điểm nhưng có hai đặc điểm cơ bản là tăng cảm xúc và tăng tính ám thị.

*Tăng cảm xúc:* ở một người nhân cách không vững mạnh, hệ tín hiệu thứ 2 suy yếu, vỏ não suy yếu thì trước những kích thích mạnh của sang chấn không tự kiềm chế được, không chịu được, vỏ não lâm vào trạng thái ức chế bảo vệ cảm ứng dương vùng dưới vỏ, giải thoát những hoạt động hỗn độn của cảm xúc và bản năng. Do đó có những triệu chứng như: cười, khóc, gào thét, kích động, cơn co giật, có khi rối loạn ý thức.

*Tính ám thị tăng lên rất cao:* hoạt động dưới vỏ được tăng cường, cảm ứng âm trở lại vỏ não, đưa vỏ não vào trạng thái giai đoạn hay bao vây những khu vực nhất định của vỏ não bằng những vòng đai ức chế. Trong trạng thái giai đoạn hay trạng thái thôi miên tính ám thị và tự ám thị tăng lên rất cao. Do đó bằng ám thị ta có thể gây nhiều loại triệu chứng cho bệnh nhân hysteria và chữa các triệu chứng ấy bằng ám thị rất dễ dàng. Do tính tự ám thị tăng cho nên bệnh nhân lo lắng là mình bị cảm (thấy người khác cảm hay thấy nghẹn ở cổ...) thi lập tức bị cảm ngay vì trung khu phát âm ở vỏ não bị vòng đai ức chế bao vây, tách rời khỏi sự điều chỉnh và kiểm tra của các khu vực của vỏ não nên không hoạt động được.

### III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Có rất nhiều loại nhưng có hai tính chất chung:

- Xuất hiện có liên quan trực tiếp với sang chấn tâm thần.
- Có phần giống nhưng có phần khác với các triệu chứng của các bệnh thực thể.

#### A - CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ THỂ VÀ THẦN KINH

##### 1. Các cơn hysteria

a) Các cơn quá động: thường gặp nhất.

*Cơn co giật* (hay cơn vật vã, giãy dụa) với các đặc điểm:

Thường lên cơn lúc có người xung quanh.

Biết trước cơn và chuẩn bị tư thế nằm hay ngồi.

Ý thức không rối loạn nặng, trong cơn vẫn có thể có phản ứng theo thái độ và nhận xét người xung quanh.

Còn thường kéo dài, và có thể cắt cơn bằng kích thích mạnh hoặc ám thị.

Sau cơn tinh táo ngay.

Trên đây là những nét đê phân biệt với cơn động kinh.

*Con kích động cảm xúc:*

Vùng chạy, leo trèo, gào thét.

Cười, khóc trong cơn, cảm xúc hỗn độn, nói linh tinh.

Có thể kèm cơn co giật hay không.

Ý thức không rối loạn nặng, vẫn chịu tác động ám thị của xung quanh.

Cơn có thể kéo dài nhiều ngày.

*β) Các cơn thiếu động:* ít gặp hơn

*Con ngắt lịm:*

Bệnh nhân thấy người mềm yếu dần, từ từ ngã ra, nằm thiêm thiếp, mắt chớm chớp.

Cơn từ 15p đến 1h

*Con ngủ:* hiềm thấy.

Bệnh nhân lên cơn giật nhẹ rồi nằm im ngủ luôn một ngày, hai ngày hay lâu hơn nữa.

Vạch mắt ra thì các cơ quanh mắt co lại.

Trong khi ngủ thỉnh thoảng thở dài, thốn thức, khóc...

## 2. Các rối loạn vận động

*α) Các hiện tượng quá động*

Có rất nhiều loại: gật đầu, lắc đầu, nháy mắt, mút giật, mút vòn...

Thường gặp nhất là run: run không đều, không có hệ thống, chỉ run một bộ phận của cơ thể hay run toàn bộ, đăng trí thì run giảm, chú ý thì run tăng.

*β) Các hiện tượng thiếu động*

Liệt tay chân:

Có đủ loại: liệt mềm, liệt co cứng, liệt một chi, 2 chi hay 4 chi không đi đứng được...

Liệt có những đặc điểm không giống liệt thực thể

Thí dụ:

- Liệt mềm hysteria: phản xạ gân xương vẫn còn, không teo cơn, phản ứng thoái hóa

điện âm tính.

- Liệt co cứng hysteria: không có dấu hiệu bệnh lý của tổn thương bó tháp, không có động tác đồng vận, phản xạ tự vệ, rối loạn cơ tròn....

#### Rối loạn phát âm:

Có nhiều loại: phát âm khó, nói lắp, nói khó, không nói...

Cơ quan phát âm (dây thanh, hầu họng, răng, lưỡi...) bình thường.

### 3. Các rối loạn cảm giác.

Có đủ loại: mất, giảm hay tăng cảm giác thường là cảm giác nồng.

Khu trú nhiều kiểu: ở một ngón tay, ở một vùng nhỏ trong người, ở nửa người, một tay, một chân hay toàn thân.

Vùng mất cảm giác hysteria không theo đúng khu vực phân phối của rễ và dây thần kinh cảm giác, có khi lan sang bên kia đường giữa.

### 4. Các rối loạn giác quan

Mù hysteria:

Mù đột ngột và mù hoàn toàn.

Đáy mắt bình thường, phản xạ đồng tử đối với ánh sáng còn tốt.

Mắt vẫn còn linh hoạt, đưa về phía người nói chuyện.

Thường gặp trong *Điếc hysteria*:

thời chiến, sau chấn động não, do súc ép của bom đạn.

Đối với tiếng động mạnh và bất ngờ, còn phản xạ nhảm mắt hay giãn đồng tử.

*Mắt vi giác hay khứu giác hysteria*: ít gặp.

### 5. Các rối loạn thực vật – nộiạng

Có nhiều loại: cơn nóng bừng, cơn lạnh run, đau vùng ngực, đau bụng, nhức đầu, chóng mặt....

Thường gặp nhất là các trường hợp co thắt các cơ trơn

*Hysteria*: co thắt ruột lên dần dần thực quản.

*Nắc hysteria*: co thắt thực quản và cơ hoành.

*Nôn hysteria*: co thắt môn vị.

## B - CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

a) *Cảm xúc*: dễ bị cảm xúc, cảm xúc không ổn định dễ bị lây cảm xúc của người khác.

b) *Cảm giác và tri giác*: rất nhạy cảm đặc biệt với các kích thích giác quan. Có thể xuất hiện ảo giác, nhất là ảo thị (từng lúc).

c) *Tư duy*

Chủ yếu là tư duy cụ thể, hình tượng, các quá trình phân tích, phán đoán đều nồng cạn

Trong nội dung câu chuyện, bệnh nhân thường nói về chính bản thân mình: trình bày bệnh tật, khêu gợi sự chú ý của người khác.

Lời nói lên bỗng xuống trầm, kèm theo điệu bộ nhí tính và kịch tính.

d) *Trí tưởng tượng*

Rất phong phú

Trong câu chuyện có khi bịa thêm chi tiết để câu chuyện trở lên hấp dẫn, ly kì.

e) *Tác phong, hành vi*

Nhiều kịch tính, nhiều tính phô trương.

Nhiều hành vi tự phát, thiếu đắn đo, có hành vi do bản năng chi phối.

f) *Những trạng thái tâm thần đặc biệt, nhất thời*.

– Trạng thái hoảng hồn: đi lại tự động, bỏ chạy.

– Tư thế say mê: rối loạn ý thức, say mê với ảo giác, hành vi lả lùng do ảo giác chi phối.

Những trạng thái tâm thần khác thì thuộc phạm vi loạn thần hysteria và thường gặp trong loạn thần phản ứng (xem phần sau).

## I<sub>5</sub>. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán quyết định:

Căn cứ vào các đặc điểm sau này:

- a) Đặc điểm của nhân cách yếu và loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu.
- b) Có sang chấn tâm thần hay hoảng loạn xung đột gây bệnh.
- c) Triệu chứng xuất hiện đột ngột, lên mức tối đa ngay sau khi có sang chấn, không có quá trình tiến triển, không theo quy luật nào.
- d) Triệu chứng xuất hiện đơn độc, không có triệu chứng khác kèm theo để thành một hội chứng nhất định.
- e) Các triệu chứng thần kinh không phù hợp với định khu giải phẫu và không có tồn thương thực thể kèm theo.
- f) Áp dụng đúng đắn liệu pháp tâm lý thì khỏi bệnh nhanh.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Nhiều khi rất khó.

Phải đánh giá chính xác các triệu chứng của bệnh tâm căn. Tìm chỗ khác biệt với triệu chứng các bệnh thực thể và bệnh tâm thần khác.

Phải hiểu biết rộng về các bệnh thuộc các chuyên khoa khác, nhất là khoa thần kinh và khoa nội. Nếu chưa chắc chắn phải tiến hành hội chẩn với chuyên khoa có liên quan.

Phải nhớ rằng bệnh tâm căn hysteria thường có thể kết hợp với một bệnh thực thể khác, ví dụ bệnh động kinh kèm theo phản ứng kiểu hysteria, múa giật lần đầu là múa giật thật, lần sau là múa giật hysteria....

Vì vậy có triệu chứng thực thể nhẹ vẫn chưa hoàn toàn loại trừ chẩn đoán hysteria được và ngược lại có triệu chứng hysteria rõ ràng vẫn phải kiểm tra theo dõi bệnh thực thể có thể kèm theo.

## V. ĐIỀU TRỊ

Chú ý: bằng liệu pháp tâm lý (xem thêm liệu pháp tâm lý)

Thường chỉ cần đến liệu pháp ám thị khi thực.

Gặp trường hợp khó hay trường hợp tuyển trước áp dụng liệu pháp trên không có kết quả thì phải dùng đến liệu pháp ám thị trong giấc ngủ thôi miên.

Trong liệu pháp tâm lý, cần đặc biệt chú ý đến thái độ đối với bệnh nhân hysteria:

- Tuyệt đối không được xem thường bệnh nhân, nhất là không được xem đó là một bệnh nhân giả bệnh và có thái độ ché giễu, bô ro, hắt hủi....
- Cũng cần tránh thái độ quá chiều chuộng, quá lo lắng, theo dõi quá chặt chẽ, vô tình ám thị cho bệnh nhân về tình trạng trầm trọng của bệnh.

Ngoài ra tùy theo tình trạng từng thể bệnh mà áp dụng các biện pháp tăng cường cơ địa, điều chỉnh hoạt động thần kinh cao cấp (bằng bromua và cafein), thuốc an thần, giải trí, lao động... nghĩa là chữa bệnh toàn diện.

Có thể dùng châm cứu, và nhất là điện châm, rất có tác dụng trong khi ám thị làm mất các triệu chứng rối loạn vận động, cảm giác, giác quan....

Bệnh tâm căn hysteria là một bệnh của một nhân cách yếu. Các liệu pháp nói trên chỉ có tác dụng chữa triệu chứng. Muốn chữa khỏi bệnh, phải tiếp tục làm liệu pháp tâm lý lâu dài, động viên mặt tích cực của nhân cách bệnh nhân để khắc phục mặt tiêu cực. Phải liên hệ chặt chẽ với gia đình và đoàn thể để thay đổi cách sinh hoạt, công tác....giúp bệnh nhân rèn luyện nhân cách ngày thêm vững vàng.

## VI. PHÒNG BỆNH

Chú yếu là phổ biến rộng rãi vệ sinh phòng bệnh tâm thần để mỗi gia đình biết cách giáo dục con cái từ bé, hình thành được một nhân cách vững mạnh, có nhiều tính cách tốt như: chịu đựng gian khổ, biết kiêm chế bản thân, khiêm tốn, giản dị, có lý tưởng....

Trong đời sống gia đình và tập thể: tăng cường giáo dục mối quan hệ xã hội chủ nghĩa giữa các thành viên, tránh những sang chấn tâm thần do các thành viên gây ra cho nhau.

Trong những hoàn cảnh gay go gian khổ hay chiến đấu ác liệt lại càng cần bồi dưỡng tâm thần, tăng cường cơ địa, tổ chức giải trí, giải quyết kịp thời các hiện tượng ốm đau, mệt mỏi, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, mất ngủ kéo dài...

(những mặt khác xem thêm phần vệ sinh phòng bệnh tâm thần)

# BÀI 20: TÁC ĐỘNG CỦA TÂM THẦN ĐẾN CƠ THỂ, CÁC CHỨNG BỆNH Y SINH

Mỗi liên hệ giữa tâm thần và cơ thể là một trong những vấn đề cơ bản của y học, có tầm quan trọng đặc biệt về mặt lý luận cũng như thực hành.

Tác động của cơ thể đến tâm thần được trình bày chủ yếu trong phần loạn thần triệu chứng, tức là những bệnh cảnh rối loạn tâm thần do các biến đổi trong cơ thể gây ra.

Tác động của tâm thần đến cơ thể rất phức tạp và đa dạng, thể hiện chủ yếu trong các trạng thái phản ứng (bệnh tâm căn và loạn thần phản ứng). Tuy nhiên tác động này còn thể hiện trong hai vấn đề sau đây mà một thầy thuốc thực hành cũng như một sinh viên thực tập không thể bỏ qua.

- a) Các bệnh y sinh: bệnh do thảy thuốc gây ra
- b) Các bệnh cơ thể tâm sinh: bệnh cơ thể căn nguyên tâm lý.

## I. TÁC ĐỘNG CỦA TÂM THẦN ĐẾN CƠ THỂ

### 1. Những sự kiện chứng minh

#### a) *Những sự kiện thường ngày*

Lo sợ sinh ra tái mặt, run rẩy, hồi hộp...

Ngửi thấy mùi thức ăn ngon thì chảy nước bọt.

Được khen thưởng thì thấy người nhẹ nhõm, nhiều sinh lực.

Bị khiển trách thì thấy nặng nề ủ rũ.

#### β) *Những sự kiện trong lâm sàng*

Khi tập thư giãn, băng ý ngã tập trung bệnh nhân có thể gây cho mình nhiều biến đổi trong cơ thể: cảm giác nặng, nóng, tê...

Một người nghe tiếng bom nổ bên cạnh, bị tê liệt toàn thân, đứng sững không chạy, không kêu được.

Một trẻ nhút nhát bị cưỡng bức cắt amidan bị tử vong do quá lo sợ.

### 2. Cơ chế tâm thần tác động đến cơ thể.

#### a) *Theo sinh lý thần kinh cao cấp.*

- Lời nói hay hệ tín hiệu thứ 2 có liên quan với hệ tín hiệu thứ nhất và toàn bộ hệ thần kinh và thông qua hệ thần kinh tác động đến toàn bộ cơ thể.
- Thuỷt vỏ não – nội tạng chứng minh mối liên quan giữa tâm thần và hệ thần kinh

thực vật.

- Học thuyết Paplop về thôi miên và ám thị chứng minh vai trò của những ý nghĩ chiếm ưu thế trong việc gây ra những biến đổi trong cơ thể theo phương hướng đã ám thị. Tính ám thị tăng rất cao trong trạng thái thôi miên có thể làm xuất hiện những biến đổi trong cơ thể người chịu thôi miên đúng theo ý muốn của người thôi miên.

β) *Theo lý thuyết về sự căng thẳng (stress) về mặt nội tiết.*

Những kích thích bên ngoài cũng như trong nội tâm gây ra trạng thái căng thẳng tâm thần đều kèm theo những biến đổi về mặt nội tiết (tăng tiết ACTH, cortisol, DOCA....) và về mặt hình thái (loét niêm mạc dạ dày ruột).

χ) *Theo sinh hóa não*

Các trạng thái biến đổi cảm xúc đều kèm theo những biến đổi của các môi giới hóa học thần kinh.

Thí dụ: lo lắng kích động kèm theo tăng lượng acetylcholine và serotonin, vui vẻ hưng phấn kèm theo tăng lượng catecholamine và ngược lại buồn rầu ức chế kèm theo giảm lượng catecholamine. Những biến đổi này tác động vào hệ thần kinh thực vật, đồng thời lôi kéo theo những biến đổi chuyển hóa khác, và cuối cùng có thể gây ra những biến đổi ở các cơ quan nội tạng.

## II. CÁC CHỨNG BỆNH Y SINH

### 1. Định nghĩa và giới hạn vấn đề

Bệnh y sinh (do thầy thuốc gây ra) dịch từ chữ iatrogenia (iatro: do thầy thuốc. Genia: sinh ra).

Đó là một bệnh cơ thể mới hay một triệu chứng cơ thể mới hoặc biến chứng của một bệnh cơ thể sẵn có xuất hiện do lời nói hay thái độ, tác phong không đúng của cán bộ chữa bệnh tác hại đến tâm thần kinh bệnh nhân (ám thị mạnh mẽ bệnh nhân) và từ đó ảnh hưởng đến cơ thể.

Những bệnh nhân có loại bệnh này thường là những người có nét nhân cách lo lắng, chi ly, giàu tưởng tượng, dễ cảm xúc.... Nói chung có tính dễ bị ám thị.

Trong bệnh viện thực hành, bệnh còn có thể do các cán bộ giảng dạy lâm sàng ở buồng bệnh gây ra. Có người gọi đó là bệnh giao sinh. Bệnh cũng còn do sinh viên thực tập gây ra trong khi tiếp xúc làm bệnh án...

Cũng có thể do tổ chức buồng bệnh sơ khởi, không bảo quản hồ sơ cẩn thận nên bệnh nhân xem được hồ sơ, hiểu không đầy đủ và đúng những điều ghi trong hồ sơ và từ đó phát sinh ra những triệu chứng mới.

Hiện nay có người mở rộng vấn đề, xem bệnh y sinh là sự xuất hiện tất cả những triệu chứng mới do những sơ suất trong quá trình điều trị (dùng thuốc nhầm, dùng thuốc quá liều, dị ứng thuốc....). Ở đây chúng tôi chỉ muốn giới hạn vấn đề trong phạm vi có liên quan đến lời nói, thái độ không đúng về mặt tâm lý mà thôi.

## 2. Các loại lời nói và thái độ gây bệnh

- a) *Chẩn đoán sai*: không có bệnh lại chẩn đoán có bệnh, bệnh lành tính lại chẩn đoán thành bệnh ác tính....
- b) *Tiên lượng quá mức*: bệnh có thể chữa khỏi lại bao là bệnh không thể chữa khỏi hoặc sẽ trở thành mạn tính hoặc nguy hiểm đến tính mạng...
- c) *Hỏi bệnh vụng về*: gợi ý quá nhiều về một triệu chứng không có ở bệnh nhân.
- d) *Khám bệnh vụng về*: quá tập trung vào một cơ quan, bộ phận, khám đi khám lại nhiều lần làm cho bệnh nhân nghĩ ngờ mình bị bệnh nặng ở cơ quan, bộ phận ấy.
- e) *Dùng thuốc quá mức cẩn thiết hay không đúng bệnh*

Cho thuốc bao vây (thuốc kháng sinh gọi ra một bệnh nhiễm khuẩn nặng) chưa chẩn đoán xác định đã vội vàng dùng nhiều thuốc điều trị thử (dùng rimifon làm cho bệnh nhân nghĩ đến bệnh lao), dùng nhiều thuốc trợ lực và thuốc bồ (làm bệnh nhân nghĩ rằng mình bị bệnh rất nặng)....

- f) *Giảng về những triệu chứng có trong sách báo nhưng không có thực trên bệnh nhân*.  
Theo cơ chế tự ám thị, những triệu chứng ấy có thể xuất hiện ở bệnh nhân sau khi nghe giảng.
- g) *Thầy thuốc thể hiện sự lo lắng băn khoăn của mình qua thái độ, nét mặt*.  
Bệnh nhân sẽ cho rằng thầy thuốc đang băn khoăn về bệnh của mình sinh ra lo lắng, sợ hãi.
- h) *Những bài phổ biến y học viết không chính xác cẩn thận gây hiểu nhầm hoặc viết những điều có tác động xấu đến tâm thần người bệnh*.

## 3. Tác hại của chứng bệnh y sinh

- a) Bệnh biến chứng phức tạp: tiến triển xấu do bệnh nhân quá lo lắng, sợ hãi không can cứ.
- b) Xuất hiện các triệu chứng mới, không đúng thực tế làm cho bệnh cảnh trở nên rắc rối. Do đó khó chẩn đoán và điều trị không có kết quả.
- c) Có thể xuất hiện những trạng thái phản ứng tâm thần khác nhau, các trạng thái cảm giác bản thể hoặc nghi bệnh, kéo dài rất lâu và khó điều trị.

d) Bệnh y sinh nếu không được điều trị kịp thời sẽ ngày càng củng cố, rất khó đánh lui nhất là khi các triệu chứng cơ năng chuyển thành thực thể.

e) Tác hại xấu nhất là bệnh nhân tự sát do quá bi quan và lo lắng về căn bệnh không hề có của mình.

#### 4. Cách điều trị và phòng các chứng bệnh y sinh

##### a) Điều trị

Phải xác định chẩn đoán bệnh y sinh bằng cách nghiên cứu bệnh sử, nhân cách người bệnh và tiếp xúc tốt với bệnh nhân để phát hiện các yếu tố gây ra chứng bệnh y sinh.

Phải khám xét cẩn thận về mặt lâm sàng và cận lâm sàng để phân biệt chắc chắn với một bệnh thực thể.

Phải dùng các liệu pháp tâm lý thích hợp cho từng nhân cách, từng chứng bệnh và phải điều trị tâm lý tích cực, có hệ thống và kiên trì.

##### b) Phòng bệnh

Cán bộ y tế trực tiếp phục vụ bệnh nhân (y sĩ, bác sĩ, y tá, sinh viên) phải có những hiểu biết tối thiểu về tâm lý y học (nhân cách người bệnh, tác động của tâm thần đối với cơ thể), về thái độ xử đối xử, tiếp xúc với bệnh nhân, về tác hại của bệnh y sinh....

Không cho bệnh nhân biết những chẩn đoán sơ bộ, còn tranh luận, chưa chính xác.

Phải hết sức thận trọng khi trả lời các câu hỏi của bệnh nhân về tiên lượng bệnh.

Bảo quản cẩn thận hồ sơ, bệnh án và kết quả xét nghiệm không để lọt vào tay bệnh nhân

Khi hỏi bệnh và khám bệnh hết sức tránh gợi ý quá nhiều về một triệu chứng mà thấy thuốc muốn tìm thấy ở bệnh nhân.

Phải dùng thuốc đúng bệnh, không cho các thuốc trợ lực, bồi dưỡng không cần thiết, không cho thuốc bao vây, không có bệnh thì không cho thuốc.

Tuyệt đối không được giảng dạy ngay bên giuong bệnh để cho bệnh nhân nghe được những điều giảng về bệnh của mình.

Phải biết kiềm chế cảm xúc khi tiếp xúc với bệnh nhân, không để lộ ra ngoài những cảm xúc tiêu cực như giận dữ, lo lắng, buồn rầu... có thể gây hiểu nhầm cho người bệnh.

Lúc tiếp chuyện cũng như lúc phổ biến y học cho bệnh nhân tránh nói ra những sự kiện có tác động xấu đến tâm thần bệnh nhân.

# **BÀI 21 VẤN ĐỀ THỰC THỂ VÀ CHỨC NĂNG CÁC BỆNH CƠ THỂ TÂM SINH**

## **I. VẤN ĐỀ THỰC THỂ VÀ CHỨC NĂNG.**

Theo thống kê của nhiều tác giả, bệnh chức năng chiếm từ 40- 60% trong các phòng khám bệnh đa khoa. Và thực tiễn lâm sàng cũng cho biết vấn đề thực thể và chức năng được đặt ra hàng ngày cho thầy thuốc thực hành ở bất cứ chuyên khoa nào.

Vì vậy thực thể và chức năng là một vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt về mặt lý thuyết cũng như về mặt thực hành y học.

### **1. QUAN NIỆM CHUNG VỀ THỰC THỂ VÀ CHỨC NĂNG.**

Nói đến thực thể, chúng ta thường nghĩ đến cấu tạo, cấu trúc trong cơ thể, từ cấu trúc tế bào đến cấu trúc các mô, các cơ quan, nội tạng... tức là nói đến hình thái, giải phẫu.

Còn nói đến chức năng là nói đến những thuộc tính xuất hiện từ hoạt động của những cấu trúc nói trên, tức là nói đến đặc tính sinh lý của cấu trúc.

Hãy lấy triệu chứng liệt làm thí dụ

: trong triệu chứng này, tổn thương cấu trúc của hệ thống tháp là rối loạn thực thể, còn rối loạn vận động hữu ý là rối loạn chức năng.

Liệt do chảy máu não có kèm theo tổn thương bó tháp là liệt thực thể. Còn liệt trong bệnh tâm căn do sang chấn tinh thần gây ra , không kèm tổn thương bó tháp, là liệt chức năng.

Sự phân biệt này chỉ có giá trị tương đối , nhằm phục vụ thực tiễn chẩn đoán và điều trị trong lâm sàng.

Thực ra, về cơ bản, cấu trúc và chức năng thường thống nhất với nhau, khó tách rời ra được. Những biến đổi chức năng lúc ban đầu, cùng với thời gian sẽ lồi kéo theo những biến đổi về cấu trúc. Sự tăng co bóp dạ dày và tăng tiết dịch vị dần dần sẽ đưa đến ô loét. Ngược lại, những biến đổi về cấu trúc sẽ gây ra những biến đổi mới về chức năng. Ô loét dạ dày sẽ tạo ra các rối loạn mới như cơn đau, đầy bụng , nôn ợ,...

Trong quá trình chuyển biến, thường chức năng thay đổi nhanh chóng hơn là cấu trúc vì cấu trúc vốn có tính ổn định cao hơn.

Mọi biến đổi chứng năng đều có liên quan đến những biến đổi lý hóa trong cơ thể. Vui buồn đều kèm theo những biến đổi về điện não và về các chất mô giới hóa học thần kinh. Những biến đổi tinh vi này diễn ra trong giới hạn rất nhỏ, có thể phục hồi được, và trong những giai đoạn phát triển nhất định chưa đưa đến những biến đổi về hình thái. Vì vậy, trong lâm sàng, khi nói rằng không có tổn thương thực thể, chúng ta hiểu là không có biến đổi về mặt hình thái, giải phẫu, chứ không có nghĩa là không có biến đổi lý hóa, hoặc biến đổi cấu trúc ở mức độ phân tử.

## 2. Thái độ cần thiết trong thực tế lâm sàng.

Vấn đề thực thể và chứng năng, hàng ngày, hàng giờ, được đặt ra cho mọi thầy thuốc thực hành, nhưng không phải lúc nào cũng được giải quyết thỏa đáng. Vì vậy, lẩn lộn giữa thực thể và chức năng là một sai lầm mà bất cứ thầy thuốc nào cũng dễ phạm phải.

Để hạn chế sai lầm, trong thực tiễn lâm sàng, thầy thuốc phải cực kỳ chú ý đến có yêu cầu này:

a) *Phải đặt vấn đề thực thể và chức năng trước mọi bệnh cảnh phức tạp:*

Quá thiên về thực thể, không để ý đến nhân tố chức năng, nhiều khi không làm được chẩn đoán đúng, và kéo dài vô ích thời gian bị bệnh. Rất nhiều bệnh nhân đáng lẽ chỉ cần điều trị một thời gian rất ngắn mà đành phải mang bệnh trong nhiều năm.

Ngược lại, quá chú trọng đến chức năng, không theo dõi đầy đủ mặt thực thể, có thể làm chẩn đoán sai lầm, gây ra những hậu quả rất tai hại. Cũng khá nhiều bệnh nhân có tổn thương thực thể trầm trọng, nhưng chỉ phát hiện được sau khi mổ tử thi, còn lúc sống thì mang chẩn đoán là bệnh tâm căn, hoặc bệnh chức năng.

b) *Phải luôn luôn nghĩ rằng ở một bệnh nhân có thể đồng thời có một bệnh thực thể kết hợp với một bệnh chức năng.*

Ở thế kỷ trước, nhiều bệnh thực thể được mang chẩn đoán là bệnh chức năng hysteria. Vì vậy các tác giả cổ tìm ra những tiêu chuẩn chất chẽ để phân biệt giữa một bệnh thực thể với một bệnh chức năng tương ứng. Sự phân biệt rất cần thiết nhưng quá chất chẽ này dần dần trở nên máy móc, lại gây nhiều khó khăn cũng như sai lầm trong chẩn đoán. Thí dụ thầy thuốc phải chẩn đoán đó là cơn động kinh hoặc là cơn hysteria, chứ không thể chẩn đoán là một bệnh nhân vừa có cơn động kinh vừa có cơn hysteria xen kẽ vào. Nhưng thực tế lại có như vậy. Sự kết hợp giữa bệnh thực thể và bệnh chức năng là một sự kiện phức tạp, nhưng có thực, cần phải lưu ý.

c) *Phải luôn luôn nhớ rằng với thời gian, từ chức năng có thể chuyển sang thực thể.*

Liệt chức năng lâu ngày có thể chuyển sang teo cơ và cứng khớp. Nôn và đau vùng thượng vị lúc đầu mang tính chất chức năng rõ ràng, nhưng kéo dài nhiều năm gây ra loét dạ dày thực sự. Loạn thần phản ứng kéo dài có thể đưa bệnh nhân vào bệnh cảnh giống tâm thần phân liệt và trí tuệ sa sút không chữa khỏi. Vì vậy không nên coi nhẹ bệnh chức năng, cho rằng muốn chữa lùi nào cũng được, mà phải chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

d) *Cũng phải nhớ rằng cùng một nguyên nhân có thể gây nên một bệnh cảnh thực thể song song với một bệnh cảnh chức năng:*

Một chấn thương sọ não có thể gây ra những triệu chứng thần kinh khu trú, theo vị trí tổn thương ở não. Nhưng bản thân chấn thương sọ não ấy cũng là một sang chấn tâm có thể gây ra bệnh tâm căn. Vì vậy trong một số bệnh cảnh có thể có những triệu chứng chức năng xen lẫn vào những triệu chứng thực thể. Có phân biệt được hai loại triệu chứng này thì mới có thể áp dụng phương pháp điều trị có hiệu lực cho từng loại được.

e) *Mọi thầy thuốc cần phải biết sử dụng liệu pháp tâm lý để loại trừ các triệu chứng làm cho bệnh cảnh đơn thuần hơn, chẩn đoán đúng hơn và điều trị thích hợp hơn:*

Trong thực tế lâm sàng, có nhiều trường hợp rất khó phân biệt giữa chức năng và thực thể. Vì vậy cần phải dùng kết quả điều trị để xác định chẩn đoán. Bằng liệu pháp tâm lý tích cực và đúng đắn, có thể làm mất những triệu chứng chức năng và bệnh thực thể sẽ thấy dễ hơn. Và nếu chỉ là bệnh chức năng đơn thuần, bệnh có thể khỏi hẳn, chẩn đoán hoàn toàn xác định.

## II. Các bệnh cơ thể tâm sinh.

### 1. Định nghĩa và vị trí các bệnh cơ thể tâm sinh.

#### a) *Định nghĩa:*

Tùy theo trường phái, có tác giả gọi bệnh tâm- thê (maladie psycho-so-matique); có tác giả gọi là bệnh tâm căn cơ quan (névrose d'organe); có tác giả gọi là bệnh tâm căn hệ thống chức năng (névrose système fonctionnel).

Bệnh cơ thể tâm sinh khác với bệnh tâm căn ở chỗ:

Bệnh cơ thể tâm sinh: có những triệu chứng cơ thể (nội tạng, cơ quan) rõ rệt, theo một hệ thống, cố định, kéo dài, ít nhiều có kèm theo biến đổi thực thể. Các triệu chứng này chiếm một vị trí trung tâm trong bệnh cảnh (loét dạ dày, hen suyễn, cường uyển giáp,...)

Bệnh tâm căn: cũng có thể có những triệu chứng cơ thể kèm theo, nhưng đó chỉ là những rối loạn thực vật nội tạng nhất thời, mang tính chất chức năng, dễ hồi phục, không kèm theo biến đổi thực thể, và các triệu chứng này chiếm vị trí thứ yếu trong bệnh cảnh (mạch nhanh, nôn ợ, run, giật, toát mồ hôi...)

#### b) *Vị trí của các bệnh cơ thể tâm sinh trong thực tiễn lâm sàng.*

Bàn về cơ chế bệnh sinh của các bệnh cơ thể tâm sinh, có nhiều quan điểm rất khác nhau. Nhưng về mặt thực tiễn lâm sàng, thì hiện nay hầu hết các tác giả thuộc các trường phái khác nhau đều thừa nhận là những bệnh cơ thể căn nguyên tâm lý có thật và có khá nhiều, căn cứ vào các đặc điểm sau đây:

- Rõ ràng có những bệnh cơ thể xuất hiện sau những cảm xúc mạnh, sau những sang chấn tâm thần và quá trình diễn biến của bệnh phụ thuộc phần lớn vào trạng thái tâm thần của người bệnh.
- Những bệnh cơ thể được xác định là tâm sinh nếu điều trị thuận túy bằng thuốc men thì không khỏi. Nhưng khi điều trị bằng liệu pháp tâm lý, hoặc bằng liệu pháp tâm lý kết hợp với thuốc men thì bệnh khỏi hoặc chuyên giảm rõ rệt.
- Về mặt thực nghiệm, nhiều tác giả đã chứng minh là những trạng thái căng thẳng tâm lý kéo dài, gây ra trên người và súc vật, đã làm xuất hiện những biến đổi thực thể ở các nội tạng cơ quan, và những biến đổi này chuyên giảm rõ rệt ở trạng thái tâm lý được yên dịu.
- Có những sự kiện lịch sử chứng minh rõ ràng là bệnh cơ thể tâm sinh đã xuất hiện trong một số đông người sống trong hoàn cảnh gay go, căng thẳng. Thí dụ trong đại chiến thế giới lần thứ hai, ở thành phố Leningrat, ngay sau thời kỳ bị phong tỏa, số bệnh nhân cao huyết và loét dạ dày tăng vọt lên.

### 2. Các quan niệm khác nhau về bệnh sinh các bệnh cơ thể tâm sinh:

Có rất nhiều quan niệm khác nhau, nhưng tựu trung lại có ba quan niệm được nói đến nhiều nhất.

a) Quan niệm theo học thuyết phân thân của Freud:

Những người theo học thuyết này dùng danh từ bệnh tâm thể. Tên gọi cũng tương tự như bệnh cơ thể tâm sinh nhưng nguyên nhân và cơ chế thì khác hẳn. Họ cho những triệu chứng tâm thể, thể hiện mối xung đột bên trong, chủ yếu mối xung đột giữa một bên là bản năng tính dục đòi thỏa mãn và một bên là lý trí, quy chế xã hội kim hakk bản năng lại. Kết quả là bản năng bị dồn ép bên trong vô thức và tìm cách trả hình những triệu chứng cơ thể để thoát ra ngoài. Thuyết này rất phổ biến ở phương Tây, nhất là ở Mỹ. Nhưng luận điểm “tính dục lan tràn” này không đúng về mặt triết học lẫn thực tiễn, nên ngày càng bị nhiều người phản đối.

b) Quan niệm theo học thuyết thích nghi của Selye.

Theo trường phái này, bệnh cơ thể tâm sinh là một hình thái lâm sàng của các bệnh thích nghi. Đó là một hình thức phản ứng của cơ thể theo cơ chế nội tiết trước sự tấn công của các kích thích gây căng thẳng khác nhau, kích thích vật lý cũng như kích thích tâm lý. Biến đổi nội tiết lôi kéo theo biến đổi thực thể.

Theo họ, bệnh cơ thể tâm sinh thể hiện sự thất bại trong quá trình thích nghi. Thích nghi dưới mức sẽ phát sinh ra một số bệnh này (đái tháo đường, bệnh Cushing, lao,...). Thích nghi quá mức sẽ phát sinh ra một số bệnh khác (loét dạ dày, hen suyễn, các bệnh dị ứng...).

Thuyết này giúp chúng ta hiểu thêm cơ chế nội tiết trong quá trình phản ứng của cơ thể dưới tác dụng của các sang chấn tâm thần. Nhưng vì quá nhấn mạnh vào cơ chế nội tiết, coi nhẹ cơ chế thần kinh, tâm thần, nên thuyết này trở thành phiến diện, mất cân xứng.

c) Quan niệm theo học thuyết Paplop:

Trên cơ sở những nghiên cứu của trường phái Paplop (bệnh tâm căn thực nghiệm của Paplop, thuyết vô não nội tạng của Bucop, đường liên hệ ngược của Anokhin,...), các bệnh tâm sinh có thể xuất hiện theo cơ chế sau này:

- Một cảm xúc tiêu cực, một sang chấn tâm thần (hay hồi ức về cảm xúc đối với sang chấn ấy), nếu lặp lại nhiều lần sẽ thông qua hệ thần kinh, chủ yếu qua hệ thần kinh thực vật, và các cơ quan nội cảm thụ, tác động đến nội tạng cơ quan, gây ra ở đây những biến đổi, những rối loạn.
- Rối loạn nội tạng, cơ quan, tác động ngược lại đến tâm thần làm cho bệnh nhân suy nghĩ, lo lắng, buồn phiền,... Suy nghĩ lo lắng này lại làm cho rối loạn nội tạng, cơ quan nặng lên. Và cứ thế một vòng phản ứng kín được hình thành, tác động qua lại liên tục.
- Chính vòng phản ứng đóng kín và liên tục này làm cho rối loạn nội tạng và cơ quan, lúc đầu mang tính chất chức năng, càng về sau càng mất bù trừ và cuối cùng trở thành tổn thương thực thể.
- Tùy theo nhân cách, trạng thái tâm lý và trạng thái nội tạng, cơ quan, của từng người, mà một sang chấn tâm thần có thể tác động mạnh hay yếu vào cơ quan này hay vào nội tạng khác. Thường cơ quan, nội tạng nào bị tác động mạnh và liên tục sẽ là cơ

quan nội tạng mang bệnh cơ thể tâm sinh.

- Bệnh cơ thể tâm sinh thường xuất hiện trên cơ sở những biến đổi thực thể, ít nhiều cố định, cho nên khi hoàn cảnh thay đổi, sang chấn tâm thần không còn tác động nữa, nhưng bệnh vẫn tiếp tục tiến triển như một bệnh thực thể.

Quan niệm về bệnh sinh vừa trình bày ở trên là quan niệm hiện nay được nhiều tác giả chấp nhận.

### 3. Xác định nguyên nhân và chẩn đoán:

#### a) Xác định nguyên nhân:

Trong bệnh cơ thể tâm sinh, xác định nguyên nhân tâm lý là nguyên nhân duy nhất hay nguyên nhân chủ yếu, hay chỉ là nguyên nhân thuận lợi, là một việc rất khó. Bởi vì, thực ra trong bệnh cơ thể tâm sinh, nguyên nhân cơ thể và nguyên nhân tâm lý thường kết hợp với nhau rất chặt chẽ, khó tách biệt ra. Thí dụ: gây ra bệnh loét dạ dày, có thể có rất nhiều nguyên nhân khác nhau: sang chấn tâm thần trường diễn, loạn dinh dưỡng, viêm dạ dày, rối loạn chức năng tiết dịch vị, tác động phản xạ của các bệnh nội tạng, nội tiết, nghiên thuốc lá,... Như vậy, xác định một trường hợp loét dạ dày cụ thể nào đó là một bệnh cơ thể tâm sinh, với cẩn nguyên tâm lý là cẩn nguyên duy nhất hay chủ yếu, không phải là một chuyện giản đơn.

#### b) Xác định chẩn đoán:

Do xác định nguyên nhân rất khó khăn và phức tạp, nên chẩn đoán phải thận trọng, chặt chẽ, phải thỏa mãn một số yêu cầu nhất định như:

- Phải thu thập đầy đủ những tài liệu về các bệnh cơ thể và các sang chấn tâm thần mà bệnh nhân đã chịu đựng từ thời thơ ấu đến nay.
- Phải nghiên cứu toàn diện nhân cách của bệnh nhân, đặc biệt chú ý đến tính cách, đến phương thức phản ứng của bệnh nhân đối với sang chấn tinh thần, đối với bệnh tật.
- Phải khám xét và theo dõi đầy đủ, cẩn thận các triệu chứng cơ thể về mặt lâm sàng và cận lâm sàng.
- Phải nghiên cứu kỹ mối liên quan giữa quá trình tiến triển của các triệu chứng của bệnh với trạng thái cảm xúc, trạng thái tâm thần của bệnh nhân.
- Phải so sánh tác dụng của liệu pháp tâm lý với các liệu pháp khác.

Sau khi thực hiện đầy đủ các yêu cầu nói trên, có thể làm chẩn đoán bệnh cơ thể tâm sinh, dựa vào các tiêu chuẩn sau này:

- ✓ Bệnh có nguyên nhân tâm lý rõ ràng và sâu sắc, hoặc là nguyên nhân duy nhất, hoặc là nguyên nhân chủ yếu.
- ✓ Nguyên nhân cơ thể không có hoặc không đáng kể.
- ✓ Bệnh tiến triển có liên quan chặt chẽ đến trạng thái tâm thần.
- ✓ Điều trị bằng tâm lý liệu pháp có hiệu quả rõ rệt.

#### **4. Xếp loại các bệnh cơ thể tâm sinh.**

Trong xếp loại, có hai thái độ trái ngược nhau, nhưng đều không đúng vì quá mức.

α) Thái độ quá mờ rộng:

- Rất nhiều triệu chứng biểu hiện đồng thời hai mặt vừa sinh lý vừa tâm lý đều được xem là cơ thể tâm sinh như: đau, chóng mặt, nhức đầu, co thắt, buồn nôn, ...
- Tất cả các bệnh có chịu tác động của nhân tố tâm lý đều gọi là cơ thể tâm sinh.

β) Thái độ quá thu hẹp:

Chỉ thừa nhận một số ít bệnh là cơ thể tâm sinh thật sự như loét dạ dày, hen phế quản, cao huyết áp, lao phổi,...

Vậy thái độ đúng mức là: những bệnh đạt các tiêu chuẩn chẩn đoán nêu ra ở trên là bệnh cơ thể tâm sinh.

Như vậy, có nhiều loại bệnh cơ thể tâm sinh khác nhau. Thường gặp nhất là những bệnh sau này:

- Bệnh loét dạ dày- hành tá tràng;
- Bệnh hen phế quản;
- Bệnh cao huyết áp;
- Một số bệnh ngoài da: ngứa, chàm, ra nhiều mồ hôi, nổi mày đay, vẩy nến,...
- Một số bệnh sản phụ khoa (rối loạn kinh nguyệt, mất sữa, ốm nghén,...)
- Một số bệnh khác: cường tuyến giáp, thấp khớp mạn, đái tháo đường, nhức đầu,...

#### **5. Điều trị:**

Bệnh cơ thể tâm sinh có nguyên nhân tâm lý và cơ thể quyện vào nhau, rất phức tạp, điều trị gặp rất nhiều khó khăn.

Mỗi bệnh, mỗi trường hợp cụ thể, phải có một kế hoạch riêng và luôn biến đổi cho thích hợp với từng giai đoạn phát triển của bệnh.

Tuy nhiên vẫn có những nguyên tắc điều trị chung:

- α)** Trong điều trị, lấy liệu pháp tâm lý làm liệu pháp chủ yếu, nhưng đồng thời phải tích cực điều trị các triệu chứng thực thể.
- β)** Trong khi điều trị các triệu chứng thực thể, phải kết hợp chặt chẽ với các chuyên khoa có liên quan trong các mặt khám xét, theo dõi và chỉ định điều trị.
- γ)** Có thể điều trị ngoại trú các bệnh cơ thể tâm sinh nhưng những trường hợp có tổn thương thực thể nặng, phải điều trị nội trú để kịp thời xử trí những biến chứng có thể xảy ra trong quá trình điều trị.

- d)** Những trường hợp nhẹ, tổn thương thực thể không đáng kể, có thể chỉ dùng liệu pháp tâm lý, không dùng các liệu pháp khác, để dễ đánh giá kết quả và xác định chẩn đoán.
- e)** Có thể dùng các loại liệu pháp tâm lý khác nhau cho phù hợp với đặc điểm của bệnh nhân và sở trường của thầy thuốc.

#### 6. Phòng bệnh:

Theo các nguyên tắc chung của phòng bệnh tâm thần và phòng các bệnh căn nguyên tâm lý.

Phương pháp thư duỗi luyện tập có tác dụng điều trị tốt; đồng thời cũng có tác dụng phòng bệnh và phòng tái phát.

## BÀI 22: BỆNH LOẠN THẦN PHẢN ỨNG

### I. Nguyên nhân gây loạn thần phản ứng.

#### 1. Nguyên nhân chủ yếu:

Các sang chấn tâm thần:

- Trước tiên là các sang chấn tâm thần rất mạnh, gọi là choáng tâm thần, tức là những trường hợp tính mạng bị đe dọa, bản năng sinh tồn bị căng thẳng cao độ, sinh mạng chính trị bị tiêu tan, ví dụ: bom nổ bên cạnh, ở giữa đám cháy khó có lối thoát, bị bắt giam,...
- Hoàn cảnh làm đảo lộn tình cảm sâu sắc nhất, ví dụ: người thân yêu bị tai nạn.
- Sang chấn tâm thần kéo dài: ít gặp, nhưng cũng có thể gây ra loạn thần phản ứng: quá chênh lệch giữa lý tưởng và hiện thực, luôn chung sống với một người hoàn toàn không thích hợp và thường xuyên mâu thuẫn,...

#### 2. Nhân tố thuận lợi:

Có vai trò rất quan trọng thúc đẩy bệnh phát sinh.

a, Hệ thần kinh bị suy yếu sẵn (trước khi gặp sang chấn tâm thần) do:

- nhiễm khuẩn, nhiễm độc;
- chấn thương sọ não, bị sức ép của bom;
- ăn uống thiếu thốn, cơ thể suy kiệt;
- quá mệt mỏi, mất ngủ kéo dài.

b) Khủng hoảng thời kỳ dậy thì hoặc mãn kinh.

c) Nhân cách dễ phản ứng: dễ cảm xúc, nóng nảy, bực tức, cảm xúc không ổn định,...

Tuy nhiên, trước một sang chấn tâm thần mạnh, có người bị loạn thần, có người không, vì

bệnh phát sinh hay không còn do sức đề kháng tâm thần bao gồm nhiều nhân tố: lòng yêu nước, lòng căm thù giặc, được rèn luyện trong khó khăn nguy hiểm, có lý tưởng trong cuộc sống,...

## II. Các thể lâm sàng.

Có rất nhiều thể, sau đây là những thể chính:

### 1. Loạn thần phản ứng cấp:

Thường xuất hiện sau choáng tâm thần, biểu hiện dưới thể quá động hay thể thiếu động.

#### a) Thể quá động (hay kích động)

Sau choáng tâm thần, bệnh nhân mất định hướng, kêu rú lên, bỏ chạy lung tung, có những hành động vô nghĩa (nhảy qua cửa sổ, đập phá,...).

Ở mặt trận, có trường hợp bỏ nơi ẩn nấp, thét to, cầm súng chạy thẳng lên phía trước.

Trạng thái này quá chóng, sau cơn, bệnh nhân quên tất cả hay chỉ nhớ từng mảnh sự việc rời rạc.

#### b) Thể thiếu động (hay bất động)

Sau choáng tâm thần, bệnh nhân trở nên đờ đẫn, im lặng, không nói, không ăn, đôi khi có trạng thái giống c้าง trương lực.

Có khi xuất hiện hiện tượng tê liệt cảm xúc: bệnh nhân mất hết phản ứng sợ hãi mặc dù biết hoàn cảnh nguy hiểm xung quanh, biêt tất cả sự việc xảy ra xung quanh. Ở mặt trận, có trường hợp quên là có địch bao vây, bom rơi đạn nổ xung quanh, bệnh nhân vẫn đứng sững sờ, không cử động.

Trạng thái này cũng quá chóng, sau cơn bệnh nhân cũng quên, trừ trường hợp tê liệt cảm xúc thì vẫn nhớ.

Trạng thái kích động hay bất động đều kèm theo rối loạn thực vật trầm trọng: đổ mồ hôi, rối loạn tim mạch, đi ia lồng,...

### 2. Loạn thần phản ứng bán cấp:

Các thể bán cấp hoặc xuất hiện từ từ sau sang chấn một thời gian (gọi là thời gian ngầm sang chấn), hoặc từ các thể cấp kéo dài chuyên sang. Có nhiều thể, thường gặp nhất là các thể sau này:

#### a) Thể trầm cảm phản ứng.

Bệnh nhân buồn rầu nhưng dễ bị kích thích, đôi khi giận giữ.

Vận động bị ức chế nhẹ, bệnh nhân thường nằm trên giường không muốn làm gì, cái gì cũng chán.

Tư duy tập trung hoàn toàn vào sang chấn. Không có ý tưởng tự buộc tội, mà thường thanh

minh cho mình và buộc tội người khác.

Có khi suốt ngày khóc lóc, kêu rên, đầm ngực,... chú ý theo dõi thái độ người khác đối với mình.

Rất hiếm gặp trường hợp tự sát, nhưng vẫn phải cảnh giác đề phòng, nhất là khi bệnh nhân có nỗi khổ tâm quá lớn.

Trạng thái này giảm dần sau một thời gian dài hay ngắn tùy thuộc tính cách của bệnh nhân và trạng thái của cơ thể. Nếu hoảng cảnh gây sang chấn mất đi, bệnh càng chóng khỏi.

b) *Thể hoảng tưởng phản ứng*.

Nỗi bâт lên trong bệnh cảnh là hoảng tưởng kèm theo cảm xúc lo sợ.

Thường là hoảng tưởng liên hệ và hoảng tưởng bị truy hại. Hoảng tưởng phản ánh nội dung của sang chấn (ví dụ: phạm nhân cho là người ta đang chuẩn bị bắn mình).

Có khi hoảng tưởng kèm theo áo giác, áo giác cũng có hoảng tưởng và cũng phản ánh nội dung sang chấn (ví dụ: người bị bom vùi thấy máy bay, chiến sĩ ngoài mặt trận, thấy quân thù bao vây).

Thể hoảng tưởng thường xuất hiện ở những người có thêm những nhân tố thuận lợi (mất ngủ kéo dài, bị chấn thương, bị bệnh cơ thể...), và cũng tiến triển theo trạng thái của cơ thể và tính chất của sang chấn.

c) *Thể áo giác phản ứng*.

Thể này rất hiếm thấy dưới dạng áo giác thuần túy.

Thường là áo thanh nỗi bâт lên hàng đầu. Bệnh nhân nghe nhiều tiếng nói, có tiếng chỉ trích bệnh nhân, có tiếng bênh vực bệnh nhân.

Áo thanh phản ánh nội dung sang chấn. Ví dụ: phạm nhân nghe thấy người thân đang thanh minh cho mình, công tố ủy viên đang buộc tội mình, vợ con đang khóc lóc, cầu cứu,...

Có khi áo thanh kết hợp với áo thị. Ví dụ: bà mẹ thấy đứa con đã chết đang ngồi bên cạnh và nói chuyện với con, cho con ăn,...

Điều kiện xuất hiện và tiến triển của thể này giống như thể hoảng tưởng.

d) *Thể hysteria phản ứng* (loạn thần hysteria).

Khác với bệnh tâm căn hysteria, loạn thần hysteria có nhiều triệu chứng tâm thần nặng, nhất là trạng thái rối loạn ý thức (thường là trạng thái hoảng hôn).

Có nhiều bệnh cảnh, có thể chuyển từ bệnh cảnh này sang bệnh cảnh khác. Thường gặp nhất là:

*Hội chứng sa sút già:*

- Ý thức rối loạn nhẹ.
- Trả lời các câu hỏi thông thường (2+2=3).

- Không làm được những động tác giản đơn (không biết mặc áo) nhưng có khi đột nhiên làm được những động tác phức tạp.
- Nét mặt ngơ ngẩn (nhăn trán, trợn mắt, méo mồm), sờ mó đồ vật,...
- Phản ứng sợ hãi, vô lý (chui xuống gầm giường).
- Có thể tiến triển cấp, mất đi trong vài ngày nhưng đôi khi kéo dài hàng tháng.

*Hội chứng trẻ con hóa:*

- Tác phong, nét mặt, lời nói, điệu bộ, phán đoán, phản ứng, cảm xúc đều mang tính chất trẻ con: nói ngọng, xưng mày tao với mọi người hay thưa cô thưa chú với người còn trẻ, chạy tung tãng, làm nũng, hờn dỗi, dẫm chân, khóc hu hu,...
- Không làm được những việc giản đơn (như trong hội chứng sa sút già).
- Có khuynh hướng kéo dài hơn hội chứng sa sút già.

e) *Thể bất động phản ứng* (bán cấp).

Thường là giai đoạn cuối của các thể bán cấp nói trên, nhất là thể hysteria phản ứng.

Bệnh nhân không nói hoàn toàn và không vận động: ngậm miệng, nhắm mắt, không ăn, đại tiểu tiện tại chỗ.

Sợ hãi lộ ra nét mặt, tim đập nhanh, mồ hôi ra nhiều.

Bệnh tiến triển từ từ và có khuynh hướng kéo dài.

### **III. Chẩn đoán.**

#### **1. Chẩn đoán quyết định:**

Căn cứ vào các đặc điểm sau này:

- Bệnh xuất hiện ngay hay một thời gian ngắn sau sang chấn tâm thần.
- Sang chấn tâm thần phải mạnh, đột ngột và vượt sức chịu đựng của bệnh nhân hay sang chấn không mạnh lắm nhưng xuất hiện liên tiếp.
- Nội dung các triệu chứng có liên quan trực tiếp và phản ánh sâu sắc nội dung của sang chấn.
- Trước đã có lần phản ứng nhẹ trước sang chấn hay có những nhân tố thuận lợi thúc đẩy bệnh phát sinh.
- Khi điều trị đúng, bệnh khỏi nhanh và khỏi hoàn toàn.

#### **2. Chẩn đoán phân biệt:**

Sang chấn tâm thần thường là một nhân tố làm bùng nổ một bệnh tâm thần đang tiềm tàng

bên trong. Bệnh tâm thần nội sinh lúc đầu có thể biểu hiện như loạn thần phản ứng.

Vì vậy cần phân biệt sớm loạn thần phản ứng với một số bệnh loạn thần, đặc biệt là với bệnh tâm thần phân liệt (căn cứ vào 5 đặc điểm để chẩn đoán quyết định kê trên và những đặc điểm của tâm thần phân liệt như tính thiếu hòa hợp, tính tự kỷ,... bệnh tâm thần phân liệt kéo dài và ngày càng nặng,...).

#### **IV. Điều trị.**

Châm dứt ngay nguồn sang chấn: thay đổi môi trường sinh sống một thời gian (tốt nhất cho nằm viện). Giúp đỡ để bệnh nhân có một lối thoát hợp lý nhất ra khỏi sang chấn (giải thích cho gia đình, tập thể, bàn bạc với bệnh nhân,...).

Áp dụng liệu pháp tâm lý trực tiếp với những trường hợp nhẹ, còn tiếp xúc được tốt.

Đối với những trường hợp có hội chứng tâm thần nặng, dùng các loại thuốc an thần thích ứng (aminazin, peritol với trạng thái hoang tưởng, sốc điện và melipramin với trạng thái trầm cảm,...).

Loại trừ những nhân tố thuận lợi đã thúc đẩy bệnh phát sinh: bồi dưỡng cơ thể, dùng các thuốc bồi dưỡng thần kinh (các loại vitamin, axit glutamic 1-3 g một ngày,...), để nằm an dưỡng,...

Nếu bệnh tiến triển xấu, có khuynh hướng kéo dài, có thể chữa bằng insulin làm hạ đường huyết hay bằng giắc ngủ kéo dài.

#### **V. Phòng bệnh.**

Chủ yếu là kết hợp giáo dục gia đình, nhà trường và tập thể để rèn luyện từ bé một nhân cách vững vàng, đủ sức chịu đựng và tự tìm lối thoát trước những biến cố của hoàn cảnh, những khó khăn của cuộc sống, những sang chấn tâm thần mạnh và đột ngột.

## **BÀI 23: BỆNH LOẠN THẦN TRIỆU CHỨNG**

### **I. Ý niệm về loạn thần thực thể và loạn thần triệu chứng.**

Danh từ loạn thần thực thể dùng để chỉ tất cả những bệnh tâm thần hay những rối loạn tâm thần có liên quan trực tiếp đến các bệnh nội khoa, nội tiết, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương và các quá trình tổn thương thực thể khác, ở trong cũng như ở ngoài não.

Vì phạm vi của đề mục này vô cùng rộng lớn, nên ở đây chỉ trình bày những nét chung của loạn thần triệu chứng, một phần rất quan trọng của loạn thần thực thể.

Loạn thần thực thể nói chung và loạn thần triệu chứng nói riêng là những vấn đề chạm đến tất cả các chuyên khoa. Mọi thầy thuốc cần biết đến đề:

1. Thấy được mối liên quan hết sức chắc chắn giữa tâm thần và cơ thể trong chẩn đoán và điều trị. Nắm được vấn đề này, trong chẩn đoán sẽ không phân vân bởi rối trước

những rối loạn tâm thần ở những bệnh cơ thể và trong điều trị sẽ cương quyết điều trị bệnh cơ thể để làm mất rối loạn tâm thần và ngược lại chữa các triệu chứng tâm thần để ảnh hưởng tốt đến tiến triển bệnh cơ thể.

2. Cùng cố quan điểm duy vật của chúng ta, khẳng định rằng: bệnh tâm thần là những bệnh bắt nguồn từ những biến đổi trong cơ thể, nhất là não.
3. Biết được những triệu chứng và hội chứng tâm thần nào có thể gặp trong những bệnh cơ thể nào, và do đó biết giữ bệnh nhân nào ở lại chuyên khoa mình để chữa và bệnh nhân nào cần phải gửi đến chuyên khoa tâm thần.

## II. Loạn thần triệu chứng.

### 1. Loạn thần triệu chứng cấp

Thường tiến triển với những hội chứng rối loạn ý thức như: ý thức u ám, mê sảng, mê mộng, lú lẫn và các hội chứng kích động giống động kinh và ảo giác cấp.

Các hội chứng rối loạn ý thức đã mô tả ở phần triệu chứng và hội chứng học, ở đây chỉ nói thêm về hội chứng kích động giống động kinh và hội chứng ảo giác cấp.

*Hội chứng kích động giống động kinh:* Rối loạn ý thức xuất hiện đột ngột kèm theo kích động dữ dội và lo lắng sợ hãi. Bệnh nhân tìm cách chạy trốn khỏi những người truy hại mình, mồm lặp đi lặp lại một số tiếng, la thét, nét mặt hoảng hốt lo âu. Rồi bệnh cảnh loạn thần đột nhiên chấm dứt, sau đó bệnh nhân ngủ say. Bệnh cảnh kéo dài từ nửa giờ đến vài giờ. Có khi kích động giống động kinh lại xuất hiện trước rồi tiếp theo đó bệnh cơ thể mới biểu hiện rõ ràng.

*Hội chứng ảo giác cấp:* Đột nhiên ảo giác, nhất là ảo thanh, xuất hiện đón dập có tính chất bình phẩm, hay ra lệnh cho bệnh nhân, thường dưới hình thức đàm thoại. Ảo giác kèm theo lo lắng, sợ hãi, bàng hoàng, ngơ ngác. Ban đêm ảo giác thường tăng lên. Ảo thanh có thể tồn tại vài ngày đến vài tháng.

Theo nguyên tắc, loạn thần triệu chứng cấp sẽ mất đi và không để lại di chứng tâm thần gì. Sau trạng thái cấp, bệnh nhân có thể có trạng thái kích động suy nhược trong một thời gian ngắn.

### 2. Loạn thần triệu chứng kéo dài

Có thể xuất hiện nhiều hội chứng khác nhau:

- a) Hội chứng trầm cảm paranoit: Bệnh nhân buồn rầu, lo lắng, sợ hãi, kích động, có ảo tưởng lời nói, hoang tưởng bị tội, có thể phát triển hội chứng Cotard. Ban đêm có thể mê sảng, kích động giống động kinh. Hội chứng này có thể chuyển sang hội chứng ảo giác paranoit hay bất động vô cảm xúc.
- b) Hội chứng ảo giác- paranoit: Ở bệnh nhân có hoang tưởng truy hại, ảo thanh và ảo tưởng lời nói, hoang tưởng nhận nhầm. Hội chứng này có thể mất đi khi thay đổi chỗ. Trường hợp nặng, có thể chuyển sang hội chứng bất động vô cảm xúc.
- c) Hội chứng hưng cảm: Không điển hình vì chỉ có khí sắc vui vẻ, còn hoạt động không tăng cường, có khi không hoạt động. Có thể có hiện tượng khoái cảm.

- d) Hội chứng trầm cảm: Cũng không điển hình. Có thể là trạng thái lo âu sợ hãi kèm theo kích động. Có thể là trạng thái trầm cảm kèm theo hiện tượng nghi bệnh và loạn cảm giác bản thể. Có thể là trạng thái trầm cảm kèm theo khóc lóc và suy nhược.
- e) Hiện tượng bia chuyện: Bia chuyện không kèm theo rối loạn trí nhớ và rối loạn ý thức. Bệnh nhân thường kể những chiến công, những thành tích anh hùng không hề có của mình.
- f) Hội chứng Korsakop nhất thời: Bệnh nhân có rối loạn trí nhớ về những sự việc mới xảy ra, kèm theo hội chứng bia chuyện, nhưng rối loạn trí nhớ chỉ xuất hiện nhất thời và sau đó có thể hồi phục được.

Tiếp sau các trạng thái loạn thần kể trên, thường là trạng thái suy nhược kéo dài. Một số trường hợp có biến đổi nhân cách, đổi kíhi xuất hiện hội chứng tâm thần thực thể.

### **3. Hội chứng tâm thần thực thể.**

- a) *Trong những trường hợp nhẹ*: trạng thái giống nhân cách bệnh: bệnh nhân mất hứng thú với những vấn đề ham thích trước kia, tính bị động tăng, cảm xúc không ổn định, đôi khi có những cảm xúc bùng nổ, thô bạo. Hội chứng suy nhược rõ rệt. Chưa có rối loạn trí nhớ và trí tuệ.
- b) *Trong những trường hợp nặng*: trạng thái trí tuệ giảm sút: trí phán đoán giảm sút, khói cảm, khó kiềm chế cảm xúc, rối loạn trí nhớ, khi thì dễ bị kích thích, dễ nổi giận, khi thì bất lực, khóc lóc,... Có người lại trở nên bàng quan, vô cảm xúc, mất mọi hứng thú.

Hội chứng tâm thần thực thể có thể thoái triển nhanh, nhưng cũng có thể thoái triển từ từ.

### **4. đặc điểm tiến triển của các loại loạn thần triệu chứng**

Một bệnh cơ thể (nhiễm khuẩn, nhiễm độc) có thể phát sinh ra loạn thần triệu chứng cấp rồi thoái triển hay chuyển sang loạn thần triệu chứng kéo dài và có thể làm biến đổi nhân cách theo kiểu này hay kiểu khác của hội chứng tâm thần thực thể.

Tiến triển của loạn thần phụ thuộc vào cường độ và chất lượng của tác nhân có hại cũng như sức phản ứng của cơ thể.

## **III. Các bệnh thường gây ra loạn thần triệu chứng.**

- a) *Các bệnh cơ thể* (không nhiễm khuẩn):

- Bệnh đường tiêu hóa: loét dạ dày.
- Bệnh về gan: teo gan cấp, thoái hóa gan, não (bệnh Wilson).
- Bệnh về thận: các trường hợp kèm theo tăng urê huyết.
- Bệnh về tim: suy tim, nhồi máu cơ tim, sau phẫu thuật tim (loạn thần do các bệnh mạch máu não được tách riêng ra).

- Bệnh vè máu: thiếu máu ác tính.
  - Bệnh loạn dinh dưỡng: do thiếu ăn trầm trọng.
  - Bệnh thiếu vitamin: đặc biệt thiếu vitamin PP (nhóm B2).
- b) *Các bệnh nội tiết:* thường phát sinh ra nhiều bệnh cảnh loạn thần hơn cả. Gồm các bệnh Basedow (cường tuyến giáp), phù niêm (suy tuyến giáp), bướu cổ (do thiếu iot), tetani (suy tuyến cận giáp, thiếu Ca), to ngón (tổn thương thùy trước tuyến yên), Cushing (phù sinh dục), Addison (suy tuyến thượng thận), đái tháo đường,...
- c) *Các bệnh nhiễm khuẩn* (các bệnh viêm não và nhiễm khuẩn thần kinh được tách riêng ra):
- Bệnh tê thấp: có thể có trạng thái giống phân liệt.
  - Viêm màng trong tim bán cấp (Osler).
  - Bệnh cúm.
  - Viêm phổi do virus.
  - Bệnh lao.
  - Bệnh viêm gan (bệnh Botkin).
  - Bệnh nhiễm khuẩn hậu sản: cần phân biệt với tâm thần phân liệt và loạn thần hung trầm cảm thường xuất hiện sau đẻ.

d) *Các bệnh nhiễm độc:*

Các bệnh loạn thần do nhiễm độc rượu được tách riêng ra và các bệnh loạn thần do nghiện các chất độc như thuốc phiện, gacdenal, cocaine,... cũng được tách riêng vì có những đặc điểm lâm sàng tâm thần riêng.

Ngoài các loại chất độc đặc biệt nói trên, các chất say này cũng có thể gây ra loạn thần triệu chứng:

- Các thuốc an thần, và hung thần mới.
- ACTH và coctisol.
- Atropin và quinacrin.
- Oxyt cacbon và các hợp chất chì trong công nghiệp.
- 

#### **IV. Nguyên tắc điều trị loạn thần triệu chứng.**

1. Chủ yếu là điều trị bệnh chính (bệnh cơ thể, nhiễm khuẩn, nhiễm độc), nếu đang điều trị tại các chuyên khoa có liên quan, không phải đưa đến khoa tâm thần, nhất là

đối với trường hợp nặng khó di chuyển hoặc cần thày thuốc chuyên khoa theo dõi sát.

2. Những trường hợp sau này cần chuyển đến khoa tâm thần: kích động dữ dội, rối loạn ý thức nặng, có ý định tự sát, rối loạn tác phong nặng. Tuy nhiên, trong điều trị, cần phải có sự tham gia chặt chẽ của các thày thuốc thuộc các chuyên khoa có liên quan.
3. Đồng thời với việc điều trị các bệnh chính, cần phải điều trị các triệu chứng tâm thần, tăng cường cơ địa, nghiên cứu chế độ lao động và sinh hoạt cho thích hợp.
4. Thuốc an thần nhiều khi phải dùng liều cao mới có tác dụng, vì vậy cần phải kiểm tra và theo dõi chặt chẽ về mặt cơ thể, thể dịch, phải tuân theo các chống chỉ định đối với thuốc an thần một cách nghiêm túc, để phòng biến chứng.

## Bài 24: bệnh tâm thần phân liệt

### I. Khái niệm về bệnh tâm thần phân liệt

Bệnh này trước kia gọi là bệnh trí tuệ xa sút và nhiều tên gọi khác nữa.

Năm 1911 Bleuler đưa ra danh từ schizophrenia và được tuyệt đa số các nhà tâm thần học trên thế giới thừa nhận: schizo là chia cắt, phân liệt, phrenia là tâm thần.

Đây là rối loang tâm thần nặng, có tích chất tiến triển, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng. Làm biến đổi nhân cách bệnh nhân theo kiểu phân liệt nghĩa là biểu hiện bằng sự mất thống nhất giữa cá mặt hoạt động tâm thần, bằng sự mất dần liên hệ với thực tại xung quanh, bwangf cảm xúc ngày càng khô lanh, bằng tư duy lệch lạc trầm trọng về hình thức cũng như nội dung, bằng tác phong kì dị khó hiểu.....

Triệu chứng của tâm thần phân liệt hết sức phong phú và phức tạp, nhưng các triệu chứng kết hợp với nhau thành những hội chứng, tiến triển theo những qui luật nhất định, và hình thành những thể lâm sàng riêng biệt.

Bệnh có thể tiến triển liên tục, tiến triển chu kì, hay tiến triển liên tục từng cơn.

ở nước ta cũng như các nước khác trên thế giới, tâm thần phân liệt là bệnh tâm thần nặng và phổ biến. Theo thống kê của ngành tâm thần thì bệnh tâm thần phân liệt chiếm 0.7% dân số nước ta. Theo tài liệu của Tổ chức WHO y tế thế giới, khả năng bị tâm thần phân liệt trong nhân dân nhiều nước là 1%.

Bệnh thường phát sinh ở tuổi thanh thiếu niên nhưng cũng có thể xuất hiện lần đầu ở người già và trẻ em.

### II. Các đặc điểm lâm sàng chung

#### A. Hai tính chất cơ bản của quá trình phân liệt.

Bệnh có rất nhiều thể, mỗi thể có bệnh cảnh khác nhau nhưng thể nào cũng có những triệu chứng biểu hiện hai tính chất chung của quá trình phân liệt:

- Tính thiếu hòa hợp và tính tự ki
- Sự giảm sút thể năng tâm thần.

### **1. Tính thiếu hòa hợp và tính tự ki.**

#### **a) tính thiếu hòa hợp**

Tính thiếu hòa hợp thể hiện trong tất cả các hoạt động tâm thần, chủ yếu trong tư duy, cảm xúc và hành vi, tác phong. Nó mang nhiều tính chất đa dạng: tính hai chiều trái ngược, tính dị ki khó hiểu, tính khó thâm nhập, tính phủ định, tính tự đồng.....

##### **i. Tính thiếu hòa hợp trong tư duy**

###### **❖ Trong nội dung tư duy**

- Rồi loạn quá trình liên tưởng: nói đầu gà đuôi vịt, ý tưởng tiếp diễn hỗn độn, nói lặp đi lặp lại, trả lời ngoài đề.....
- Tư duy theo hoang tưởng: bị hoang tưởng chi phối toàn bộ hay 1 phần....
- Lí luận xa rời thực tế: nói liên miên những vấn đề trừu tượng về triết học khoa học, dùng những từ có tính chất tượng trưng bí hiểm.
- Tao ra những khái niệm mới và cuối cùng nói một ngông ngingo mới tự đặt ra.

###### **❖ Trong hình thức thể hiện tư duy( các nói, âm điệu, câu, chữ)**

- Giống tư duy: có thể chậm lại, dẫm chân tại chỗ hay nhảy bợt, khi nahnh khi chậm.....
- Cách nói chuyên, tiếp xúc: nói mốt mình, không nói, nói rất khẽ, cơn nói không dừng được, vừa nói vừa thở dài, khụt khịt.....
- Cách dùng chữ, đặt câu: dùng chữ quên thuộc với ý nghĩa khác, dùng danh từ thay cho động từ, dùng trạng từ thời giant hay cho trạng từ không gian, đặt chữ mới, đặt ra ngữ pháp mới, xáo trộn các chữ...

##### **ii. Tính thiếu hòa hợp trong cảm xúc**

- Thay đổi tình cảm với người thân: ghét bỏ mẹ, ghét đồng chí.....buồn rầu, cơn cười điên dại.....
- Cảm xúc trái ngược , lại lung, ghét 1 đứa trẻ rất dễ thương, sung sướng khi nhất được 1 viên phẩn.....
- Cảm xúc hai chiều: vừa yêu, vừa ghê, vừa vui vừa giận.

##### **iii. Thiếu hòa hợp trong hành vi, tác phong**

- Hành vi xung động bột phát, khó hiểu: đột nhiên bỏ chạy, đánh giết người cướp giật.
- Xung động bản năng: ăn ngẫu nghiến, ăn mãi không thấy no, thù dâm, hiếp dâm.....

- Hành vi hai chiều tương phản: do dự giữa làm và không làm, vừa cười vừa cau mày, thư viết vội không gửi.....
- Hành vi tinh nghịch, lỗ mãng
- Hành vi có tính chất điệu bộ: nhún vai, nhéch mép...
- Hành vi có tính chất định hình: luôn nháy mắt xoa tay đứng ngồi ở 1 tư thế.....

### β) Tính tự kỉ

Có liên quan chặt chẽ với tính thiếu hòa hợp, hậu quả của tính thiếu hòa hợp. một số triệu chứng vừa mang tính chất thiếu hòa hợp vừa mang tính tự kỉ, khó tách rời hai tính chất ấy ra. Tính thiếu hòa hợp và tính tự kỉ chỉ là hai mặt của 1 quá trình phân liệt mà thôi.

Tính tự kỉ biểu hiện bằng những hiện tượng: tách rời thực tai, cắt đứt với thế giới bên ngoài, quay về cuộc sống bên trong. Chủ yếu trong tính tự kỉ là tính khó thâm nhập, tính dị kỉ, khó hiểu. các tác giả Pháp thường nói đến con người tự kỉ và thế giới tự kỉ.

- Con người tự kỉ là con người kì dị, nhân cách tan rã, biểu hiện đa dạng, biến đổi không ngừng: khi như đứa trẻ con, khi như 1 người đạo mạo, khi thì dài các, khi thì thô bạo..không thể hiểu được.
- Thế giới tự kỉ: bệnh nhân quay vào thế giới riêng mình hết sức kì quái. Trong thế giới ấy các quy luật tự nhiên và xã hội đều bị đảo lộn, các phạm trù logic không thể áp dụng được. chí khi bệnh nhân nói ra thì người khác mới biết tại sao bệnh nhân lại nghĩ và làm những điều kì dị như vậy.

## 2. **Sự giảm sút thế năng tâm thần**

Thế năng tâm thần ở đây hiểu theo nghĩa năng lượng cần thiết cho mọi hoạt động tâm thần, biểu hiện bằng nhiệt tình, tính năng động, tính linh hoạt.... vì vậy bệnh nhân với thế năng tâm than giảm sút rõ rệt, có tác giả gọi là máy không động cơ, lò không chất đốt.....

Về mặt cảm xúc, giảm sút thế năng làm tâm thần biểu hiện bằng cảm xúc ngày càng khô lạnh để đi tới chỗ băng quan, vô cảm súc. Đây là nét cơ bản nhất của quá trình phân liệt.

Về mặt tư duy thì hoạt động tư duy ngày càng nghèo nan, cứng nhắc, học tập và công việc ngày càng kém sút, thói quen về nghề nghiệp cũ tan biến dần.....

Về mặt hành vi, tác phong thì ý chí ngày càng suy đồi đi đến chỗ không thiết làm gì nữa kể cả vệ sinh thân thể cũng không chú ý đến.

## **B. Các triệu chứng báo trước**

Thường bắt đầu bằng những biến đổi không rõ ràng, là lạ trong người, tình cảm lạnh nhạt dần, thấy khó thích ứng với ngoại cảnh.

Rồi xuất hiện trạng thái suy nhược: nhức đầu, mệt mỏi, khó chịu, mất ngủ, năng suất công tác và học tập giảm, khí sắc không ổn định, mất tình cảm với xung quanh, đầu óc mù mờ, khó suy nghĩ, bồn chồn lo lắng không yên ổn/có/

Rồi cảm giác bị động tăng dần: thấy như đuối sức trước cuộc sống. không theo kịp những

bien đổi xung quanh, trương lực tâm thần giảm, nguồn năng lượng tâm thần tiêu hao dần.

Rồi xuất hiện các triệu chứng bắt đầu khác như hình thành những thể lâm sàng khác nhau.

### **III. Các thể lâm sàng**

Theo viện sĩ Sneijnepxki 1970 tâm thần phân liệt được chia ra làm 3 nhóm lâm sàng, dựa vào sự tiến triển của bệnh: các thể tiến triển liên tục, tiến triển chu kì, và tiến triển liên tục chu kì

#### **A. Các thể tiến triển liên tục**

Thường chia ra:

- Tiến triển nhẹ: các thể tiến triển lờ đờ
- Tiến triển trung bình: thể paranoit ở người lớn
- Tiến triển nặng: các thể ác tính hay hạy nhân( bao gồm thể đơn thuần, thanh xuân, căng trương lực, tinh táo và thể paranoit tuổi thiếu niên).

##### **1. Tiến triển nhẹ:** các thể tiến triển lờ đờ:

Thuộc về tiến triển này là những bệnh mà trước kia thường được gọi bằng nhiều tên gọi khác nhau như: tâm thần phân liệt giống tâm căn, tâm thần phân liệt tiêm tàng, tâm thần phân liệt đơn thuần nhẹ, tâm thần phân liệt giống nhân cách bệnh.....

Trong các thể này, nhân cách biến đổi theo kiểu phân liệt không rõ rệt nên trong 1 thời gian khá lâu bệnh nhân được theo dõi như là 1 trường hợp kkhung hoảng dại thì hay bệnh tâm căn, hay nhân cách bệnh, tâm thần phân liệt giống nhân cách bệnh.....

Bệnh tiến triển từ từ trong nhiều năm. Tính thiếu hòa hợp thường nhẹ nhàng kín đáo, thể năng tâm thần cũng giảm sút nhẹ, vì vậy thường bỏ qua chẩn đoán tâm thần phân liệt trong 1 thời gian dài.

Các hội chứng tâm thần trong các thể này rất đa dạng. Tùy theo hội chứng nào chiếm ưu thế trong bệnh cảnh trong nhiều năm, người ta chia ra các thể lâm sàng như sau:

Thường gặp nhất là các thể lâm sàng sau đây:

- Thể ám ảnh( thường là lo sợ ám ảnh)
- Thể nghi bệnh hay loạn cảm giác bản thể
- Thể hysteria
- Thể suy nhược tâm thần
- Thể giống nhân cách bệnh
- Thể paranoit

Các thể lâm sàng nói trên tồn tại trong 1 thời gian khác lâu, dài ngắn khác nhau, rồi hoặc chuyển sang thể paranoit hoặc chuyển qua giai đoạn cuối cùng. Lúc này chẩn đoán tâm thần

phân liệt quá dễ vì đã đầy đủ các triệu chứng , nhưng cũng quá muộn.

## 2. **Tiến triển trung bình( thể paraoit):**

Thường tiến triển qua các giai đoạn sau:

### – *giai đoạn bắt đầu( giai đoạn paraoia hay hoang mang có hệ thống)*

Thường bắt đầu hoang tưởng có hệ thống: liên hệ bị truy hại, phát minh, ghen tuông.....

Có một số trường hợp bắt đầu bằng các triệu chứng khác nhau: ám ảnh loạn cảm xúc bẩn thỉu, giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại, trạng thái giống tâm căn.....

Giai đoạn này có thể kéo dài rất lâu và thường kèm theo từng đợt bang hoàng , lo lắng, kích động.

### – *Giai đoạn paraoit( giai đoạn hoang tưởng không hệ thống)*

Xuất hiện hoang tưởng nhiều loại khác nhau, không hệ thống.

Xuất hiện thêm các ảo giác, thường là ảo thanh.

Đặc biệt hoang tưởng bị chi phối kết hợp với xuất hiện thêm hoang tưởng kì quái( tự cao, thần bí,hoang đường) kèm theo hội chứng hung cảm.

### – *Giai đoạn cuối cùng*

Hoang tưởng mờ dần và xuất hiện các hiện tượng nghi bênh vô lí, mất cảm xúc, nói một mình,ngôn ngữ phân liệt..

Mỗi giai đoạn ngắn hay dài tùy từng bệnh nhân. Mỗi lần chuyển từ giai đoạn này sang giai đoạn khác có hiện tượng kích động lo âu, sợ hãi, hay hiện tượng cản thương lực thứ phát nhất thời.

Điều trị tốt có thể làm mất triệu chứng hay giữ bệnh nhân ở một giai đoạn nhất định, không chuyển hay chuyển chậm sang giai đoạn sau.

## 3. **Tiến triển nặng : các thể ác tính( cá thể hạt nhân):**

Gọi là ác tính vì bệnh tiến triển nặng và nhanh chóng đưa đến trình trạng thái cuối cùng. Gọi là thể hạt nhân vì nó thể hiện những nét cơ bản nhất của bệnh tâm thần phân liệt.

Các thể hạt nhân bao gồm các thể cổ điển : thể đơn thuần, thể thanh xuân, thể căng trương lực tinh túy.

Sự sát nhập ba thể nói trên vào nhóm các thể hạt nhân căn cứ vào đặc điểm lâm sàng như sau:

### – Ba thể đều có những triệu chứng cơ bản là các triệu chứng âm tính( thiếu hòa hợp, giảm sút thể năng tâm thần)

### – Biểu hiện lâm sàng của ba thể ở giai đoạn đầu và giai đoạn cuối tương tự nhau.

### – ở giai đoạn giữa , các bệnh cảnh cũng chỉ khác nhau một cách tương đối. có khi hội

chứng chủ đạo của thể này xuất hiện trong thể kia.

### Đặc điểm chung của thể hạt nhân là:

- Bệnh phát sinh sớm ở tuổi dậy thì hay trước dậy thì
- Bệnh bắt đầu bằng các triệu chứng âm tính và ngày càng trầm trọng
- Các triệu chứng dương tính( ảo giác, hoang tưởng, căng trương lực) đa dạng nhưng không hoàn chỉnh, không có hệ thống.
- Bệnh tiến triển nhanh tới giai đoạn cuối cùng
- Các trạng thái cuối cùng rất nặng, dễ đưa đến trì trệ sa sút
- Điều trị ít kết quả

### **Các giai đoạn lâm sàng của các thể hạt nhân:**

#### Giai đoạn bắt đầu:

Giai đoạn ngày kéo dài khá lâu,, dài ngắn tùy theo từng thể, thường thể cảng trương lực ngắn nhất và thể đơn thuần dài nhất.

Có ba đặc điểm lâm sàng chung cho cả ba thể:

- Thể năng tâm thần giảm sút dần: cảm xúc khô lạnh dần, bệnh nhân uể oái mệt mỏi, lờ là học tập, công tác, ngại tiếp xúc. Xa lánh người thân.
- Biến loạn các đặc trưng của tuổi dậy thì: tính cách tác phong trở nên dị kì, khó hiểu, có những thích thú độc đáo , lang thang, nghiện ngập,
- Các triệu chứng dương tính thô sơ: chưa có hoang tưởng, ảo giác, hay chỉ mới lờ mờ xuất hiện, nổi bật lên là những hành vi kì lạ, xa rời thực tế. và đặc biệt điển hình là hiện tượng ngộ độc triết học( quan tâm những vấn đề bí hiểm, rắc rối, siêu hình)

#### Giai đoạn toàn phát

Sang giai đoạn này bệnh tiến triển đa dạng và hình thành ba thể lâm sàng khác nhau:

- Nếu các triệu chứng trong giai đoạn đầu cứ tăng lên dần mà không có hội chứng dương tính mới, chỉ có các triệu chứng âm tính ngày càng sâu sắc, các triệu chứng dương tính vẫn thô sơ, lè té, thì người ta gọi là thể đơn thuần.
- Nếu giai đoạn sau bắt đầu lại xuất hiện hội chứng kích động mãnh liệt mang tính chất đột dại, lo lắng, hoảng loạn( gào thét, cười khó..) gọi là thể thanh xuân.
- Nếu sau giai đoạn đầu lại xuất hiện trạng thái bất động xen kẽ với một đợt kích động, mang tính chất định hình, và sau mỗi đợt, trạng thái tím lí lại xấu hơn thì gọi là thể cảng trương lực.

Như đã nói ở trên, sự phân chia ba thể ở giai đoạn toàn phát chỉ có giá trị tương đối vì hội chứng chủ yếu ở mỗi thể tồn tại không lâu và cũng có thể xuất hiện nhất thời ở thể khác.

## Giai đoạn cuối cùng

Biểu hiện lâm sàng ba thể gần giống nhau

Triệu chứng cũng gần tương tự như thể paraoit, nhưng nhân cách tan rã nhiều hơn, sờm hơn, và dễ đưa đến trí tuệ sa sút hơn.

### B. Các thể tiến triển chu kì

#### 1. Đặc điểm lâm sàng

Các thể bệnh tâm thần phân liệt chu kì, ngoài tiến triển có tính chất chu kì ra, còn có những đặc điểm lâm sàng khác nhau với các thể tiến triển liên tục như:

- Chu kì xuất hiện cơn: dài , ngắn, không nhất định
- Cơn trước cơn sau không nhất thiết phải theo một thể lâm sàng nhất định
- Trong bệnh cảnh biến đổi cảm xúc nổi lên hang động
- Thường xuyên có hoang tưởng, thường là hoang tưởng cảm thụ với khuynh hướng hoang đường, giống mộng.
- Thường có hội chứng căng trương lực kèm theo.
- Thuyên giảm rõ rệt, nhất là trong mấy cơn đau đầu, gần như khôi hăn.
- Có nhiều biến đổi về nội tiết, chuyển hóa, thể dịch,
- Thường phát sinh dưới tác dụng các nhân tố có hại bên ngoài.

#### 2. Các thể lâm sàng

Có nhiều thể lâm sàng, có ba thể thường gặp là:

- Thể căng trương lực mê mộng
- Thể trầm cảm- paranoit
- Thể hoàn toàn.

##### a) *Thể căng trương lực mê mộng:*

Giai đoạn bắt đầu ngắn, các triệu chứng phân liệt thô sơ, chủ yếu là trạng thái suy nhược.

Rồi xuất hiện cấp diễn trạng thái căng trương lực, đầu tiên là trạng thái kích động với hội chứng hung cảm, rồi đến trạng thái bất động hoàn toàn hay bất động với trạng thái trầm cảm;

Đồng thời xuất hiện hoang tưởng cảm thụ: thường bắt đầu hoang tưởng đổi dạng sang hoang tưởng đóng kịch, sau đó là hoang tưởng kì quái cấp kèm theo rối loạn ý thức kiêu mệ mộng.

Cơn kéo dài nhiều ít tùy từng bệnh nhân, sau đó thuyên giảm rất rõ rệt

Có trường hợp sau cơn thứ 3 thwu4 thì bệnh tái phát kèm theo sốt cao, ure huyết tăng nhiều, xuất huyết dưới da, kích động kiệt mè sảng hay lú lẫn. cơn này thường gọi là tâm thần phân liệt cấp ác tính. Nhiễm độc nặng, hay thâm thần phân liệt kèm sốt.

β) *Thể trầm cảm paraoit:*

Gia đoạn bắt đầu dài hơn, thường xuyên biểu hiện bang khí sắc trầm, lo lắng, chờ đợi một sự không may xảy đến, ý tưởng bị tội lỗi mờ.

Rồi xuất hiện trạng thái kích động dữ dội.

Sau đó xuất hiện các hoang tưởng cảm thụ và nỗi bực lèn là hoang tưởng bị tội. hoang tưởng này có thể mở rộng phạm vi bao trùm cả xã hội.

Đồng thời lại xuất hiện hoang tưởng bị chi phối lè tê và hội chứng tâm thần tự động.

Trạng thái kích động có thể chuyển sang trạng thái tạm bất động hay bất động kèm theo các hiện tượng căng trương lực lè tê

Trong trạng thái trầm cảm thường xảy ra hành vi tự sát hay tự cắt xéo

Biến đổi nhân cách có thể xuất hiện sớm hơn các thể chu kì

γ) *Thể tuần hoàn*

Giai đoạn đầu bắt đầu biểu hiện bằng trạng thái suy nhược hay hiện tượng nghi bệnh.

Rồi xuất hiện các cơn hưng cảm và trầm cảm. có thể xuất hiện các cơn hưng cảm riêng lẻ hay cơn trầm cảm riêng lẻ. có thể tiếp theo các cơn hưng cảm là các cơn trầm cảm hay ngược lại.

Cơn hưng cảm và trầm cảm có những sắc thái khác hẳn với bệnh hưng cảm điều hành.

Cơn hưng cảm của tâm thần phân liệt có chu kì có những đặc điểm riêng như: vận động hưng phấn mang tính chất vô lí, khó hiểu, tinh chất phá hoại, rồ dại, có kèm theo hội chứng căng giãn trương lực và tâm thần tự động thô sơ, lè tê, có rồi loạn ý thức kiêu mè mộng.

Cơn trầm cảm cũng ó những đặc điểm như: trầm cảm kèm theo hiện tượng cầu nhàu, ủ rũ, hờ hững, khó thâm nhập, trầm cảm kèm theo các hội chứng căng trương lực và tâm thần tự động thô sơ, lè tê và trạng thái mè mộng.

### C. Các thể tiến triển liên tục từng cơn

Còn gọi là thể ghép (vừa giống thể liên tục vừa giống thể chu kì)

Về mặt biểu hiện lâm sàng thì gần giống các thể liên tục hơn là các thể chu kì, vì vậy người ta chia làm ba thể lâm sàng tương tự như các thể liên tục

- Các thể tiến triển lờ đờ

- Các thể kiêu paraoit

- Các thể kiêu hạt nhân.

Về mặt tiến triển thì bệnh xuất hiện từng đợt, sau mỗi đợt có thời kỉ thuyên giảm rõ rệt.

nhưng khác nhau với các thể chu kì là trong thời kì thuyên giảm các triệu chứng dương tính chỉ giảm bớt chứ không mất đi hoàn toàn. Còn các triệu chứng âm tính, đặc trưng cho quá trình phân liệt, vẫn tiếp diễn tuy chậm chạp và kín đáo. Nhận cách biến đổi nhiều hơn và rõ hơn các thể chu kì.

Trong quá trình tiến triển, có thể xuất hiện những cơn cấp diễn giống các cơn chu kì.

Một số trường hợp, cơn ngày càng nặng, càng dày hơn, thời gian giữa các cơn ngày càng ngắn và bệnh diễn biến gần như liên tục.

## I5. Chẩn đoán

### 1. Chẩn đoán quyết định

#### a) Chẩn đoán sớm

Cần cứ vào những triệu chứng báo trước: cảm giác mơ hồ, lờ lững trong người, trạng thái suy nhược, trạng thái kích động.... chẩn đoán ở giai đoạn này gặp nhiều khó khăn vì phải phân biệt với nhiều trạng thái suy nhược khác.

b) Chẩn đoán ở giai đoạn bắt đầu: căn cứ vào hai tính chất cơ bản của quá trình phân liệt đã bắt đầu xuất hiện, vào các triệu chứng báo trước tăng lên và vào các hội chứng riêng cho các thể đang hình thành.

c) Chẩn đoán ở giai đoạn sau: tương đối dễ dàng nhưng chẩn đoán thể bệnh lại khó khăn vì trong thể nào cũng có nhiều triệu chứng của thể khác. Cần xác định hội chứng chủ yếu, cơ bản, nắm vững quy luật phát triển các hội chứng và liên quan giữa hội chứng chính và các hội chứng phụ.

### 2. Chẩn đoán phân biệt

a) Cần phân biệt trạng thái suy nhược ở giai đoạn báo trước với nhiều trạng thái suy nhược khác

b) Cần phân biệt tâm thần phân liệt xuất hiện sau một sang chấn tâm thần với bệnh loạn thần phản ứng

c) Cần phân biệt với hội chứng giống phân liệt trong các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc và các bệnh thực thể khác. Cần khám kĩ về thần kinh, nội khoa và điều trị triệu chứng thực thể để xác định chẩn đoán.

## V.tiên lượng

Căn cứ vào

### 1. Các thể tiến triển

- Các thể tiến triển chu kì: tương đối rõ

- Các thể tiến triển liên tục: xâu, xâu nhất: thể đơn thuần và thể thanh xuân.

- Các thể liên tục từng cơn: nhẹ hơn các thể liên tục và nồng hơn các thể chu kì.

## 2. Cơ địa của bệnh nhân

### a) *Tương đối nhẹ, nếu*

- Bệnh phát sinh muộn, càng lớn tuổi càng nhẹ
- Trước khi mắc bệnh, nhân cách thích ứng, hòa hợp với môi trường xung quanh.
- Có những nhân tố bên ngoài thúc đẩy bệnh: nhiễm khuẩn, sang chấn tâm thần..
- Yếu tố di truyền ít
- Còn tiếp xúc được, thâm nhập được.

### β) *Nặng, nếu:*

- Bệnh phát sinh ở tuổi trẻ, càng trẻ càng nặng
- Trước khi phát bệnh có tính cách kín đáo, cô độc
- Bệnh nội sinh, không có nhân tố bên ngoài thúc đẩy
- Yếu tố di truyền nặng
- Cảm xúc sờn khô lạnh, khó tiếp xúc

## VI. Các biến đổi bên trong bệnh nhân tâm thần phân liệt

Có rất nhiều biến đổi chứng tỏ bệnh tâm thần phân liệt phát sinh, trên cơ sở vật chất, nghĩa là do các biến đổi trong não và trong cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động có tính chất chính hợp và thống nhất của não.

Tuy nhiên hiện nay vẫn chưa tìm được một vài biến đổi cận lâm sàng đặc hiệu, và thường xuyên có thể dùng là cơ sở để chẩn đoán xác định

ở bệnh nhân này hay bệnh nhân khác, ở thể này hay thể khác, có thể có những biến đổi sau đây; viêm dày màng nhện, teo não nhẹ, xuất huyết não, phù não, mắt noron ở các lớp vỏ não, tủy bào thần kinh đậm, mắt phản ứng, hệ tim mạch phát triển không đầy đủ, teo tuyến thượng thận, đồng tử không giãn với kích thích đau, mắt phản xạ da bụng, biến đổi đường huyết, công thức máu, thân nhiệt,

## VII. cẩn nguyêñ

cho đến nay bệnh nguyên và bệnh sinh của tâm thần phân liệt vẫn chưa xác định rõ ràng mặc dù đã có hàng nghìn công trình nghiên cứu và vẫn đang tiếp tục nghiên cứu.

có rất nhiều thuyết về triết học, tâm lí, sinh hóa, vi sinh, di truyền..... nhưng vẫn chưa có giả thuyết nào thuyết phục mọi người.

có thể nói các phát hiện mới về chất có tác động đến thần kinh đều được nghiên cứu : AMP vòng trước kia và endorphin ngày nay. Nhằm tìm ra căn nguyên của bệnh nhưng chưa thấy được ánh sáng cuối đường hầm.

tuy nhiên hiện nay đa số tác giả vẫn tập chung vào thuyết nhiễm độc amin. Rất nhiều axit amin đơn được nghiên cứu, hiện nay còn đứng vững là hai amin đơn môi giới hóa học thần kinh: dopamine và serotonin. Men gì, chất gì làm rối loạn chuyển hóa các chất amin này và cơ chế nào tác động để gây ra bệnh loạn thần này?? Người ta hi vọng các môn sinh hóa não và dược lực học làm tâm thần học có triển vọng có câu trả lời.

### VIII. điều trị

bệnh tâm thần phân liệt là một bệnh tâm thần nặng, đòi hỏi kế hoạch điều trị toàn diện lâu dài kết hợp với nhiều liệu pháp.

Các thê liên tục phải điều trị trong nhiều tháng. Sau điều trị tấn công trong bệnh viện, phải tiếp tục điều trị cung cấp ở nhà.

Phải kết hợp nhiều liệu pháp chủ yếu được vào liệu pháp hóa dược và liệu pháp tái thích ứng xã hội. liệu pháp hóa dược nhằm loại trừ các triệu chứng dương tính. Liệu pháp tái thích ứng xã hội loại trừ các triệu chứng âm tính.

Hai liệu pháp nói trên đã trình bày trong các bài trước. ở đây chỉ nói tới sử dụng liệu pháp hóa dược cho bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Hiện nay nước ta aminazin là thuốc chủ lực. thuốc có nhiều tác dụng nên thanh toán được nhiều hội chứng khác nhau. Tuy nhiên vẫn có trường hợp ít tác dụng, phải điều trị kết hợp với thuốc khác hay thay thuốc khác(terfluzin, haloperidol..)

Trong hội chứng trầm cảm paranoid có thể kết hợp với thuốc hưng thần 3 vòng( melipramin, anaframit) hay sốc điện hay các muối lithi. Có khi dùng riêng norinan cũng có kết quả.

Trong các hội chứng âm tính có thể dùng frenolo liều thấp hay các thuốc giải ức chế như sulpirite, leponex

Có thể dùng majeptil hay sốc điện trong hội chứng căng trương lực bất động. trường hợp lão già nhiều có thể cho thêm sedusen hay librim. Đối với những trường hợp mạn tính, cần điều trị lâu dài, dùng an thần kinh tác dụng chậm rất thuận lợi. sốc insulin hiện hay ít dùng vì tác dụng cơ chế không rõ ràng.

Tóm lại hiện nay có rất nhiều thuốc mới có tác dụng điều trị bệnh tâm thần phân liệt. nhưng chưa có khảng định trước là thuốc nào có tác dụng tốt nhất với bệnh nhân nào.

Loại thuốc và liều lượng thích hợp phải nghiên cứu trên từng bệnh nhân cụ thể

### IX.Phòng bệnh

Căn nguyên của bệnh tâm thần phân liệt chưa rõ ràng nên phương pháp phòng bệnh tuyệt đối chưa có cơ sở chắc chắn

Tuy nhiên vẫn cần phải phòng bệnh tương đối, chú trọng vào các điểm sau đây:

- Rèn luyện cho trẻ em tính tập thể, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn trong cuộc sống
- Theo dõi những người có yếu tố di truyền để phát hiện và điều trị sớm

- Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau ra viện, điều trị cung cổ và tích cực chữa các bệnh bội nhiễm tránh cho bệnh nhân mệt mỏi, lao động quá sức, đề phòng bệnh tái phát.

## BÀI 25 BỆNH LOẠN THẦN HƯNG TRÀM CẨM

### I\_CÁC QUAN NIỆM KHÁC NHAU VỀ BỆNH LOẠN THẦN HƯNG TRÀM CẨM

Cho đến nửa đầu thế kỷ 19 các trạng thái hưng cảm và trầm cảm được xem là hai bệnh riêng biệt .Việc hai trạng thái này xen kẽ nhau cùng xuất hiện trên một bệnh nhân chỉ được xem như là một sự ngẫu nhiên .

Đầu thế kỷ 19 đã có một số tác giả thống nhất hai trạng thái này vào một bệnh chung và đặt cho những tên bệnh khác nhau.

Mãi cho đến năm 1899,Kraepelin mới mô tả đầy đủ bệnh này về các mặt lâm sàng và đặt cho một tên mới là loạn thần hưng trầm cảm (psychose maniac-despressive). Danh từ này được tất cả các nhà tâm thần học sử dụng từ ấy đến nay . quan trọng

,Kraepelin xem loạn thần nội sinh chủ yếu trong tâm thần học ,Kraepelin đã nêu lên những tiêu chuẩn chẩn đoán nhất định,các tiêu chuẩn này đã gây ra một số vấn đề

tranh luận, cho đến nay vẫn chưa chấm dứt. một số tác giả theo hướng mở rộng phạm vi chẩn đoán, một số theo hướng ngược lại, muốn thu hẹp phạm vi. Một số theo hướng thứ ba, muốn phủ định tính độc lập của bệnh này:

khuynh hướng chung của đa số các nhà tâm thần học hiện nay là muốn thu hẹp bệnh này lại theo những tiêu chuẩn chặt chẽ sau đây:

1. các trạng thái hưng cảm và trầm cảm xuất hiện một cách tự phát, từng chu kỳ kiểm vị trí trung tâm trong bệnh cảnh, thời gian tồn tại có thể kéo dài nhưng vẫn có giới hạn rõ rệt.
2. các trạng thái bệnh lý nói trên không đưa đến dị tật tâm thần, mặc dù tái hiện nhiều lần. giữa hai chu kỳ, hoạt động làm tâm thần gần như bình thường..
3. các trạng thái hưng cảm và trầm cảm có thể xen kẽ nhau hay không xen kẽ nhau(có thể một cơn hưng cảm hay trầm cảm xuất hiện liên tiếp trong nhiều chu kỳ).
4. rối loạn khí sắc phải nổi bật lên hàng đầu, có giới hạn rõ rệt trong thời gian và không kèm theo những triệu chứng biểu hiện tồn thương thực thể hay quá trình phân liệt.

Tiêu chuẩn trên, tỷ lệ bệnh loạn thần hưng trầm cảm ở nước ta hiện nay rất thấp so với tỷ lệ của bệnh tâm thần phân liệt.

## **II- các đặc điểm biểu hiện lâm sàng**

Bệnh thường phát sinh ở lứa tuổi từ 25 đến 30 ở nữ nhiều hơn nam.

Các cơn rối loạn cảm xúc xuất hiện thành chu kỳ. giữa hai chu kỳ, bệnh nhân gần như tinh táo hoàn toàn. Nhưng phương thức xuất hiện các loạn cơn, thời gian kéo dài các cơn, đặc điểm các thời gian tinh táo rất đa dạng.

### **A) phuong thức xuất hiện các loại cơn**

có nhiều phương thức rất khác nhau:

1. đa số trường hợp: chỉ có cơn trầm cảm xuất hiện trong tất cả các chu kỳ.
2. số ít trường hợp: chỉ có cơn hưng cảm xuất hiện trong tất cả các chu kỳ.
3. các phương thức sau này hiếm hơn:
  - a, cơn trầm cảm và cơn hưng cảm xen kẽ đều đặn trong các chu kỳ, giữa hai chu kỳ là thời gian tinh táo.
  - b, các cơn hưng cảm và trầm cảm kế tiếp nhau một loạt sau đó mới có thời kỳ tinh táo.
  - c, các cơn hưng cảm và trầm cảm xen kẽ nhau liên tục, không có thời gian tinh táo ở giữa.

### **B) thời gian kéo dài của mỗi cơn**

thời gian tồn tại mỗi cơn dài ngắn khác nhau: có thể vài tuần, vài tháng hay vài năm theo henri Ey, có điều trị, cơn kéo dài trung bình ba tháng, không điều trị trung bình 6 tháng

cơn trầm cảm thường dài hơn hưng cảm, nhất là ở những người lớn tuổi.

### **C) đặc điểm thời gian tinh táo**

thời gian tinh táo có thể vài ngày, vài tuần, vài tháng, vài năm có thể kéo dài hàng chục năm.

Cơn càng dày, thời gian tinh táo giữa hai cơn càng ngắn.

Trong thời gian tinh táo, hoạt động tâm thần trở lại bình thường, trí tuệ không giảm sút. Có thể có dao động khí sắc, tự phát hay do nhân tố bên ngoài.

## **III- lâm sàng các cơn điên hình**

### **A. cơn hưng cảm điên hình**

cơn có thể xảy ra một cách đột ngột hoặc sau một sang chấn tâm thần hoặc sau khi cơn thèm quá mệt mỏi v.v...

có những bệnh nhân cơn thường xuất hiện vào một thời điểm nhất định trong năm, sau

một triệu chứng báo hiệu nhất định.

Bắt đầu vào cơn, thường bệnh nhân thấy trong người khoai dẽ chịu, nhiều sinh lực, cần phải nói nhiều, hoạt động nhiều..

Dần dần hội chứng hưng cảm xuất hiện ngay càng rõ nét với bộ ba triệu chứng sau này:

### **1. cảm xúc hưng phấn:**

đây là triệu chứng cơ bản nhất.

bệnh nhân có khí sắc tăng, vui vẻ, lạc qua, đôi khi vui quá trớn giống khoái cảm.

bệnh nhân cảm thấy rất khỏe, rất sung sướng. băng lòng với tất cả xung quanh.

Thế giới bên ngoài đối với bệnh nhân rất vui tươi, sáng sủa, thú vị.

Trước những đau buồn , bệnh nhân không phản ứng hay phản ứng nhẹ nhàng.

### **2. tư duy hưng phấn**

tư duy phi tân là ngôn ngữ đặc trưng của bệnh nhân hưng cảm:

- các hiện tượng xuất hiện rất nhanh chóng: cái này vừa xuất hiện đã mất ngay để cho cái khác đến thay thế
- quá trình liên tưởng cũng rất nhanh chóng: bệnh nhân liên tưởng theo mọi kích thích bên ngoài, theo vẫn điệu của câu nói của mình. Vì vậy chủ đề ta

Duy luân luân thay đổi , việc nọ sọ việc kia . chơi chữ , nói theo vẫn theo vè , theo ca dao tục ngữ vv...

\_trong con hưng cảm điển hình vẫn có thể xuất hiện hoang tưởng tự cao với những đặc điểm riêng hoang tưởng tồn tại song song với khí sắc hưng phấn, khí sắc trở lại bình thường khi hoang tưởng cũng mờ đi rồi mất: nội dung thường cụ thể gắn liền với thực tế, không hoang đường thường thể hiện việc đánh giá quá cao giá trị bản thân

### **3. Hoạt động hưng phấn :**

Bệnh nhân không ngủ hay ngủ rất ít, luôn luôn náo động can thiệp vào mọi việc của những người xung quanh.

Rất nhiều kế hoạch nhưng không kế hoạch nào hoàn thành, làm đủ việc nhưng không việc nào đến nơi đến chốn.

Hoạt động có màu sắc đóng kịch, pha trò, lấy chất liệu từ thực tại xung quanh.

Trong hưng cảm cao độ có thể có hiện tượng giải tỏa bản năng( rượu, chè, hút xách, loạn dục ....)

Theo nguyên tắc bệnh nhân hưng cảm điển hình không kích động dị kỳ, phá hoại dữ dội. Nhưng hiện tượng này có thể xảy ra nếu có các nhân tố có hại tác động vào (quá mệt

mỗi, nhiễm khuẩn , nhiễm độc...)

Ngoài bộ ba triệu chứng kể trên, còn có những rối loạn tâm thần nhẹ khác như:

- Áo giác đơn sơ có liên quan với cảm xúc hưng phấn (ngửi mùi thơm, thấy cảnh đẹp xung quanh ....)
- Áo tưởng thị giác (thấy những người xung quanh chào mừng mình).
- Chú ý rất di truyền, không thể tập trung vào một đối tượng nhất định.
- Tăng nhớ, nhớ già, nhớ nhầm...
- Trạng thái hưng phấn luôn luôn có những triệu chứng thực vật kèm theo như: người gầy, đói khát tăng, than nhiệt tăng, mạch nhanh, huyết áp giảm, tiết nhiều mồ hôi, nước bọt...

## B – CON TRẦM CẢM ĐIỀN HÌNH

Cơn trầm cảm có những nét hoàn toàn ngược lại với con hưng cảm.

Cơn thường xuất hiện sau một sang chấn tâm thần, một hoàn cảnh xung đột, sau những nhân tố làm suy yếu cơ thể. Cũng có thể tự phát xảy ra.

Cơn thường hình thành từ từ trong nhiều tuần với hội chứng suy nhược và khí sắc ngày càng giảm.

Cuối cùng, hội chứng trầm cảm xuất hiện đầy đủ với bộ ba triệu chứng sau này:

### 1. Cảm xúc úc chế:

Đây là triệu chứng chủ yếu:

Bệnh nhân cảm thấy một nỗi buồn có nhiều sắc thái khác nhau gọi là nỗi buồn sinh thê (vital) mang tính chất nội sinh: trên cơ sở nhiều rối loạn cảm giác bản thể (đau thắt vùng ngực, nôn nao trong bụng, rã rời tay chân,...), bệnh nhân thấy khó chịu, bất an, bất lực; những cảm giác này mơ hồ nhưng lan tỏa

Nỗi buồn thường kèm theo hiện tượng mất cảm giác tâm thần: bệnh nhân thấy cảm xúc lán hạ dàn, không còn yêu, ghét, buồn, giận như trước khi bị bệnh nữa.

Đôi khi kèm theo các hiện tượng giải thể nhân cách, và tri giác sai thực tại (cơ thể biến đổi, xung quanh mờ xám...)

Nỗi buồn biểu hiện rất rõ ràng ra nét mặt và dáng điệu: các nét ở mặt rũ xuống, mắt mờ to đăm đăm suy nghĩ hay rơm rớm nước mắt, cau mày, nhăn trán...

### 2. Tư duy bị úc chế:

Bệnh nhân liên tưởng chậm chạp, hồi úc khó khăn. Tư duy bị chìm đắm trong những chủ đề trầm cảm. Câu hỏi thông thường, tính toán đơn giản, bệnh nhân cũng không trả lời được.

Thường bệnh nhân nói chậm, nói nhò, nói thì thào hoặc nói từng tiếng một. Đôi khi không nói một phần hay không nói hoàn toàn. Có khi rầu rĩ, khóc lóc...

Trong óc xuất hiện nhiều định kiến tự ti, hay nặng hơn, hoang tưởng tự buộc tội: bệnh nhân tự cho mình có phẩm chất xấu, phạm nhiều tội lỗi, gây tai họa cho gia đình. Do đó không dám ăn, không dám bắt tay hay ngồi cùng bàn với người khác...

Đôi khi kèm theo hoang tưởng nghi bệnh mang màu sắc tự ti, bị tội: phẩm chất mình xấu nên thân thể mình cũng hư hỏng, thối tha,...

Trên cơ sở hoang tưởng tự buộc tội thường xuất hiện ý tưởng tự sát. Ý tưởng này rất dai dẳng cho nên thầy thuốc phải luôn luôn cảnh giác, theo dõi ngày đêm.

### 3. Hoạt động bị ức chế:

Bệnh nhân ngồi im lặng hàng giờ, khom lưng, cúi đầu, hay nằm nèp vào một góc giường, trùm chăn. Có thể hoạt động hạn chế kết hợp với những hành vi đơn điệu (đi lờ đờ, quanh quẩn trong phòng, chốc chốc lại muôn bỗ phỏng ra đi).

Trên nền tăng hoạt động bị ức chế, có thể đột nhiên xuất hiện một cơn buồn sâu sắc, thất vọng nặng nề, gọi là cơn xung động trầm cảm (la théét, thốn thức, lẩn lộn...). Trong cơn xung động này, bệnh nhân có thể tự sát trong chớp nhoáng hay giết người thân rồi tự sát. Cơn xung đột có thể xuất hiện vào lúc bất ngờ nhất, vì vậy đối với bệnh nhân trầm cảm, xin nhắc lại, phải thường xuyên cảnh giác, nhất là từ lúc nửa đêm về sáng.

Ngoài các triệu chứng đặc trưng kể trên, bệnh nhân trầm cảm có thể có những triệu chứng tâm thần khác như:

- Áo tường và ảo giác, gấp nhiều hơn so với trạng thái hưng cảm. Nội dung thường phản ánh hoang tưởng tự buộc tội: nghe tiếng nói tố cáo tội lỗi của mình hay báo trước hình phạt, tiếng khóc, tiếng kèn đầm ma...
- Sự chú ý trì trệ, tập trung hoàn toàn vào nỗi đau khổ bên trong.
- Trí nhớ giảm sút.

Về mặt cơ thể, bệnh nhân trầm cảm có nhiều rối loạn thực vật nội tạng hơn là bệnh nhân hưng cảm: có thể có những biểu hiện cường giao cảm hoặc cường đối giao cảm. Trương lực mạch giảm trong trạng thái bất động, tăng trong trạng thái lo âu. Thường xuyên có rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, lười tráng, táo bón, ỉa lỏng, ... Cảm giác, phản xạ gân xương, trương lực cơ đều giảm,...

## IV – CÁC THỂ KHÔNG ĐIỀN HÌNH

Trong lâm sàng, có thể gặp những thể không điển hình của bệnh nhân loạn thần hưng trầm cảm.

Có thể là không điển hình về mặt triệu chứng học như:

- Trong bệnh cảnh có thể triệu chứng chủ yếu của trạng thái này (thuộc về cảm xúc) lại kết hợp với triệu chứng không chủ yếu (thuộc về tư duy hay hoạt động) của trạng thái kia (thí dụ: thể hưng cảm xúc ức chế vận động hoặc thể trầm cảm kích động).

- Trong bệnh cảnh có thể có những triệu chứng thuộc về những bệnh khác (thí dụ: thể hưng cảm hoang tưởng, thể trầm cảm paranoï...)

Có thể không điển hình về mặt tiến triển. Thí dụ thể hưng cảm mạn tính (bệnh không xuất hiện thành chu kỳ, mà kéo dài trong nhiều năm)

Khuynh hướng hiện nay là thu hẹp phạm vi các thể không điển hình lại, căn cứ vào những tiêu chuẩn quy định cho các thể ấy như sau:

- Rối loạn cảm xúc, có tính chất tự phánm phải chiếm vị trí chủ đạo trong bệnh cảnh.
- Các triệu chứng không điển hình phải đứng vào hàng thứ yếu và tồn tại có tính chất tạm thời.

- Mặc dù cơn tái hiện nhiều lần vẫn không có dị tật tâm thần đáng kể.

Trong nhiều thể không điển hình, có máy thể sau đây được chú ý nghiên cứu kỹ nhất:

### **1. Thể trầm cảm thực vật:**

Trong bệnh cảnh, các rối loạn thần kinh thực vật lại nổi bật lên hàng đầu, đôi khi lấn át cả hội chứng nền tảng là hội chứng trầm cảm.

Các triệu chứng thực vật cũng xuất hiện theo chu kỳ trầm cảm và rất đa dạng: ra cơn mồ hôi, con đánh trống ngực, con nôn mửa, con đau vùng tim...

### **2. Thể loạn khi sắc nội phản ứng:**

Weibrech đã mô tả đầy đủ thể này với các đặc điểm lâm sàng như sau:

- Bệnh xuất hiện theo chu kỳ nhưng mỗi chu kỳ kéo dài rất lâu. Bệnh phát triển và thoái triển từ từ.
- Bệnh thường xuất hiện ở những người đứng tuổi, sau một nhân tố thuận lợi (thường là sang chấn tâm thần). Lúc đầu, các triệu chứng mang màu sắc phản ứng nhưng dần dần tính chất nội sinh nổi lên rõ rệt.
- Không có ý tưởng tự buộc tội, không có hiện tượng ức chế vẫn động và tư duy. Nổi bật lên là ý tưởng nghi bệnh trên nền tảng loạn khí sắc: dễ bị kích thích, càu nhau, bất mãn...

### **3. Thể khí sắc chu kỳ:**

Đây là một thể nhẹ, thô sơ, của loạn thần hưng trầm cảm. Cơn hưng cảm hay trầm cảm cũng xuất hiện theo chu kỳ nhưng không biểu hiện rõ nét. Vì vậy có trường hợp chẩn đoán nhầm với khí sắc không ổn định của bệnh tâm căn.

Cơn trầm cảm thường biểu hiện khí sắc trầm, buồn rầu không duyên dáng, ý nghĩ không linh hoạt, vận động hạn chế, năng suất giảm,... Vẫn có thể xuất hiện ý tưởng tự tim tự sát, cần phải theo dõi, đề phòng.

Cơn hưng cảm cũng nhẹ nhàng đơn xơ: khí sắc tăng vừa phải, bệnh nhân trở nên hoạt bát, tích cực, cởi mở, dễ dãi với mọi người.

Giữa hai cơn, tâm thần hoạt động bình thường.

## **V BỆNH NGUYÊN VÀ BỆNH SINH**

Nói chung cho đến nay bệnh nguyên và bệnh sinh của loạn thần hưng trầm cảm chưa được sáng tỏ hoàn toàn. Vì vậy có rất nhiều giả thuyết nhưng chưa có giả thuyết nào riêng nó có thể giải thích đầy đủ bệnh nguyên cũng như bệnh sinh và loại trừ được những giả thuyết khác.

### **1. các thuyết tố bẩm \_di truyền :**

Krelscher cho rằng 87% bệnh nhân hưng trầm cảm có cấu tạo cơ thể loại mập tròn (pycniaue). có tác giả lại nhận thấy bệnh thường phát sinh ở những người thường xuyên sẵn có khí sắc tăng hoặc giảm dao động khí sắc .

Qua thực tế nghiên cứu trong các gia đình có người bị bệnh hưng trầm cảm đa số các tác giả thừa nhận yếu tố di truyền có vị trí quan trọng trong căn nguyên bệnh hưng trầm cảm ,nhưng đó không phải là yếu tố độc nhất gây bệnh (chỉ có 24\_50% con cái của bệnh nhân hưng trầm cảm bị bệnh này ).

## **2. các thuyết nội nhiễm độc:**

Nhiều tác giả hướng về bệnh lý vùng gian não ,nhấn mạnh vào hiện tượng nội nhiễm độc do rối loạn chuyển hóa và rối loạn thực vật.

Gần đây người ta tập trung nghiên cứu rối loạn chuyển hóa các chất môi giới hóa học thần kinh (caiccholamin.GABA<serotonin.,vv...)và rối loạn hoạt động của cầu tạo lưỡi vùng gian não .

Một số tác giả nhấn mạnh vào rối loạn các tuyến nội tiết .một số tác giả tìm căn nguyên trong các yếu tố ngoại sinh(nhiễm khuẩn thần kinh ,chấn động não ,sang chấn tâm thần vv...)

Hiện nay về bệnh sinh ,đa số tác giả chấp nhận thuyết nội sinh mở rộng bao gồm các yếu tố bẩm sinh di truyền và nội nhiễm độc kết hợp với tác dụng thúc đẩy của các nhân tố ngoại lai.

## **VI CHẨN ĐOÁN**

### **1. chẩn đoán quyết định:**

a)các thể điển hình :Căn cứ vào bốn tiêu chuẩn trình bày trong phần I

b)các thể không điển hình :Phải cân nhắc thận trọng và căn cứ vào tiêu chuẩn trình bày trong phần IV.

### **2. chẩn đoán phân biệt:**

Các hội chứng hưng cảm và trầm cảm có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau .Vì vậy cần phải phân biệt với những bệnh sau này :

a)thể tuần hoàn của bệnh tâm thần phân liệt tiến triển chu kỳ .Cần nắm vững những đặc điểm của bệnh tâm thần phân liệt như:

\_đù hưng phấn hay trầm cảm xúc vẫn nhuộm màu sắc lạnh lung ,đơn điệu,bàng quang.

\_Tư duy thường bí hiết ,tượng trưng liên tưởng giàn xếp .

\_hoạt động thường vô nghĩa ,vô ích ,mang tính chất phá hoại

\_giữa các con nhân cách biến đổi theo kiểu phân liệt rõ rệt nhất con thứ tư trở đi.

\_nếu có những triệu chứng đặc hiệu sau đây thì phân biệt càng dễ ,hội chứng càng thường lực hay mê mông xuất hiện sớm ,có hoang tưởng cảm thụ,ảo giác giả và nhất là có hội chứng tâm thần tự động

b)thể trầm cảm của loạn thần trước tuổi già :

\_Trầm cảm thoái triển thường kèm theo yếu tố lo âu

\_Bệnh thường phát sinh có liên quan với sang chấn tamam thần (cánh cổ đơn,xung đột trong gia đình vv..)và các bệnh cơ thể mạn tính .

\_Trầm cảm thường kết hợp với kích động ngay từ đầu .

Bệnh thường biểu hiện rõ rệt về đêm và con có khuynh hướng kéo dài

c)các hội chứng cảm xúc chu kỳ của các bệnh loạn thần thực thể (ở não)

\_các hội chứng này thường xuất hiện có liên quan chặt chẽ với biến chứng của bệnh thực thể (nhất là những bệnh có quá trình bệnh lý vùng gian não )

\_Bệnh thực thể ở não ít nhiều đều có những triệu chứng thần kinh kèm theo.

\_Chữa bệnh thực thể (làm giảm áp lực trong sọ)bệnh cảnh loạn thần sẽ giảm đi rõ rệt.

## VII \_ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

### 1. Điều trị cơn hưng cảm :

a) *Liệu pháp hóa học:*

AMINAZIN với liều lượng thuốc viên từ 200 đến 400 mg mỗi ngày .Trường hợp hưng cảm mãnh liệt ,có thể kết hợp với thuốc tiêm và tăng liều đến 500-600 mg mỗi ngày .

Có thể dùng thuốc an thần kinh khác như haloperidol,sielaxin,nozinan,majeptil,vv...

Đặc biệt trong trường hợp kích động dữ dội,dùng siclaxin từ 30 đến 60 mg mỗi ngày cắt cơn kích động tốt nhất là dùng haloperidol tiêm tĩnh mạch với liều từ 2,5 đến 5 mg(xem them phần cấp cứu các hội chứng tâm thần ).

b)*sốc điện* :cần hết sức hạn chế .chi dùng trong trường hợp các thuốc an thần không có tác dụng hay bị chống chỉ định

### 2. điều trị cơn trầm cảm :

Biện pháp chủ yếu là theo dõi chặt chẽ ngày đêm để phòng hành động tự sát .

a) *liệu pháp hóa học:*

*melipramin* (có thể dùng anafranil)

có thể dùng thuốc viên với liều lượng là 150 đến 200 mg mỗi ngày .

trường hợp nặng,có thể bắt đầu bằng thuốc tiêm ,hai tuần sau dùng thuốc viên .

Có thể dùng thuốc tiêm buổi sáng (1\_3 ống 25mg tiêm bắp ) và buổi trưa dùng thuốc viên

Cần chú ý mấy điểm sau này khi dùng melipramin:

\_Không cho uống buổi tối (gây mất ngủ).

\_không dùng khi có hiện tượng kích động và lo âu.

Có ý tưởng tự sát ,phải kết hợp với sôc điện.

*Nozinan* : Chỉ định chính trong trường hợp trầm cảm lo âu và trầm cảm kích động với liều lượng từ 50 đến 200 mg mỗi ngày . Các thuốc IAMO : hiện nay ít dùng vì có nhiều biến chứng. Amitriptylyn : có tác dụng tốt trong trầm cảm lo âu và trầm cảm nhẹ .

B, *sôc điện*

Chi định chính trong trường hợp có ý định hay hành vi tự sát và trong trường hợp các thuốc chống trầm cảm không có tác dụng.

C, điều trị cả 2 loại cơn đồng thời phòng bệnh bằng các muối lithi.

-liều tấn công là 1800 mg mỗi ngày

- Liều phòng bệnh là 150 – 900 mg mỗi ngày.

## Bài 26: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨ TRONG TÂM THẦN HỌC

Trong tâm thần học có rất nhiều trường hợp phải cấp cứu. ở đây nói đến những trường hợp loạn thần trên cơ sở 1 bệnh cơ sở, nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng. những trường hợp này thuộc về cấp cứu chung. ở đây không nói đến những trường hợp chấn thương nặng do bệnh nhân tâm thần tự tử gây ra cho nhau, những tai biến trong khi sốc điện hay sốc insulin (ngừng thở, hôn mê kéo dài....) những biến chứng khi dùng các loại thuốc ngủ và an thần, và những trạng thái ối loạn ý thức (mê sảng, lú lẫn do nhiễm khuẩn, do ure huyết cao..) những vấn đề này thuộc phạm vi những chuyên đề cần trình bày riêng.

ở đây chỉ nói đến những vấn đề thuộc phạm vi rối loạn hành vi, tác phong đặc hiệu cho bệnh nhân tâm thần thường gặp trong lâm sàng. Những hành vi này cần phải chấm dứt ngay, nếu không sẽ trở nên nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân và những người xung quanh.

Các hành vi nguy hiểm thường gặp là: kích động, tự sát và không chịu ăn của bệnh nhân tâm thần.

### I. KÍCH ĐỘNG

Kích động là trạng thái tinh thần hưng phấn tâm lý, vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh xung quanh mang tính chất phâ hoại, nguy hiểm.

#### 1. Nguyên nhân và đặc điểm trạng thái kích động

##### a) Kích động phản ứng cẩn nguyên tâm lí

- Do nhận thức sai sai là bị đưa đến 1 nơi giam giữ (hoặc cưỡng ép hoặc bị lừa dối đưa đi bệnh viện).
- Do bất bình giận giữ trước những sự việc không vừa buồng bệnh, thường gặp ở bệnh nhân động kinh.
- Do say mê theo đuổi một mục đích riêng (thường do hoang tưởng chi phối) nà bị những người xung quanh làm trói ngai. thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

- Do dụng ý dọa nạt hay yêu sách với gia đình, hoặc do những xung đột với những người bệnh xung quanh. Thường gặp ở bệnh nhân tâm thần thiểu năng.
- Do bệnh nhân tâm thần khác xúi giục, hay do bắt chước những bệnh nhân khác kích động( mong thỏa mãn những nhu cầu riêng). Thường gặp ở những bệnh nhân tâm thần thiểu năng.
- Do những bệnh nhân khác làm kích động gây kích thích mạnh nên kích động theo.
- Do 1 sang chấn tâm thần mạnh gây ra. Thường gặp trong cơn kích động cảm xúc của bệnh tâm căn hysteria và trong phản ứng stress cấp
- Do thay đổi đột ngột nội trường sinh hoạt (chuyển viện, chuyển phòng). Thường gặp tòng loạn thần do chấn thương sọ não, do tai biến mạch máu não.
- Do lo lắng sợ hãi trước những áo giác rùng rợn hay hoang tưởng bị truy hại.

*b) Kích động áo tính chất đặc biệt của những bệnh nhân tâm thần:*

Trong bệnh loạn thần hung trầm cảm:

Trong những trường hợp điển hình: không có kích động. nhưng có thể kích động trong những trường hợp sau:

- Hung phấn kéo dài sinh ra kiệt sức.
- Kèm theo 1 bệnh nhiễm độc, nhiễm khuẩn.
- Kèm theo xơ mạch ở người già
- Hoang tưởng bị tội trầm trọng( tự sát và giết người thân).

○ Trong bệnh tâm thần phân liệt:

Có thể gặp trong tất cả các thể nhưng thường gặp nhất trong thể thanh xuân và căng trương lực, thể paranoid ( do lo lắng, sợ hãi trước những AG rùng rợn và HT bị hại gây ra). Thường mang tính chất xung đột đột ngột, không lường trước được, lâ lung khó hiểu và nhiều khi nguy hiểm ( giết người).

Có thể xuất hiện do biến chứng nhiễm độc, nhiễm khuẩn. do thái độ không thích hợp của những người xung quanh, do hoang tưởng và áo giác tri phổi, do sự kiện mới bên ngoài phù hợp với lo lắng bên trong.....

○ Trong động kinh.

Thường do khí chất, tính tình thay đổi, dễ xung đột với những người xung quanh, dễ bùng nổ.

Có thể xuất hiện đột ngột, kèm theo rối loạn ý thức( trạng thái hốt hoảng), và trong trạng thái rối loạn ý thức có thể kích động dữ dội, hung bạo, phái mọi trở lực, giết người. cơn kích động mất đi cũng đột ngột và sau cơn bệnh quên tất cả. ( nguyên nhân do chấn thương sọ não).

- Trong nhân cách bệnh:

Kích động thường gặp tông các thể nhân cách bệnh bùng nổ, hay nhân cách bệnh hysteria.

Thường phá rối trật tự xã hội, tập thể, tấn công những người có mâu thuẫn, hay lên cơn đập phá, bỏ chạy, gào thét.

- Kích động trong loạn thần trước tuổi già và tuổi trẻ ( kèm theo trí tuệ sa sút):

Kích động đột ngột, vô nghĩa, thiếu phê phán, kèm theo mất định hướng, rồi loạn trí nhớ và ngôn ngữ( vọng ngôn): có khi kích động về đêm và những động tác vô nghĩa hay theo thao tác nghề nghiệp , lặp đi lặp lại( phá đi rồi làm lại).

- Kích động do các bệnh thực thể ở não ( xơ mạch não, xuất huyết màng não,u não....):

Tùy theo khu vực tổn thương và tính chất của tổn thương mà kích động có những sắc thái khác nhau( thí dụ mang tính chất khoái cảm hay tầm ki trong tổn thương thùy trán).

Thường là kích động kèm theo rối loạn ý thức với nhiều mức độ khác nhau, kèm theo rối loạn tính cách tác phong, có khi kèm theo hiện tượng căng trương lực.

Kích động do các bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc( viêm não, viêm màng não. Giang mai não, sốt rét, thương hàn, cúm, nhiễm độc rượu, nhiễm độc nghề nghiệp...).

Chú yếu là kích động trong trạng thái mê sảng và lú lẫn, kích động dữ dội, thường là phản ứng trước ảo giác, kèm theo rối loạn thực vật nội tạng nặng.

## 2. Cách xử trí:

a) Hỏi qua người nhà, sơ bộ tìm hiểu hoang cảnh phát sinh kích động để có hướng xử trí kịp thời.

β) Dùng liệu pháp tâm lí, tìm cách ổn địnhh ngay trạng thái tâm thần của bệnh nhân:

- Cởi trói cho bệnh nhân( nếu bị trói).

- Dùng lời lẽ thân mật, ôn tồn giải thích hco bệnh nhân, có thái độ thích ứng và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân về nguyên nhân kích động.

Nếu là bệnh nhân mới đến, lo sợ bị giam giữ, có thể dung áp lực nhiều người đưa bệnh nhân vào buồng riêng để tiêm thuốc( tránh trói buộc). với bệnh nhân kích động phản ứng, dùng liệu phatps tâm lí thích hợp có thể làm mất nhanh chóng trạng thái kích động.

γ) Nếu bệnh nhân chịu cho khám bệnh thì nên tiến hành khams ngay:

- Tim, phổi, mạch, nhiệt độ, huyết áp, dấu hiệu nhiễm khuẩn....

- Các thương tích.

- Các triệu chứng thần kinh khu trú, các hội chứng magnf não và tang áp lực nội sọ..

- Làm các xét nghiệm cấp : công thức máu, ure huyết, đường huyết, huyết thanh chuẩn

đoán( nghi nhiễm khuẩn).

Và tiếp tục điều trị bằng các thuốc an thần( aminazin từ 8 tới 18 viên /1 ngày, stelazin, haloperidol....)

δ) Nếu bệnh nhân quá kích động, không để cho khám bệnh, cũng phải tiến hành điều trị ngay: tốt nhất dùng haloperidol tiêm tĩnh mạch từ 2,5 đến 5mg. nếu không đỡ thì:

➢ Giờ đầu: aminazin 0.025/1-2 óng tiêm bắp.

➢ Giờ thứ 3: nếu chưa hết kích động , dùng hỗn hợp sau đây:

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| • Aminazin 0.025*1 óng    | Tiêm bắp thịt.                                       |
| • Effenagan 0.025*1 óng   | có thể tiêm 1 lần hoặc chia 2 lần cách nhau nửa giờ. |
| • Phenobarbital 0.2*1 óng |  |

Nếu có thuốc, có thể dùng hỗn hợp theo phương pháp Juillet ( aminazin 0.025g+ bizubab 0.025+ haloperidol 0.005 mỗi thứ 1 óng tiêm bắp làm 1 lần.).

➢ Giờ thứ 6: nếu vẫn chưa hết kích động: tiêm lại ba óng thuốc kê trên 1 lần nữa. thường thì đến đợt 3 này , tuyệt đối đa số bệnh nhân hết kích động và ngủ yên.

ε) Trong khi bệnh nhân ngủ, tiến hành khám bệnh ti mỉ về nội khoa, thần kinh và cho làm các xét nghiệm cần thiết để xác định nguyên nhân ( nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể, bệnh thần kinh). Đồng thời tiếp xúc người nhà để hoàn thiện bệnh án.

φ) Khi bệnh nhân tỉnh dậy, thảy thuốc nén có mặt ngay để làm liều pháp tâm lí cho bệnh nhân yên tâm, tránh kích động thứ phát do lo lắng sợ hãi trước môi trường mới.

γ) Khi bệnh nhân hết kích động, thì chuyển ngay sang thuốc uống theo đúng liều lượng, chỉ định và chống chỉ định, theo dõi biến chứng.

η) Các trường hợp sau này nên dùng sôc điện (1-2 lần trong 1 ngày):

– Kích động trầm cảm( có ý định hay hay vi tự sát).

– Kích động căng trương lực( không ăn).

– Khi thuốc an thần ( aminazin) không có tác dụng hay chống chỉ định.

ι) Kích động ở người già có thể tiêm nước cát vào tĩnh mạch 10-20ml trong 1 ngày ( có thể do hạ áp dịch não tụy).

ϙ) Hết kích động, phải gấp rút chẩn đoán nguyên nhân, điều trị theo nguyên nhân, không nên quên tang cường cơ địa, điều chỉnh chuyên hóa( nước, điện giải) vì sau kích động cơ thể dễ kiệt quệ.

## II. TỰ SÁT

Là kết quả liên quan nhiều yếu tố: tâm lí- sinh hoạt- xã hội....

Tự sát là có ý tưởng hay có hành vi tự sát đều là những trường hợp phải cấp cứu trong lâm sàng tâm thần học.

### 1. Nguyên nhân gây ra tự sát:

ở đây không kể đến những trường hợp tự sát ở những người không phải bệnh nhân tâm thần, mặc dù bắt cứ trường hợp có ý định tự nào cũng có kèm theo ý chí sút kém, sợ hãi, lo lắng, buồn rầu, chán nản cao độ, ( tự sát do quá thất vọng, do quá nhục nhã, do vi phạm tội lớn, do đau khổ nhiều vì bệnh tật....).

trong tâm thần học, tự sát thường phát sinh từ các trạng thái tâm thần sau đây:

#### a. do trạng thái trầm cảm nặng:

kèm theo hoang tưởng bị tội( bệnh nhân cho mình là có phẩm chất xấu, không đáng sống. có tội lớn phải chết mới đền tội được....).

có khi hoang tưởng bị tội mờ rộng, bệnh nhân lo lắng cho gia đình mình cũng sẽ chịu hình phạt ghê gớm nên giết cả gia đình rồi tự sát.

Thương gặp nhất trong bệnh tâm thần phân liệt( thẻ trầm cảm paranoid), bệnh loạn thần hung cảm và trầm cảm( chu kì trầm cảm) và loạn thần phản ứng( thẻ trầm cảm).

#### β. Do hoang tưởng và áo giác chi phổi:

Thường do hoang tưởng chi phổi hay hoang tưởng bị hại kéo dài làm cho bệnh nhân đau khổ quá mức.

Cũng thường do áo thanh với nội dung ra lệnh hay mạt sát phê phán nghiêm khắc.

Nhiều trường hợp do hoang tưởng kết hợp với áo thanh thúc đẩy hành vi tự sát.

#### γ. Do hiện tượng dọa tự sát đưa tới tự sát thật sự:

Có bệnh nhân tâm thần lúc đầu dọa tự sát để yêu cầu thỏa mãn nhu cầu riêng nào đó, sau những người xung quanh không có phương pháp giải quyết đúng và kịp thời nên đến chổ tự sát thật sự.

### 2. Cách xử trí:

- Trong lâm sàng, hết sức chú ý phát hiện sớm hội chứng trầm cảm và theo dõi chặt chẽ.
- Khi đã bắt đầu thực hiện ý tưởng bị tội, phải cho vào viện, tiến hành điều trị ngay, và cho thi hành chế độ theo dõi ngày và đêm.
- Trong phòng riêng và trong người bệnh nhân không để 1 vật gì có thể dùng để tự sát( dây, vật nhọn, lưỡi dao, thuốc ngủ....). tuy nhiên không thể lường trước tất cả các

hình thức tự sát( cắn lưỡi, đâm đầu vào tường gục đầu vào chậu nước, nhét ruột bánh mì đầy mồm và mũi). Vì vậy chủ yếu vẫn là điều trị tích cực và theo dõi sát sao.

d) Phương pháp điều trị:

Dùng sốc điện có hiệu lực nhanh nhất và chắc chắn nhất: mỗi ngày 1 lần cho đến khi mất hội chứng trầm cảm ( thường từ 8 tới 12 tuần).

Có thể dùng thuốc chống trầm cảm mleipramin. Nhưng mleipramin phát huy tác dụng chậm sau 15 ngày và có tác dụng kích thích hoang tưởng và ảo giác. Vì vậy dùng thuốc này theo nguyên tắc sau :

- Dùng lâu ngày cho đến khi hết hội chứng trầm cảm, và kéo dài thêm 1-2 tuần nữa. liều lượng mỗi ngày 200-300mg (8-12 viên 0.025g).
  - Trong khi dùng vẫn không ngừng theo dõi chặt chẽ, không dùng anafrannil và amitriptylin vì tác dụng mạnh.
  - Kết hợp với aminazin liều thấp 100-200 mg mỗi ngày 4-8 viên 0.025. có nozinan thì tốt hơn (150mg).
  - Khi không thấy hiệu quả thì sóc điện ngay.
- e) Cần đặc biệt đề phòng trường hợp bệnh nhân giả khói bệnh và xin ra viện để khói bị theo dõi và thực hiện ý định tự sát để dàng hơn. Vì vậy khi bệnh nhân kahi đã hết ý tưởng tự sát, khi sắc thái trở nên vui vẻ và hoạt động tăng lên, vẫn phải giữ lại thêm 1 thời gian để tiếp tục theo dõi và điều trị cho đến khi chắc chắn không còn hội chứng trầm cảm nữa.

### III. KHÔNG CHỊU ĂN UỐNG

Không chịu ăn uống là 1 hiện tượng hay gặp trong tâm thần học. hiện tượng này cần phải phát hiện sớm để chậm sẽ ảnh hưởng đến sinh mạng của bệnh nhân.

Nhưng điều trị gặp nhiều khó khăn và nguyên nhân rất phức tạp và bệnh cảnh có thể kéo dài lâu.

**1. Nguyên nhân không chịu ăn:**

*a) Do rối loạn bản năng ăn uống*

Thường gặp ở bệnh nhân tâm thần trẻ em: kém ăn hay không chịu ăn là 1 triệu chứng đầu tiên của bệnh tâm thần trẻ em.

Còn gặp trong loạn thần người già và nhất là trong trạng thái trầm cảm

*b) Do ảo giác chi phối:*

Thường do ảo khứu và ảo vị với nội dung khó chịu: mùi hoi, mùi tanh, vị đắng....

Có thể do ảo thanh ra lệnh cho bệnh nhân không được ăn.

c) *Do hoang tưởng chi phổi:*

Thường do hoang tưởng bị hại, bị đầu độc hay hoang tưởng bị tội ,có khuyết điểm lớn không đáng được ăn uống

d) *Do trạng thái bất động căng trương lực:*

Thường do rối loạn vận động, bệnh nhân không nhai và không nuốt được

**2. Cách xử trí:**

a) Chủ yếu là điều trị bệnh thần kinh chính đã gây ra hiện tượng không chịu ăn uống:

- Trạng thái trầm cảm: melipramin và sôc điện
- Trạng thái áo giá và hoang tưởng : aminazin liều cao (400-500 mg/ ngày, haloperidol 20-25mg / ngày.
- Trạng thái bất động căng trương lực:

Sôc điện mỗi ngày 1 lần cho đến khi chịu ăn

Giải tỏa ức chế:

Tiêm dung dịch cafein 20%\*1 ml dưới da.

10' sau: amytal natri 1%\* 5-10ml tĩnh mạch chậm ( hay nesdolnal tĩnh mạch chậm).

Khi bệnh nhân bắt đầu trả lời , cử động đầu và tay chân thì không cho amytal và cho ăn.

b) Nếu điều trị chưa có hiệu quả, bệnh nhân từ chối không ăn uống gì cả thì phải cho ăn qua sonde và phải cho ăn lâu dài, hết sức tránh nhiễm khuẩn đường hô hấp, tránh cho nhầm vào khí quản, nghiên cứu thành phần dinh dưỡng cung cấp đủ cho bệnh nhân ( mỗi ngày 2 lần, mỗi lần không quá 1l).

c) Ngoài thức ăn lỏng cho qua sonde phải qua tiêm tăng cường dinh dưỡng bằng tiêm truyền dưới da huyết thanh ngọt, mặn, vitamin...

d) Vì bệnh nhân không chịu ăn, chỉ nấm tại chỗ phải tăng cường vệ sinh thân thể, thay đổi tư thế chống loét , chống nhiễm khuẩn phụ.

e) Hiện nay nếu có điều kiện, người ta thường thay thế sôc điện bằng các thuốc an thần kinh giải ức chế trong điều trị hội chứng căng trương lực nộ sinh.

**Mục lục**

Lời nói đầu

trang

**Tâm thần học cơ sở**

1. Đại cương về tâm thần học	1
2. Nguyên nhân và phân loại bệnh tâm thần	12
3. Vệ sinh và phòng bệnh tâm thần	19

4. Đặc điểm riêng của triệu chứng và hội chứng học tâm thần	23
5. Rối loạn tri giác	27
6. Rối loạn trí nhớ	34
7. Rối loạn tư duy	38
8. Rối loạn cảm xúc	49
9. Rối loạn hoạt động có ý chí	53
10. Rối loạn sự chú ý	61
11. Rối loạn ý thức	63
12. Rối loạn trí tuệ	69
13. Phương pháp khám và theo dõi bệnh nhân tâm thần	72

### Bệnh học tâm thần

14. Các phương pháp điều trị bệnh tâm thần	84
15. Liệu pháp hóa dược	91
16. Liệu pháp tâm lí	100
17. Đai cương về các bệnh tâm căn	107
18. Bệnh tâm căn suy nhược	113
19. Bệnh tâm căn hysteria	122
20. Tác động của tâm thầndến cơ thể: các chứng bệnh y sinh	131
21. Vấn đề thực thể và chức năng: các bệnh cơ thể tâm sinh	136
22. Bệnh loạn thần phản ứng	143
23. Bệnh loạn thần triệu chứng	148
24. Bệnh tâm thần phân liệt	152
25. Bệnh loạn thần hung trầm cảm	165
26. Chẩn đoán và xử trí các trường hợp cấp cứu trong tâm thần	174
học	

