

TÂM LÝ TRỊ LIỆU

TÂM LÝ TRỊ LIỆU

(Ứng dụng trong lâm sàng và tự chữa bệnh)

Tác giả: Nguyễn Công Khanh

Thay lời tựa

ĐÔI ĐIỀU TRẦN TRỖI

Sau khi được đào tạo khá bài bản theo các chương trình Master về Tâm lý học ứng dụng rồi Doctor về Tâm lý học Lâm sàng tại Australia, về nước tôi tích cực cộng tác với các viện, các trung tâm nghiên cứu, khoa tâm lý, các bệnh viện, các cơ sở tư vấn khám chữa bệnh, nhằm cùng các đồng nghiệp xây dựng và phát triển chuyên ngành Tâm lý học Lâm sàng ở Việt Nam.

Thấm thía lời chỉ dẫn của cố bác sỹ Nguyễn Khắc Viện (người dành trọn hơn một thập kỷ cuối đời mình, suy nghĩ tâm huyết để xây dựng nền tảng cho môn tâm lý học lâm sàng trẻ em ở Việt Nam): “Một người Việt Nam dù có mấy bằng tiên sĩ tâm lý, xã hội, học ở Mỹ hay ở Pháp về nước cũng phải qua một thời gian dài tiếp xúc, cọ sát với thực tiễn Việt Nam mới thực sự trở thành một nhà tâm lý học. Một chuyên gia nước ngoài dù giỏi đến đâu cũng không thể nắm bắt được nhiều khía cạnh của con người và xã hội Việt Nam... chỉ có người trong cuộc (tôi hiểu là nhà tâm lý lâm sàng Việt Nam) mới hiểu thấu...”, tôi chọn cho mình mô hình “dấn thân, trải nghiệm, chủ động chấp nhận thử thách”, vừa nghiên cứu, vừa giảng dạy, vừa trực tiếp thực hành thăm khám – trị liệu tâm lý tại các cơ sở bệnh viện, trường học để có thể trở thành một nhà tâm lý lâm sàng thực sự có tay nghề.

Cuốn “TÂM LÝ TRỊ LIỆU – ỨNG DỤNG TRONG LÂM SÀNG VÀ TỰ CHỮA BỆNH” được xem như là kết quả bước đầu của quá trình học hỏi, thực hành tâm lý lâm sàng. Trong đó cố gắng kết hợp những điều học được từ các

nước tiên tiến với cái vốn tự có phương Đông (bao gồm những hiểu biết về khí công dưỡng sinh, thiền, yoga, và y lý Đông phương) thực hành trên người lớn và trẻ em Việt Nam. Dựa trên những thành công bước đầu, chúng tôi biên soạn thành cuốn sách có “bài bản – kỹ thuật” mang tính công cụ để có thể phổ biến cho người khác (đây cũng chính là những công cụ cần cho những ai làm về tâm lý học lâm sàng).

Chúng tôi xem tâm lý liệu pháp là phần đặc biệt quan trọng trong tâm lý học lâm sàng. Làm chủ được các “kỹ thuật trị liệu” là buổi đầu có cái vốn để làm tâm lý học lâm sàng thực sự. Để biên soạn cuốn sách này, chúng tôi không tự biến mình thành tín đồ của trường phái nào, dù đó là Phân tâm hay Hành vi– nhận thức... Thực tế chúng tôi cho rằng cách tiếp cận “tổng hợp” biết phối hợp điểm mạnh của các trường phái là hợp lý.

Mục tiêu cuối cùng của cuốn sách này là giới thiệu một cách tiếp cận trị liệu tâm lý phức hợp, đa diện, đa phương pháp thích hợp trong điều kiện Việt Nam, kết hợp tính kỹ thuật bài bản của các liệu pháp theo trường phái Phân tâm. Nhận thức–hành vi của Phương tây với những liệu pháp cổ truyền Phương Đông như thở Tánh khí công, các bài tập Thiền – Dưỡng sinh – Yoga, nhằm đạt hiệu quả cao nhất trong điều trị các chứng rối nhiễu tâm trí ở trẻ em Việt Nam.

Để viết cuốn sách này, chúng tôi đã nhận được sự giúp đỡ rất nhiều của các cơ sở (Khoa Tâm bệnh, Bệnh viện Nhi – Thụy Điển; Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương; Trường THCS Chương Dương và Trung tâm Khám chữa bệnh và Tư vấn sức khỏe số 9 Ngọc Khánh) của các bác sỹ y khoa, bác sỹ tâm thần (điển hình là TS. BS. Hoàng Cẩm Tú, GS. BS. Đặng Phương Kiệt, BS. Đỗ Thủy Lan, CNTL Nguyễn Hồng Thủy) và của các đồng nghiệp. Vì điều kiện thời gian hạn hẹp, kinh nghiệm trị liệu tâm lý trong lâm sàng còn ít, chúng tôi mong muốn nhận được sự góp ý của tất cả những ai quan tâm đến vấn đề này.

Xin chân thành cảm ơn!

Hà Nội, tháng 8–2000

Tác giả

PHẦN MỞ ĐẦU. NHU CẦU TƯ VẤN VÀ TRỊ LIỆU TÂM LÝ TRONG XÃ HỘI CÔNG NGHIỆP HÓA, HIỆN ĐẠI HÓA

Từ những bức thư...

10.5...BMT – Dak Lak

Cô Thanh Tâm kính mến!

Cháu rất buồn khi lại đi quấy rầy cô, nhưng hoàn cảnh cháu không còn cách nào khác nên cháu đành phải cầu xin một lời khuyên của cô. Xin cô hãy giúp cháu. Đầu thư không có gì hơn cháu xin kính chúc cô luôn mạnh khỏe, bình an, luôn là niềm tin của lớp trẻ như tụi cháu.

Cô Thanh Tâm ơi! Chuyện của cháu sắp nói ra đây hoàn toàn là sự thật!

Cháu được sinh ra là lớn lên trong một gia đình không ít phức tạp. Năm nay cháu đang học lớp 11. Nhưng cuộc sống của cháu luôn bị xáo trộn, ám ảnh bởi những đầu óc Nho giáo, bảo thủ. Má cháu thì cứ mãi mãi với giai điệu “tao rất thông cảm với lớp trẻ chứ không như bà mầy” nhưng sau đó lại tuôn ra những từ (cháu xin lỗi) không lịch sự tí nào, bên cạnh đó lại được sự “hỗ trợ”, “tiếp sức”, của bà ngoại cháu nên suốt ngày không bao giờ đầu óc cháu được rảnh rang hay nói khác đi, cuộc đời cháu không hề có tuổi thơ như những người bạn khác.

Đôi lúc cháu nghĩ “hay mình là con nuôi” và ý nghĩ ấy lúc nào cũng cứ bám lấy cháu. Chính từ đó, tình cảm của cháu đối với gia đình mất dần, trước đây cháu vui vẻ bao nhiêu thì giờ càng u sầu bấy nhiêu dưới căn nhà cháu. Với bạn bè phải nói rằng cháu là một “cây hề” của lớp, hình như (theo lời bạn bè nhận xét) cháu không bao giờ biết buồn, lúc nào cũng tươi cười. Thế mà đối với gia đình, về đến nhà là cháu cảm thấy như một nhà tù, mọi thành viên của gia đình như những tên cai ngục. Chính vì vậy cháu không bao giờ cười được cả, mặt lúc nào cũng như đưa đám vậy.

Từ một học sinh luôn đạt danh hiệu “tiên tiến, xuất sắc” trong những năm Cấp I, II thành một học sinh yếu ở cấp III, nhất là năm lớp 11 này. Vì chuyện gia đình đã chi phối tất cả trí óc cháu. Cháu chẳng phải là thần thánh gì mà không sai phạm, nhưng “bé lại xé ra to”. Má cháu luôn quan trọng hoá, thổi to vấn đề lên và lại bắt đầu... “ca vọng cổ”.

Từ ảnh hưởng của gia đình, cháu bỗng trở nên ngang bướng, sống bất cần đời “sao cũng được”. Chính vì cách sống ấy mà cháu đã có những tính tình của một con người khác hẳn. Gần đây cháu đã “cãi nhau” với giáo viên chủ nhiệm lớp và kết quả là bị đình chỉ học tập. Gia đình cháu được dịp giày vò cháu, tặng cho ôi thôi không biết bao nhiêu từ mà có lẽ chỉ dành cho những kẻ ăn sương bụi đời du đãng mà thôi...

Cháu buồn chuyện xã hội, chuyện gia đình, cháu bỏ đi chơi Nhưng biết đi đâu? Chỉ có xuống nhà cô bạn thân và... khóc. Vậy cháu chỉ biết khóc thầm, buồn cho số phận của mình, bạn cháu an ủi những nỗi buồn chẳng vui.. Ba ngày tết trôi qua vô cùng ảm đạm. Bạn bè tới chúc Tết, thấy họ vui mà cháu phát ghen.

Cuối cùng chỉ có một con đường để giải buồn là... đánh bài. Cháu đã lao vào chỗ hư hỏng phải không cô? Nhưng hoàn cảnh của cháu, cháu còn biết phải làm gì? Nói để má cháu và gia đình hiểu ư? Không được!... Má cháu luôn bảo thủ, độc quyền, cả nhà phải theo má cháu. Má luôn lên án những bà mẹ khác những chính mình lại mắc phải.

Suốt 4 năm (từ lớp 7) má cháu không góp tiền may cho cháu. Trong khi đó, với riêng mình, tuy đã lớn tuổi má cháu lại mặc toàn đồ dành cho tuổi trẻ như áo Pull, quần Disco... Má cháu luôn hứa sẽ “may cho mày cái này, mua cho mày cái kia...” nhưng chỉ là hứa suông. Cháu thất vọng về hình tượng người mẹ ở má. Cô ơi, rồi đây cháu không biết mình sẽ thành gì, sống như thế nào, một khi cháu đã hoàn toàn mất lòng tin ở con người?...

Cũng như bao cô gái khác cùng trang lứa, cháu có nhiều bạn bè, nhất là bạn trai. Thú thật với cô cháu không đẹp, còn có duyên ư, có lẽ cũng không nữa. Vậy mà không giầu vì sao nhiều bạn trai thích chơi với cháu. Cháu quen

rất nhiều bạn trai trong trường, cả ở ngoài xã hội. Nhưng cháu không hề coi ai là hơn, mọi người đều là bạn. Cháu rất thích sự hồn nhiên chứ không kiêu cách như một số bạn. Thế nhưng gia đình cháu lại rất khó chịu về chuyện này. Cấm cháu quan hệ với các bạn, cho là vì quá ham chơi mà học tập giảm sút... Nhưng nào có ai hiểu cho cháu đâu, cha mẹ chỉ biết nghĩ đi mà không nghĩ lại. Cháu không thể “êm đềm trướng rủ màn che” được. Với cháu “học mà không chơi” là “hao mòn tuổi trẻ” mà má cháu lại ra điều kiện “nếu đi học thì phải học堂堂 hoàng, học xong về nhà, tuyệt đối không được đi chơi”. Nhưng cô ơi, cháu lớn rồi. Cháu cũng biết chơi sao thì vừa, vì “chơi mà không học là phá vỡ tương lai” mà, phải không cô?

Cuối cùng tia hy vọng của cháu cũng dần dần tắt ngấm. Cháu tên Thanh Hằng mà cuộc sống có tí gì là của ánh trăng đâu! Thật là cuộc sông đầy vô vị...

Thưa cô, cháu rất cần sự giúp đỡ của cô vì cháu cảm thấy bản thân cháu không thể khuyên gì được cho mình cả. Hãy giúp cháu nhé, nín thở chờ thư cô.

(TH. BMT – Đak Lak).

14.3... Hải Phòng

Cô Thanh Tâm kính mến!

Cháu đã suy nghĩ mãi và quyết định viết thư cho cô, mong cô hãy giúp cháu một lời khuyên. Năm nay cháu 17 tuổi và hình như cháu sắp sửa trở thành đứa con gái hư hỏng hay sao ấy. Cháu rất khổ tâm, khi cháu là đứa con hay nói dối bố mẹ.

Năm nay cháu học lớp 12, năm học đầy vất vả. Bố mẹ cháu tạo mọi điều kiện để cháu học tập, nhưng cháu vẫn chưa thỏa mãn. Đi học phải về đúng giờ, quá 5' – 10' thế nào cũng bị bố mẹ cháu xét hỏi, la mắng.

Tôi thứ 7 và chủ nhật không phải học bài, cháu muốn đi chơi cùng bạn bè nhưng cháu không bao giờ được phép đi cả, chỉ có ở nhà chơi với em và xem ti vi. Bạn bè đến chơi bố mẹ cháu không thích, tìm cách đuổi về và cấm cháu không được rủ bạn bè đến nhà chơi.

Cháu nhớ có lần mẹ cháu gọi bạn gái cháu là “cái con kia” và còn hỏi cháu: “Cái con ấy nhà nó ở đâu?” Mặc dù bạn ấy không còn có mặt lúc đó, nhưng cháu rất bất bình về lời nói ấy.

Thế là cháu bảo luôn với mẹ: “Mẹ đừng gọi bạn con như thế. Mặt mẹ cháu sầm lại, mắng cháu, nói cháu mất dạy, coi bố mẹ không ra gì, coi bạn hơn cả mẹ...”. Cháu chỉ biết khóc thôi.

Cháu biết rằng bố mẹ cháu muốn cháu dành mọi thời gian cho học tập, cho việc thi vào đại học. Nhưng cô ơi, cả tuần học hành căng thẳng, cháu muốn đến với những người bạn của cháu để thoải mái đầu óc. Cháu nhớ bạn cháu, muốn đi chơi và thế là cháu nói dối bố mẹ cháu, rằng con đi học bù...

Các bạn cháu nhiều người cũng phải nói dối như cậu. Cháu biết nói dối như thế là điều không tốt, nhưng cháu lại không thể sửa được vì nói thật thì chẳng bao giờ được phép.

Cô ơi! Sau một vài lần như thế, mẹ cháu biết chuyện và mắng cháu. Rồi từ đây cháu như “gián điệp”, đi đâu cũng có người theo dõi, kể cả đi chính đáng. Cháu đi đến đâu các cô, các bác trong cơ quan mẹ cháu nhìn thấy và nói lại với mẹ cháu. Tự nhiên cháu thấy căm ghét họ vô cùng... và đã nghĩ cách “trêu tức”. Cháu không muốn nói dối bố mẹ, những người đã sinh ra và nuôi cháu lớn, nhưng cô khuyên cháu phải làm thế nào?

Có lẽ bố mẹ cháu không tin cháu nữa rồi! Cháu khổ tâm lắm cô ơi! Cháu không muốn mình mang tiếng là đứa con hư hỏng không biết nghe lời cha mẹ, nhưng cháu cũng không muốn xa rời bạn bè vì tuổi chúng cháu chỉ có tình bạn là vui thôi.

Cháu rất mong những bức thư của cô!

(T.H.H, PTTH T.H.Đ. Hải Phòng).

17.11... Gia Lâm, Hà Nội

Gửi các cô, các chú Trung tâm Tư vấn Tâm lý Thanh niên!

Buổi chiều nay, như bao buổi chiều trước, tự dưng cháu thấy một nỗi buồn mênh mang vô cớ xâm chiếm tâm hồn mà không thể nào cắt nghĩa nổi? Vì sao cháu lại có nỗi buồn này? Phải chăng vì một nỗi cô đơn? Cháu thấy đầu óc mình mông lung trống trải nhưng hình như không có ai để thổ lộ tâm tình...

Không phải chỉ buổi chiều nay, cháu mới buồn thôi đâu, mà đã bao nhiêu buổi chiều khác, cháu đều ở trong tâm trạng này. Hiện nay cháu đang học lớp 12 PTTH. Đến 28/11 này, cháu vừa tròn 16 tuổi. Có lẽ thời 16 là cái tuổi hay suy nghĩ mông lung và hay buồn vẫn vợ phải không các cô các chú. Trước kia, hồi cháu học lớp 10, cháu rất vô tư hồn nhiên. Thế mà mới đây, đặc biệt sang lớp 12 này cháu hay lo lắng buồn phiền và cảm thấy cô đơn kinh khủng.

Cháu không sợ khổ, không sợ vất vả mà chỉ lo lắng cho tương lai của mình sau này. Trước mắt cháu là kì thi tốt nghiệp PTTH và cháu có ý định thi khối D. Cháu rất thích học ngoại ngữ môn tiếng Anh nhưng cháu lại sợ khả năng học của mình không biết có đáp ứng được yêu cầu thi hay không?

Chắc các cô các chú đều nghĩ rằng ở tuổi cháu chỉ biết vô tư hồn nhiên nghịch ngợm phải không? Thế mà cháu lại hay có những nỗi buồn vô cớ xâm chiếm. Có nhiều lúc cháu hay thần thờ tâm tưởng đến một điều gì đó thật xa xôi huyền ảo. Cháu muốn quên đi tất cả đề tập trung cho học tập nhưng không thể được dường như nó cứ bám riết lấy cháu không cho cháu được thanh thản. Trời ơi, nhiều lúc cháu muốn đi – đi thật xa đến một nơi nào đó để kiếm tìm những điều mới lạ của cuộc sống. Nhưng có lẽ ở đâu thì nhịp điệu cuộc sống cũng cứ đều đều tiếp diễn như thế.

Nhiều lúc cháu tự hỏi cuộc đời sẽ là thế ư? Ngày nối ngày trôi qua... Các cô các chú đừng cho rằng nỗi buồn này xuất phát từ tình yêu đâu nhé.

Cho đến lúc này cháu chưa hề một lần xào xuyên rung động trước một bạn trai nào cả. Nếu buồn vì điều đó thì lại hoàn toàn khác. Cháu có bố mẹ, anh em và cháu toại nguyện về tình cảm gia đình nhưng sao cháu vẫn thấy thiếu vắng một điều gì đó, một nỗi cô đơn đến ứa nước mắt. Các cô, các chú hãy nói cho cháu biết nỗi buồn đó là cái gì vậy và cháu có thể tìm được phương thuốc để chữa “căn bệnh” này không?

Vì sao ở cái tuổi 16 con gái hay ngẩn ngơ nghĩ ngợi?

Vì sao khi học đến lớp 12 nhiều bạn hay lo lắng cho tương lai, hay suy nghĩ về chỗ đứng của mình trong xã hội?

Vì sao một con người được sống trong bầu không khí gia đình và bè bạn mà vẫn thấy hiu quạnh cô đơn...?

Có phải cái tuổi của cháu luôn là như vậy không các cô các chú?

Xin các cô các chú hãy cho cháu những lời khuyên!

(V. T. M – Lớp 1 2. PTTHYV. Hà Nội)

... đến những ca rối nhiễu tâm trí điển hình trong điều trị lâm sàng:

*** Ca thứ nhất:**

“Cháu gái D.V.D.H, 13 tuổi, học lớp 8, trường THCS, năm thứ 3 lớp năng khiếu Nhạc viện Hà Nội, vào khoa Tâm bệnh, viện Nhi ngày 5–1–1999 với hội chứng ám ảnh nghi thức, trầm cảm (nghi rối loạn vận động ngoại tháp– ý kiến của BS phòng khám). Cháu H là đứa trẻ không mong muốn, ngoài kế hoạch, bị đe dọa phải phá thai. Tuy nhiên thai đủ tháng, đẻ bình thường.

Sự phát triển của trẻ có trở ngại: là một cô bé hay nhút nhát, hay lo sợ, kém ăn uống, khó ngủ, khó tính, bị chàm ở mặt và ở chân (đã chữa nhiều nơi vẫn chưa khỏi), từ nhỏ đã khó thích nghi khi đến nhà trẻ mẫu giáo, sợ người lạ. Nhưng H là đứa trẻ hiền lành, thông minh, nhạy cảm, thích âm nhạc. Gia

đình của trẻ không hoà thuận, trẻ hay lo âu hốt hoảng mỗi khi bố mẹ cãi cọ, trẻ rất sợ bố mẹ li dị.

– Năm 12 tuổi, trẻ đi thi đàn ORGAN quốc tế được giải 3, hiện đang tích cực chuẩn bị để đi thi nữa (mong đạt giải nhất), Nhưng lo sẽ không đạt kết quả.

– Tháng 4 – 1998, nghe tin anh trai họ (trước đó có quan hệ thân với đối chủ) bị bạn đâm chết, tuy không chứng kiến nhưng từ đó sinh lo hãi, luôn nghĩ gia đình, bố mẹ, anh chị và bản thân cũng sẽ bị như vậy.

– Từ tháng 6 – 1998, trẻ hay đau đầu (vùng thái dương), mỗi khi ngồi vào bàn để tập đàn, luôn hồi hộp lo sợ không sao đánh đàn được, phải làm một động tác gì đấy như khua tay mấy vòng để trấn an rồi mới đánh đàn được, hoặc tay sờ vào bậu cửa vài lần. Thường có cảm giác đầy ứ hơi từ trong bụng, phải bành cổ thở hắt ra. Khi thở ra ngoài, sợ “hơi độc” làm nhiễm bẩn không khí nên phải thở vào ti vi, vào thành tủ. Làm việc gì cũng phải bắt đầu từ trái sang phải theo một trình tự nhất định. Trạng thái lo hãi kéo dài.

– Tháng 8–1998 bố mẹ đưa đi khám, phát hiện bướu cổ 1A – điều trị Lerothyrocin (2 tháng), trẻ không đỡ, thêm biểu hiện đờ đẫn, run chân tay, nên gia đình dừng thuốc.

– Tháng 9–1998, vào năm học mới, trẻ học kém hơn, chữ viết xấu (chữ viết đè lên nhau) văn viết lủng củng. Bệnh nặng hơn, cô giáo cho nghỉ lớp trưởng, thêm mặc cảm bất tài (vẫn lo hãi không đạt thi đàn, lo hãi bố mẹ li dị”, vẫn bị ám ảnh về hơi thở độc). Các vận động nghi thức tiếp tục tăng lên (trẻ luôn có cảm giác có ai đó bắt buộc phải làm như vậy, trẻ muốn chống lại cũng không được). Gia đình cho trẻ đi khám lại, bác sỹ chẩn đoán HC Gilles de la Tourette, hoặc hội chứng ngoại tháp: khó thở, hơi cứng hàm, nuốt khó... Trẻ phải nghỉ học, tiếp tục điều trị thuốc (từ tháng 10 – 12 /1998) nhưng bệnh tăng lên (đau đầu, run chân tay, thường gồng co cứng toàn thân, đau tức vùng ngực rất khó thở...).

– Sau đó trẻ được đưa vào Viện Nhi, khoa Tâm bệnh với chẩn đoán: “Nhiều tâm ám ảnh – nghi thức trội, trầm nhược”.

*** Ca thứ hai:**

“Cháu N.A.T sinh ngày 8–4–1985 là học sinh lớp 8, được mẹ đưa đến bệnh viện Nhi Thụy Điển ngày 9–4–1999 với chứng bệnh ám sợ lẫn tránh xã hội, rối loạn thần kinh thực vật. Cháu đã đi khám chữa nhiều nơi cả đông tây y đều không khỏi và bệnh ngày càng nặng hơn.

Triệu chứng biểu hiện ra ngoài trong lần tiếp xúc đầu tiên là: mặt luôn cúi, không nhìn thẳng, mắt trái nháy giật liên tục (khó chịu với ánh sáng), khó nói (thấy nghẹn ở cổ), đau đầu, nóng khắp đầu (đặc biệt phía sau đầu), tức ngực khó thở. Cháu chỉ thích ngồi, nằm một mình trong phòng tối, không thích tiếp xúc với ai, rất khó đi ngoài (cảm giác có một búi rối ở trong ruột phía trong hậu môn). Tình trạng sức khỏe nói chung suy kiệt, trầm cảm, thỉnh thoảng có cơn cáu gắt hoặc nói nhảm bất thường, cháu từ chối ăn vì sợ ăn vào bị nặng hơn, dốt đi.

Trước khi bị bệnh:

Cháu N.A.T là con cả trong gia đình bố làm y sỹ quân y, mẹ là cán bộ ở một trung tâm nghiên cứu khoa học, trước khi bị bệnh cháu là con ngoan, rất đảm đang trong công việc gia đình, ở trường là học sinh khá, cháu không có những biểu hiện gì đặc biệt về hành vi.

Bố mẹ cháu lấy nhau tự nguyện, khi mang thai cháu, mẹ hay bực bội vì ở chung phòng với 2 người phụ nữ khác. Cháu có lịch sử sinh khó (phải dùng giác hút nhưng không bị ngạt và hay ốm đau quặt quẹo. Vào lúc 2 tuổi cháu bị viêm phế quản đi tiêm và bị teo cơ một bên chân từ đó (những vẫn đi lại được). Từ tháng 7–1998 cháu bị con mèo nhà hàng xóm cắn vào ngón tay, trước đó cháu thấy con mèo này ăn một con cóc, cháu rất sợ. Khoảng 1 tháng sau con mèo bị ốm không đi được và ít lâu sau con mèo chết. Từ sau khi bị cắn cháu luôn lo sợ mèo truyền bệnh cho mình (cháu lo sợ nhưng chỉ nói cho bố mẹ biết, khi con mèo chết).

Kể từ đó cháu thấy rất khó đi ngoài, hay vào nhà vệ sinh, mỗi lần ngồi 1 – 2 tiếng vẫn không đi được. Cháu có cảm giác có một khối rỗng, tắc sâu phía trong hậu môn. Cháu đòi mẹ cho đi khám soi, chiếu, chụp nhưng không phát hiện có điều gì khác thường (cháu bộc lộ đã đòi lần cho ngón tay vào trong hậu môn và dùng vòi nhựa chọc). Cùng thời gian này cháu dần dần cảm thấy đau đầu, đau nửa đầu, rồi toàn đầu, thường thấy nóng ở sau đầu rồi lan ra khắp đầu; thường xuyên có cảm giác tức ngực nghẹt thở, khó nói (để nói một câu gì đó có khi phải mất 5 - 7 phút mới bật ra được). Cháu cũng dần dần xa lánh bạn bè, tránh mọi quan hệ xã hội (mỗi khi có ai đến nhà cháu thụt vào buồng). Cảm giác lo âu xuất hiện thường xuyên, cháu tưởng tượng ra mặt mình đen và mọc mụn. Trên lớp, lúc cô gọi hỏi bài thì cháu ấp úng không nói ra được (cháu cho biết vì sợ nói sai, vì cảm thấy có gì nghẹn không bật ra được). Từ đó cháu luôn cúi và nghiêng đầu một bên, mắt nháy liên tục và sợ ánh sáng...”.

*** Ca thứ ba:** “Cháu N.V.B – nam, 11 tuổi, là học sinh lớp 6B trường THCS Chương Dương, cô giáo chủ nhiệm lớp báo cáo, B là học sinh cá biệt, bất thường, không chịu học, thường xuyên bị điểm 1,2 và bị ghi tên vào sổ đầu bài nhiều lần trong tuần, nhưng khi phê bình chỉ cười, không xấu hổ. B thường xuyên không làm chủ được hành động của mình. Trong lớp B hay cười, nói tự do hay mơ màng ngủ gật, không học bài, không làm bài tập chép bài không đầy đủ, thường xuyên quên sách vở hay bút, hay đánh mất đồ dùng học tập... Nhưng B vẫn thích đến lớp học, không trốn lớp hay bỏ tiết, B cũng không có bạn thân trong lớp. Cô giáo đã làm hết cách” mà trẻ vẫn không tiến bộ...

Hoàn cảnh gia đình:

B là con một trong gia đình, bố làm nghề lái xe, “khi có mặt ở nhà, bố là người dũ đòn (làm trẻ sợ). Mẹ làm nghề bán hàng ở chợ, khá bận bịu với công việc buôn bán làm ăn, cũng ít có thời gian quan tâm đến trẻ, nhưng rất chiều trẻ. Bố mẹ cho biết trẻ đẻ non một tháng, lúc nhỏ có vẻ hơi chậm, có lúc dường như hơi ngẩn...

Đánh giá trí tuệ bằng trắc nghiệm:

Chúng tôi dùng bộ test: WICS – III để đánh giá trí tuệ cho trẻ. Lúc đầu trẻ háo hức thích làm, sau khi làm được 30 phút, trẻ đòi bỏ, phải động viên trẻ mới chịu làm tiếp. Chỉ số IQ của trẻ không có gì đặc biệt, phần trắc nghiệm hành động (Performance test) có IQ: 88, phần trắc nghiệm bằng lời (Verbal test) có IQ: 92, nhưng riêng tiểu trắc nghiệm mã hoá vận động (Code) có số điểm rất thấp (chỉ tương đương với trẻ 8 tuổi)...”

*** Hồ sơ một vụ tự sát: Bức thư tuyệt mệnh**

3-4-1995. Thế là tôi quyết định chọn cái chết cho mình, đó cũng là một giải pháp cuối cùng để giải thoát chính mình để sang thế giới bên kia. Tất cả những quá khứ và tương lai sẽ vứt bỏ hết, chỉ còn lại cái chết là tốt nhất.

Vĩnh biệt cuộc đời đau khổ – Tôi chịu quá nhiều mất mát rồi. Bé đã sớm phải chứng kiến cảnh cha mẹ mỗi người một đường. Tôi tro tro đứng giữa – Nhìn mà tuyệt vọng.

Tôi xin viết vài dòng ngắn ngủi này. Cái chết của tôi chắc phần nào nhẹ bớt đi một gánh nặng. Mà đáng ra tôi không nên sinh ra và lớn lên ở xã hội này. Nhưng tôi vẫn phải tồn tại. Tôi tồn tại mà tâm hồn tôi đã chết. Tôi chỉ mong muốn một điều:

Hãy để tôi được chết

Thanh thảo, nhẹ nhàng như bao người đã chọn cho mình một hướng đi. Và đừng cứu tôi – Nếu tôi có sống đi chăng nữa cũng chỉ là cái gai di động trước mắt mọi người. Và hồn đã chết rồi chỉ còn thể xác. Và mọi người lại trách móc. Tôi đàn độn, tôi đàn độn..., những cái gì đã làm cho tôi đàn độn như vậy, cái gì hả? Có phải cuộc sống này đã làm tôi mất mát lớn như vậy? Tôi chỉ mong muốn cho mình một cuộc đời hạnh phúc, đầm ấm, sung sướng. Mà cái ước mơ nhỏ nhoi đó cũng không có được. Thôi tôi dừng bút tại đây. Tôi mong rằng mọi người đều hạnh phúc.

Vĩnh biệt Q. T.

Vĩnh biệt xã hội, ngôi nhà thế giới này
Mong rằng kiếp sau gặp lại
Cuộc đời sẽ hạnh phúc hơn phải không?

Theo lời kể của thân nhân:

Sau 16h30 cùng ngày (sách, vở cặp còn để trên bàn), mẹ gọi con không thấy trả lời, vội mở cửa ra thì thấy chân tay lạnh toát nước tiểu ướt đầm quần áo, không thở, mắt cứng đờ vội mang đi bệnh viện nhưng không cứu được.

Được biết, bữa trưa hôm đó (3-4-1995), nạn nhân ăn cơm với bà ngoại (vốn ít quan tâm đến cháu), nhưng ăn ít. Sau đó về buồng riêng (có lẽ uống “thuốc diệt chuột Trung Quốc”).

Lá thư kể trên được tìm thấy trên mặt bàn, cạnh giường nằm. Chắc là được viết ra ngay trước lúc có hành vi tự sát.

Q.T. là một thiếu nữ tuổi 16, không thi vào được lớp 8, mới xin vào học một trường trung cấp tài chính do một người chị họ của mẹ đang làm ở ngành này xin cho. Bố mẹ ly dị từ lúc được một năm tuổi.

Mẹ là công nhân, học hết lớp 7, tự nguyện kết hôn với người chồng, hơn 7-8 tuổi, vốn là một cán bộ phiên dịch trung cấp tiếng Nga, đã có lần đi theo một đoàn cán bộ sang Nga làm phiên dịch, bị đuổi về nước vì có quan hệ bất chính với một người con gái Nga. Trở về nước không có việc làm, bố mẹ ở quê là nông dân nghèo. Tuy nghèo, nhưng vẫn cố làm ra vẻ sang trọng: mượn quần áo mới. giày mới. Tình cờ một lần nói chuyện với người Nga trên đường phố, được vợ (chưa cưới) chứng kiến; vả lại bảnh trai. có sức hấp dẫn... rồi hai người kết hôn. Sau khi kết hôn, hai người chỉ thuê được một căn nhà rất tồi tàn. Cảnh nghèo túng không thể che giấu được, người vợ vỡ mộng và quyết định ly dị chồng khi đứa con vừa tròn một tuổi.

Từ khi cha mẹ ly dị, Q.T ở với mẹ và ông bà ngoại. Mẹ ở vậy nuôi con nhưng vẫn có nhu cầu gần gũi với nhiều người đàn ông khác, thường tự

nguyện “đi lại” với một người đàn ông, ngay cạnh nhà, là một kỹ sư đã bỏ vợ, sống độc thân, có lần đánh ghen với một người phụ nữ khác là “bồ” của người đàn ông này.

Mẹ ít có thì giờ và ít để tâm chăm sóc con, lại hay mắng “Sao mày đàn thế, sao mày hãm thế, không có bạn bè gì cả (ý nói bạn trai)...”, chỉ có ông ngoại quan tâm, nhưng ông đã chết cách đó hai năm.

Một tháng trước đây, Q.T đã rủ một bạn gái đi mua thuốc diệt chuột Trung Quốc, nhưng bạn ngăn lại (lời bạn kể).

Lời bàn của nhà tư vấn tâm lý:

Lá thư có lẽ đã phản ánh khá trung thực tâm trạng cô gái. Nỗi tuyệt vọng bắt nguồn trước hết từ cuộc tan vỡ hôn nhân của hai bố mẹ. Từ khi ly dị, bố Q.T vào ở hẳn Sài Gòn không một lần gặp lại con: cuộc chia ly là vĩnh viễn (thậm chí khi nhận tin con chết cũng không ra thăm). Càng lớn lên, Q.T càng cảm thấy đau khổ vì gia đình tan vỡ. “... Bé đã sớm phải chứng kiến cảnh cha mẹ mỗi người một đường. Tôi trơ trọi đứng giữa, nhìn mà tuyệt vọng”.

Trong tâm thức người Việt Nam, không có cha, hay mất cha là một tổn thất rất lớn: thiếu một chỗ dựa, một sự nâng đỡ “con không cha như nhà không nóc”, thiếu một tình thương và một lòng tin.

Tuy sống với mẹ, nhưng Q.T lại không được hưởng tình thương yêu chăm sóc của mẹ. Dường như đối tượng đầu tư cảm xúc của người mẹ này không phải là đứa con côi cút đáng thương mà là những người đàn ông đủ loại nhằm đáp ứng một nhu cầu tình dục. không thể kiềm chế. Nguồn lực nâng đỡ duy nhất còn lại là ông ngoại, nhưng tình thương yêu cuối cùng này cũng không còn nữa. “...Tôi trơ trọi đứng giữa, nhìn mà tuyệt vọng”.

Song, một tác nhân nữa càng làm cho stress gia tăng là sự mắng nhiếc của người mẹ: “Sao mày đàn thế, sao mày hãm thế”. giống như những trái bom làm sập đổ hoàn toàn lòng tự tin (self-esteem) vốn rất mong manh vì đã không có tình yêu thương nào. Lòng tự trọng đã bị thương tổn nặng; những

lời mắng nhiếc hàng ngày của người mẹ đã tạo ra một mặc cảm tội lỗi: "... và đừng cứu tôi. Nếu tôi có sống đi chăng nữa cũng chỉ là cái gai di động trước mắt mọi người..."

Q.T đã hình thành một ý tưởng tự sát từ lâu, ít ra là một tháng trước (hôm rủ bạn đi mua thuốc bả chuột). Song, điều bất hạnh là hành vi này đã không được phát giác và cảnh giác.

Rõ ràng sự tan vỡ gia đình, tình yêu thương bị tước đoạt, sự mất lòng tin và lòng tự trọng đã tạo ra một stress mãn tính và dẫn tới hành vi tự sát: đó là một bằng chứng của ứng phó tiêu cực (negative coping), tìm đến cái chết, một hành vi tự huỷ hoại, để trốn thoát (Trích tài liệu "Stress & đời sống", GS Đặng Phương Kiệt, 1997).

... nhu cầu tư vấn và trị liệu tâm lý

Xã hội hiện đại càng phát triển, càng phát sinh ra nhiều mối nguy hiểm tiềm năng cho sức khoẻ của con người, đặc biệt là sức khoẻ tâm trí. Đó là môi trường ngày càng bị ô nhiễm, không gian thoáng sạch ngày càng bị thu hẹp, thói quen sống huỷ hoại sức khoẻ, stress do các nguyên nhân sinh-tâm lý và xã hội... đang trở thành những tác nhân kích thích làm nảy sinh và duy trì các dạng mức khác nhau của bệnh tâm trí.

Bệnh tâm trí còn gọi là bệnh tâm thần, hiểu theo đúng nghĩa, bao gồm một loạt các dạng thái khác nhau. từ những rối nhiễu tâm lý như lo âu, trầm cảm, ám ảnh, hung tính... đến những rối loạn tâm thần như hoang tưởng, tâm thần phân liệt, động kinh.

Kinh nghiệm của các nước công nghiệp phát triển cho thấy xã hội càng phát triển, con người càng mắc nhiều các chứng rối nhiễu tâm trí. Theo thống kê, từ 15–20% dân số thế giới hiện đang mắc một hay nhiều chứng rối nhiễu tâm thần.

Ở Mỹ, theo số liệu của các tác giả Zimbardo & Weber (1997): Mrazek & Haggerty (1994), năm 1978 có khoảng 10–15% dân số Mỹ mắc ít nhất một

chứng bệnh nào đó về tâm trí: năm 1991 có khoảng 20% dân số mắc rối nhiễu tâm trí nếu tính từng năm, và khoảng 32% nếu tính cả cuộc đời của từng cá nhân (trong đó trẻ em và thanh niên chiếm gần 2/3). Theo số liệu của Carson (1996) hiện có trên 56 triệu người Mỹ mắc ít nhất một triệu chứng rối nhiễu tâm trí đáp ứng tiêu chuẩn DSM-IV.

Ở Australia (Úc), theo D. Leach (1996) từ 10%–25% dân số mắc rối nhiễu tâm trí, khoảng 20–25% trẻ em Úc có rối nhiễu về hành vi và khó khăn học đường.

Còn ở Việt Nam, tỷ lệ nhưng người mắc các chứng bệnh tâm trí là bao nhiêu? Hiện chưa có những nghiên cứu điều tra trên phạm vi cả nước, nhưng theo một số nghiên cứu mang tính cục bộ (bệnh viện tâm thần trung ương) ở một số xã, một số tỉnh thì tỷ lệ này là từ 15–20%. Cũng theo các nghiên cứu này, khoảng 1,5% dân số mắc các chứng loạn thần nặng như tâm thần phân liệt, động kinh... Như vậy, nhu cầu chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe tinh thần để phòng tránh các chứng bệnh tâm trí là nỗi lo của toàn xã hội.

Thực tiễn công cuộc công nghiệp hoá và hiện đại hoá ở Việt Nam đã và đang tạo ra những biến đổi sâu sắc trên các bình diện kinh tế, văn hoá và xã hội. Những biến đổi xã hội này không thể không gây xáo động tâm tư, do vậy ảnh hưởng mạnh đến đời sống tâm trí của mỗi cá nhân. Chẳng hạn theo số liệu của bộ phận tư vấn tâm lý–tình cảm–xã hội 1080, ngành bưu điện, mỗi ngày trung bình có khoảng 100 cuộc gọi, trong 3 năm (1997–1999) đã có gần 80.000 cuộc gọi nhờ tư vấn qua điện thoại. Tại trung tâm khám chữa bệnh và tư vấn sức khỏe số 9 Ngọc Khánh, chỉ tính riêng hai năm 97–98 đã có gần 200 ca lâm sàng với những rối nhiễu tâm lý từ ám sợ, lo âu, trầm cảm đến hoang tưởng, động kinh... đến nhờ tư vấn và tư liệu tâm lý.

Nhu cầu tư vấn và trị liệu những rối nhiễu tâm trí ở trẻ em lại càng lớn và ngày càng tăng lên. Một nghiên cứu thử nghiệm mới đây của Hội Tâm lý học Hà Nội về rối nhiễu hành vi ở lứa tuổi học sinh PTTH (trên 1266 hs. ở 27 lớp, thuộc bốn trường PTTH khu vực Hà Nội), phát hiện thấy có khoảng gần 10% học sinh có ít nhất một biểu hiện rối nhiễu hành vi (theo hệ thống phân

loại của Hội tâm thần học Mỹ, 1994). Một nghiên cứu khác mới nhất (tháng 4/2000) của chúng tôi cùng nhóm sinh viên Khoa Tâm lý ĐHKHXH&NV về rối nhiễu lo âu và kỹ năng thích ứng xã hội ở lứa tuổi học sinh THCS (trên 503 hs thuộc 3 trường THCS khu vực Hà Nội) cho thấy có ít nhất 17,74%– 18,81% hs có biểu hiện rối nhiễu lo âu và 17,65 – 19,21% hs có thiếu hụt kỹ năng thích ứng xã hội (có nhận thức và hành vi kém thích nghi) trên tổng số hs được điều tra.

Như vậy nếu lấy một con số dự báo khiêm tốn, trung bình có khoảng 15% trẻ em có khó khăn học đường hoặc có rối nhiễu hành vi thì đã có hàng triệu trẻ em cần sự giúp đỡ của các bác sỹ tâm lý. Tại sao vậy? Trẻ em hiện nay phải chịu sức ép nặng nề trong học tập, một bên là của bố mẹ nôn nóng muốn cho con học sớm, đọc nhiều... bên kia là của các cơ quan giáo dục ngày càng dồn vào chương trình học rất nhiều môn, nhiều kiến thức mới... Trong lúc đó, những nhu cầu tâm lý khác của trẻ không được đáp ứng... ép học, kìm hãm nhu cầu... từ đó dễ sinh ra rối nhiễu tâm trí.

Dưới góc độ nghiên cứu chẩn đoán trị liệu, theo báo cáo thống kê phân loại các rối nhiễu tâm trí của trẻ em và thiếu niên qua 352 hồ sơ của bác sĩ Phạm Văn Đoàn thuộc Trung tâm Nghiên cứu tâm lý trẻ em (NT) tính từ tháng 1/1989 đến tháng 10/1995 cho biết có những nhóm rối nhiễu tâm trí cơ bản sau đây:

- Loạn tâm: có 24 trường hợp, chiếm 6,8%, trong đó chủ yếu là tâm thần phân liệt ở tuổi tiền dậy thì và dậy thì.

- Nhiều tâm: có 95 trường hợp, chiếm 27%, chủ yếu là nhiễu tâm tiền triển có biểu hiện hysteria và ám sợ tội.

- Bệnh lý về nhân cách và các rối nhiễu tiền triển ngoài loạn tâm và nhiễu tâm có 14 trường hợp, chiếm 4%, trong đó chủ yếu là trái nết, dị tính.

- Các rối nhiễu phản ứng: có 5 trường hợp.

- Các suy giảm tâm trí: có 44 trường hợp chiếm 12.5%, bao gồm chậm khôn nhẹ và vừa.

– Các rối nhiễu chức năng công cụ và luyện tập: có 96 trường hợp chiếm 27,3%, trong đó chủ yếu là TIC (máy giặt cơ) đơn độc và rối nhiễu về ngôn ngữ, hành vi học đường.

– Các rối nhiễu có biểu hiện thực thể và rối nhiễu ứng xử: có 106 trường hợp, chiếm 30% chủ yếu là đái dầm.

Theo kết quả nghiên cứu chẩn đoán điều trị trực tiếp của chúng tôi phối hợp cùng với khoa Tâm bệnh, Bệnh viện Nhi Thụy Điển và Trung tâm Khám chữa bệnh và Tư vấn sức khỏe số 9 Ngọc Khánh và Trường THCS Chương Dương trong 10 tháng, tính từ tháng 1 đến tháng 10 năm 1999, có 64 ca, đến thăm khám về tâm lý, trong đó có 35 trường hợp là trẻ em và thiếu niên (dưới 16 tuổi) gồm 20 nữ và 15 nam. Rối nhiễu tâm trí của nhóm trẻ này chủ yếu là: nhiễu tâm (gồm lo âu, ám ảnh nghi thức, ám sợ, trầm nhược...), rối nhiễu các chức năng công cụ (gồm TIC, nói lắp, hiếu động, hung bạo, kém học...). rối nhiễu có biểu hiện thực thể hoặc rối nhiễu ứng xử (đau bụng, đau cơ thể, ngất, mệt mỏi chóng mặt, chán ăn tâm thần, đái dầm, đau đầu.)

* * *

Như vậy nhu cầu về điều trị các rối nhiễu tâm trí ở trẻ em ngày càng gia tăng trong xã hội Việt Nam. Trong khi đó, đội ngũ những người làm tâm lý lâm sàng hiện tại còn rất ít ỏi, đặc biệt tay nghề thực hành trị liệu của đội ngũ này còn rất nhiều hạn chế, do chưa được huấn luyện đàn tạo một cách bài bản. Do vậy cuốn sách chuyên khảo này mong muốn cung cấp những kiến thức, những công cụ mang tính hệ thống, có bài bản kỹ thuật, giúp cho việc tư vấn và trị liệu tâm lý trong điều trị lâm sàng có hiệu quả hơn. Cuốn sách cũng hướng đến mục tiêu chiến lược là giúp thân chủ (người bệnh gia đình thân chủ, biết được những “nguyên nhân”. hiểu “cơ chế” phát sinh, duy trì rối nhiễu, học cách kiểm soát, phát triển khả năng điều chỉnh, tự trị liệu, tự chữa bệnh và phòng ngừa khả năng mắc lại các rối nhiễu tâm trí.

Chúng tôi rất mong nhận được sự cổ vũ, chỉ dẫn, góp ý nhiệt tình, chân thành của các nhà chuyên môn, của bạn đọc để bổ sung và hoàn thiện trong lần tái bản sau.

Xin chân thành cảm ơn!

Hà Nội – 2000, TS Nguyễn Công Khanh
TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU TÂM LÝ HỌC VÀ SINH LÝ HỌC LÚA TUỔI,
VIỆN KHGD, 101 TRẦN HƯNG ĐẠO, HÀ NỘI

PHẦN I. CƠ SỞ LÝ LUẬN CHUNG VỀ TRỊ LIỆU TÂM LÝ

Trong số những phương pháp điều trị người bệnh đặc biệt là những người mắc các chứng tâm bệnh hay bệnh tâm thể, liệu pháp tâm lý có một sức hấp dẫn đặc biệt. Càng ngày các chuyên gia y học, tâm thần học và tâm lý học càng nhất trí cho rằng liệu pháp tâm lý đóng một vai trò đáng kể. Nhiều khi đặc biệt quan trọng trong việc điều trị bệnh. Bởi vì bất kỳ một loại bệnh nào dù đó là thực thể hay tâm thể đều có liên quan đến các quá trình sinh–tâm lý. Nói cách khác, những yếu tố tâm lý là một thành tố ảnh hưởng đáng kể đến quá trình phát sinh, duy trì và phục hồi bệnh lý.

1. Trị liệu tâm lý là gì?

Trị liệu tâm lý hay tâm lý liệu pháp (Psychotherapy) khác biệt với trị liệu y sinh học (Biomedical Therapy), mặc dù chúng có chung nguồn gốc là trị liệu hay điều trị (Therapy) một thuật ngữ chung nhất được dùng để chỉ tất cả những hình thức chữa trị một chứng bệnh hay một rối nhiễu bất kỳ). Trị liệu tâm lý cũng khác biệt với các kỹ thuật điều chỉnh hành vi khác như phẫu thuật tâm lý (Psychosurgery) hay tâm dược trị liệu (Psychodrug therapy).

Nếu sử dụng mô hình máy tính để mô phỏng hoạt động của não bộ chúng ta, có thể nói rằng những vấn đề của tâm trí hoặc có thể xảy ra trong phần cứng (thành phần, cấu trúc) hoặc ở phần mềm (các chương trình). Hai hướng điều trị chủ yếu đối với các chứng rối nhiễu tâm lý (Psychological disorders) nhằm vào phần cứng hoặc phần mềm.

– ***Liệu pháp y sinh học nhằm trực tiếp vào việc thay đổi phần cứng***, tức là tạo những ảnh hưởng làm thay đổi các quá trình sinh lý như tăng cường hay hạn chế các quá trình dẫn truyền thần kinh hay các quá trình

sinh hoá của hệ nội tiết, các quá trình trao đổi chất ở tế bào... Các liệu pháp điều trị y sinh học nhằm thay đổi các hoạt động của não bộ với sự can thiệp của thuốc (hoá chất) hoặc vật lý. Chỉ có các bác sỹ tâm thần hay các chuyên gia y học (bác sỹ) mới có quyền kê đơn cho thuốc, điều trị bằng liệu pháp y sinh học.

– **Liệu pháp tâm lý nhằm thay đổi phần mềm**, tức là thay đổi xúc cảm, cảm giác, nhận thức – hành vi, những yếu tố đang duy trì trạng thái tâm lý bất ổn của cá nhân. Đó là quá trình tương tác qua lại giữa nhà trị liệu (với tư cách người thầy có kỹ năng, kinh nghiệm được huấn luyện) và thân chủ (là chủ thể đang có những vướng mắc không tự giải quyết được). Trong đó, nhà trị liệu lắng nghe, thấu hiểu, nhạy cảm với những vấn đề của thân chủ thông qua mối quan hệ đồng cảm và bằng kỹ năng, kinh nghiệm nghề nghiệp, giúp tháo gỡ, giải toả những vướng mắc trói buộc về cơ thể, xúc cảm tình cảm, tư tưởng nhận thức do những stress, nếp nghĩ, thói quen tập nhiễm tạo ra. Các liệu pháp tâm lý bao giờ cũng liên quan tới việc sử dụng một hệ thống những biện pháp, những kỹ thuật” tác động, điều chỉnh tiếp cận theo hướng động thái tâm lý. nhận thức–hành vi, hiện tượng học hay hoạt động liên cá nhân... để đạt được những hiệu quả nào đó lên một chứng bệnh hoặc một rối nhiễu tâm trí. Tuy nhiên có những ràng buộc về mặt pháp lý và nghề nghiệp liên quan tới việc thực hành các kỹ thuật trị liệu tâm lý. Như vậy, hiểu theo nghĩa hẹp, chính xác hơn, liệu pháp tâm lý chính là những biện pháp, kỹ thuật trị liệu nào đó đã được chấp nhận và được thực hiện bởi những người có chuyên môn hoặc đã qua những lớp đào tạo, huấn luyện với những ràng buộc đạo đức, nghề nghiệp – pháp lý.

2. Tính lịch sử và văn hoá trong quan niệm và cách điều trị các chứng bệnh tâm trí

Ở những nền văn hoá khác nhau, việc điều trị các chứng bệnh rối nhiễu tâm lý và rối loạn tâm thần (gọi chung là rối nhiễu hay rối loạn tâm trí) được xem xét trong phạm vi rộng hơn, bao hàm cả các giá trị tôn giáo và xã hội.

Lịch sử chữa trị các chứng tâm bệnh đã chứng kiến khung cảnh đối xử thiếu tình người đối với các bệnh nhân có những rối loạn tâm trí.

Trong suốt lịch sử phát triển của mình, con người luôn luôn sợ những rối loạn tâm tư, cho đó là do “ma làm. quỷ nhập”.

Giữa thế kỷ XV, ở Đức, thuật ngữ MAD (người điên) được quy ghép cho quỷ thần (quỷ thần đã lấy mất lý trí của những người này). Theo toà án giáo hội, người có rối loạn tâm trí sẽ bị hành hạ. Quan niệm và thái độ sai lầm này đã lan ra khắp Châu Âu. Thậm chí, thời kỳ phục hưng nở rộ những tài năng về nghệ thuật và trí tuệ nhưng nỗi lo sợ những người có những rối loạn tâm trí vẫn tăng lên. Nhà thờ Thiên Chúa giáo ở ROMA đã phát động chiến dịch “tiểu trừ quỷ”. Những người bị rối loạn tâm trí bị nhốt, bị đối xử như những con vật, bị hành hạ đau đớn cho đến chết hoặc bị truy bức như những nhân chứng của ma quỷ.

Vào năm 1692, ở thị trấn Massachusetts, có một số cô gái và những phụ nữ trẻ trải nghiệm những cơn co giật, ngất và buồn nôn. Những người này có cảm giác đau tức, khó thở, cảm giác như bị ai cáu véo, cảm giác đau buốt như bị ai cắn. Một số có cảm giác như bay trong không khí. Những triệu chứng kỳ lạ này bị coi là do quỷ thần ám hoặc do các thầy phù thủy sai khiến, kết quả là hơn hai mươi người đã bị hành hình.

Mãi tới cuối thế kỷ XVIII, đầu thế kỷ XIX, nhận thức rối loạn tâm trí như là một chứng bệnh tâm thần mới xuất hiện ở Châu Âu. Chẳng hạn vào năm 1801, một bác sỹ người Pháp tên là Philippe Pinel đã viết: “Khác xa với những người phạm tội, họ xứng đáng bị trừng phạt. Người bị rối loạn tâm trí là người bệnh, họ có trạng thái đau khổ của con người. Họ nên được điều trị bằng phương pháp đơn giản nhất để phục hồi lý trí cho họ”. Năm 1818, Reie—một bác sỹ. một nhà giải phẫu học—đã viết cuốn “Cuồng tưởng và phương pháp tâm lý trong điều trị những sang chấn tâm lý”, trong đó chủ trương sử dụng liệu pháp tâm lý như là một hướng điều trị tích cực.

Ở Hoa Kỳ, những người bị rối loạn tâm trí bị hạn chế về quyền được bảo vệ, quyền được an toàn trước cộng đồng. Tuy nhiên, đến cuối thế kỷ 19,

khi tâm lý học được xem như là ngành học chiếm được niềm tin và sự kính trọng thì trị liệu tâm lý được coi là một chiến lược chữa trị quan trọng. Các chứng rối loạn tâm trí được xem là những chứng bệnh có nguồn gốc tâm lý và xã hội có thể được điều trị bằng vệ sinh tâm lý như các bệnh lây nhiễm đã được điều trị bằng vệ sinh thân thể.

Tuy nhiên càng ngày xã hội Phương Tây hiện đại càng xem các chứng rối loạn tâm trí như là hậu quả của những ứng xử cá nhân do những kiểu thất bại nào đó trong các mối quan hệ giữa cá nhân với gia đình, cộng đồng hay xã hội. Do vậy việc chữa trị muốn có hiệu quả phải tính đến các yếu tố tâm lý này và cố gắng tìm kiếm, phát triển những liệu pháp tâm lý đặc hiệu.

Trong nhiều nền văn hoá khác, việc điều trị các chứng bệnh tâm lý liên quan đến tôn giáo, phép phù thủy, ma thuật, bùa chú và các nghi thức được thực hiện khá huyền bí bởi các thầy lang hoặc thầy cúng. Một số người đã thừa nhận rằng có một sức mạnh thần bí đặc biệt, có thể giúp biến đổi hoàn toàn những trạng thái rối loạn của người bệnh. Các nghi lễ chữa bệnh dân gian đã sử dụng yếu tố tượng trưng, thần bí và nghi thức, truyền niềm tin và ý nghĩa cảm xúc đặc biệt vào quá trình điều trị. Do đó làm tăng tính chịu ám thị và có thể có tác dụng nào đó ảnh hưởng tới các tác nhân (từ bên trong hay bên ngoài) đang duy trì bệnh.

3. Nhu cầu tìm kiếm, phát triển các trị liệu tâm lý

– ***Tại sao người ta tìm đến điều trị:*** Có nhiều lý do vì sao người này cần tìm đến điều trị và tại sao người khác không tìm đến. Phần lớn con người ta bước vào điều trị khi hành vi hàng ngày của họ làm đảo lộn các hoạt động bình thường của cá nhân, làm đảo lộn các tiêu chuẩn bình thường của xã hội hoặc làm đảo lộn các cảm giác vốn có của họ về sự thích ứng đến mức độ không chịu đựng được. Họ cảm nhận thấy có sự bất thường, hoặc mất khả năng tự kiểm soát. Thường thì sau những cố gắng không có hiệu quả để giải quyết những vấn đề của mình, họ bắt đầu tìm kiếm sự giúp đỡ (có thể từ lời khuyên của bạn bè, gia đình hoặc đồng nghiệp...). Sau nữa họ đi đến các bác

sỹ và chỉ một số rất ít chủ động tìm gặp các chuyên gia tư vấn, tâm thần hay trị liệu tâm lý

– **Tại sao nhiều người không tìm đến điều trị:** có thể vì họ không nhận ra sự bất thường của chính họ. Thường thì chỉ những người thân xung quanh họ mới nhận thấy. Vì vậy, họ không có nhu cầu điều trị. Có một số người biết mình bất thường nhưng không dám tìm đến các nhà tư vấn trị liệu tâm lý vì sợ “dư luận xung quanh lên án” hoặc chính họ có định kiến sai lầm, không thích bộc lộ cho các nhà tư vấn tâm thần hay tâm lý biết. Nhưng lý do chủ yếu không đến các cơ sở điều trị có thể là do những vấn đề tâm lý của chính họ. Những người mắc chứng ám sợ khoảng trống gặp khó khăn, thậm chí không thể ra khỏi nhà để đến các cơ sở điều trị. Những người bị hoang tưởng không tin vào các thầy thuốc tâm thần. Những người bị trầm nhược có thể do nhút nhát không dám đến phòng khám tâm thần... Thường thì họ dễ tìm đến một bác sỹ y khoa hơn là một bác sỹ tâm thần (hoặc bác sỹ tâm lý).

– **Có không ít người băn khoăn khó tin điều trị bằng tâm lý có thể khỏi bệnh.** Bởi vì thực tế có những người đã chạy chữa rất nhiều nơi, uống đủ các loại thuốc tây, tàu vẫn không khỏi bệnh. Vậy họ không tin vào những liệu pháp tâm lý có thể chữa khỏi bệnh là điều dễ hiểu. Thật ra các liệu pháp tâm lý có thể giúp đỡ rất nhiều trong việc giải quyết những vấn đề có liên quan đến bệnh lý vốn đã kéo dài, ảnh hưởng nặng nề tới đời sống và đôi khi nó là cách điều trị duy nhất có hiệu quả với một chứng tâm bệnh nào đó ở một người nào đó.

4. Phân biệt tính bất thường – những dấu hiệu của tâm bệnh lý

Trong cuộc sống, đôi khi ta lo lắng thái quá, một thoáng nghi ngờ năng lực của bản thân hay một lúc nào đó, ta buồn chán, thất vọng, muốn xa lánh mọi người là chuyện thường xảy ra trong đời sống thường nhật. Nhưng nếu như cảm giác trên đây thường xuyên xảy ra và có nguy cơ ảnh hưởng hay đe dọa các chức năng sinh hoạt bình thường của một cá nhân thì được xem là những dấu hiệu tâm bệnh lý.

– Bản chất của tâm bệnh lý là những rối nhiễu tâm lý hay rối loạn tâm thần không kiểm soát được.

Tâm bệnh lý liên quan đến những rối nhiễu về xúc cảm nhận thức hay hành vi dẫn một người đến sự chán nản tuyệt vọng, không mong muốn hoặc không có năng lực đạt được những mục tiêu quan trọng. Tâm bệnh lý có thể phát sinh một cách từ từ, ngấm ngấm phát triển và bằng những con đường riêng, nó có mặt trong nhiều tình huống của muôn mặt đời thường. Lúc đầu nó làm giảm các trạng thái khoẻ mạnh về thể chất và tinh thần, sau đó nó làm rối loạn hay phá huỷ các chức năng kiểm soát đời sống bình thường của thân chủ và gia đình họ, rồi gây cảm giác khó chịu, đe dọa làm mất an toàn cuộc sống của những người xung quanh.

Theo tài liệu hướng dẫn phân loại chẩn đoán các rối nhiễu tâm thần của Hội Tâm thần học Mỹ – DSM–IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 1994), mỗi loại rối nhiễu tâm thần (mental disorders) được khái niệm hoá như là một nhóm những triệu chứng bất thường về tâm lý (hoặc mẫu hành vi ứng xử bất thường có ý nghĩa về mặt lâm sàng, chúng xảy ra ở một cá nhân và liên quan đến những stress tiêu cực hoặc liên quan đến việc làm mất năng lực của cá nhân (tức là làm hỏng một hay một số các chức năng duy trì cuộc sống cân bằng của cá nhân đó), hoặc làm tăng đáng kể sự nguy hiểm cho cá nhân qua việc phải chịu đựng những cảm giác tiêu cực (như ám ảnh về cái chết, sự đau khổ, sự mất năng lực) hoặc sự mất mát đáng kể sự tự do của cá nhân (nhưng những triệu chứng này không phải là một sự đáp ứng được người ta chấp nhận về mặt văn hoá hoặc được người ta mong đợi, thường xuyên xảy ra đối với một sự kiện cụ thể, chẳng hạn cái chết của người thân). Bất kể điều gì là nguyên nhân của những triệu chứng, thì sự rối nhiễu hiện có phải được xem là sự biểu hiện của sự suy thoái về chức năng ở các góc độ, sinh lý - tâm lý (nhận thức–hành vi) xảy ra ở cá nhân đó. Chúng ta không nên xem những hành vi bất tuân thủ, hành vi lệch chuẩn (ví dụ như chính trị, tôn giáo, tính dục) hoặc những xung đột giữa cá

nhân và xã hội là những rối nhiễu tâm thần, trừ phi những hành vi này là triệu chứng của sự suy thoái chức năng ở một cá nhân như đã nêu ở trên.

Tâm bệnh lý một khi phát sinh, thường tạo ra gánh nặng tài chính, do mất năng lực sản xuất và quá trình chữa trị thường kéo dài, tốn kém. Vậy làm thế nào để sớm nhận biết khi nào thì một hành vi bình thường chuyển sang bất thường? Bằng kinh nghiệm dân gian, qua quan sát người ta có thể nhận ra. Chẳng hạn, một người hay cười nói không đúng lúc đúng chỗ, có những lời nói hay hành động kỳ cục hoặc luôn thái quá?... Tuy nhiên để xác định chính xác là không dễ dàng.

– Tâm bệnh lý là những rối nhiễu tâm lý hay những rối loạn tâm thần có nhiều dạng mức khác nhau, nên hiểu đó là một liên thể từ trạng thái nhẹ cho đến trạng thái nặng.

Theo các chuyên gia trị liệu tâm lý thì có 6 chỉ báo sau đây phân biệt tính bất thường hay đó là những dấu hiệu để nhận biết tâm bệnh lý:

1. *Buồn chán*: Có cảm giác buồn chán, đau khổ, thất vọng hoặc lo hãi khó dứt bỏ.

2. *Tính kém thích nghi*: Hành động theo những cách làm ảnh hưởng xấu đến việc đạt mục đích, đến sự bình an của cá nhân cũng như của gia đình, xã hội.

3. *Tính khó dự đoán*: Hành động hoặc nói năng theo những cách khó đoán trước, kỳ cục lập dị hoặc làm người khác khó hiểu từ tình huống này sang tình huống khác. Thân chủ dường như trải nghiệm thường xuyên sự mất kiểm soát bản thân.

4. *Tính vô lý hay phi lý*: Nói năng hay hành động theo cách mà người khác đánh giá là phi lý, không thể hiểu được.

5. *Tính phi thông lệ và hiếm thấy*: Hành động theo những cách rất kỳ cục hiếm thấy về mặt thống kê và vi phạm các chuẩn mực hay tiêu chuẩn về cái gì được chấp nhận về mặt đạo đức hoặc được mong muốn.

Luôn gây cảm giác khó chịu cho những người xung quanh: Tạo ra cảm giác khó chịu ở người khác bằng cách làm cho họ cảm thấy bị đe dọa, bị khờ lầy hoặc không thể hợp tác được.

Đánh giá một người bị rối nhiễu tâm lý ở mức tâm bệnh lý là không dễ dàng. Bởi vì không phải tất cả những chỉ báo này về tính bất thường (dấu hiệu của tâm bệnh lý) xuất hiện đồng thời, rõ ràng đối với những người quan sát. Hơn nữa, nếu một chỉ báo trên đây xuất hiện rõ ràng cũng chưa đủ để kết luận một cá nhân bị tâm bệnh. Các nhà tâm lý lâm sàng thường tin tưởng hơn nếu ít nhất có hai dấu hiệu trên xuất hiện rõ ràng ở người bệnh khi chuẩn đoán về tâm bệnh. Tuy nhiên để phán xét mức độ nặng nhẹ của một chứng tâm bệnh nào đó, người ta nên xuất phát từ quan điểm chung về sức khỏe tâm thần. Sức khỏe tâm thần của một người không nên hiểu đơn giản là tốt hay xấu, mà tốt nhất nên đánh giá, hiện người đó đang ở điểm nào trên một thang đánh giá từ trạng thái tâm thần tốt nhất đến trạng thái tâm thần xấu nhất. Để được gọi là khỏe mạnh, một người không chỉ vô bệnh tật mà phải luôn cảm thấy thoải mái, dễ chịu cả về thể chất, tâm lý và xã hội.

5. Những cơ chế duy trì tâm bệnh lý

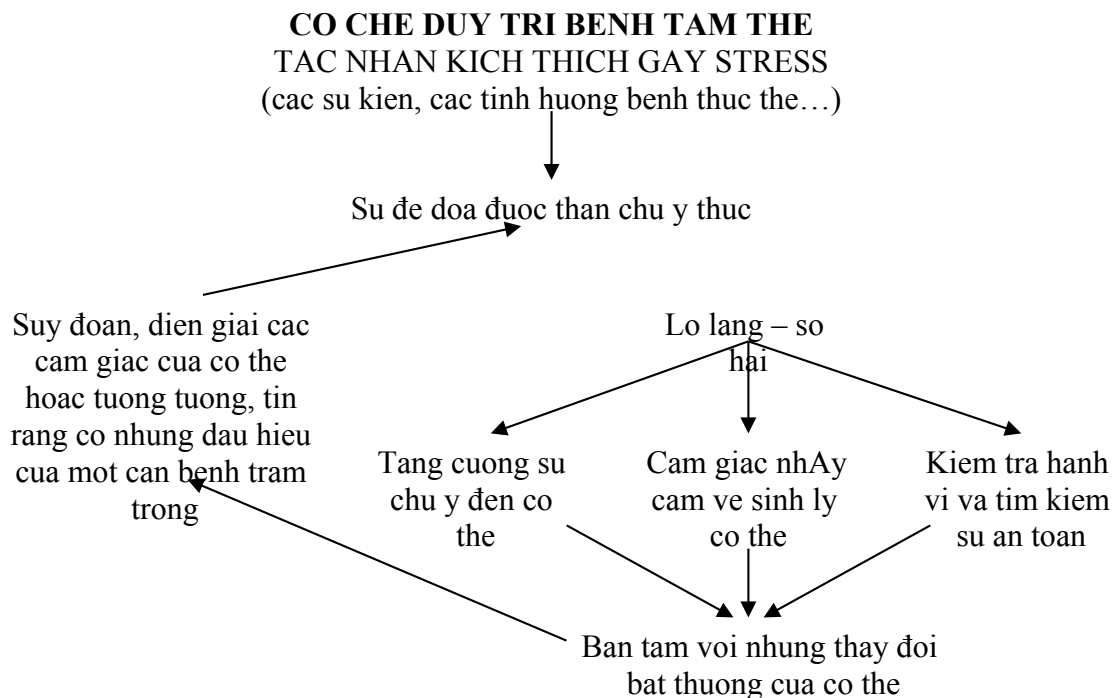
Tại sao tâm bệnh lý lại phát sinh và bằng cách nào chúng được duy trì?

Mỗi loại tâm bệnh cụ thể có thể do nhiều nguyên nhân, nhưng các chuyên gia trong lĩnh vực trị liệu tâm lý có thể khái quát hoá thành một số cơ chế phát bệnh và duy trì trạng thái tâm bệnh như sau:

Các tình huống, các sự kiện trong cuộc sống thường tích tụ stress ở mỗi cá nhân và có xu hướng thực thể hóa thành bệnh lý. Những sự kiện kích thích gây stress, một khi vượt quá khả năng ứng phó của thân chủ hoặc được thân chủ nhận diện, khẳng định như là “sự đe dọa” sẽ gây ra những tình cảm tiêu cực: lo âu sợ hãi, buồn chán... Những cảm giác khó chịu này nếu kéo dài sẽ làm đảo lộn các chức năng hoạt động bình thường của thân chủ, do đó buộc thân chủ phải tăng cường sự chú ý đến thân thể, trở nên quá cảnh giác và quá nhạy cảm với những vấn đề sinh lý của cơ thể mà lẽ ra lúc bình thường họ luôn bỏ qua. Họ có nhu cầu kiểm tra hành vi luôn luôn và tìm kiếm

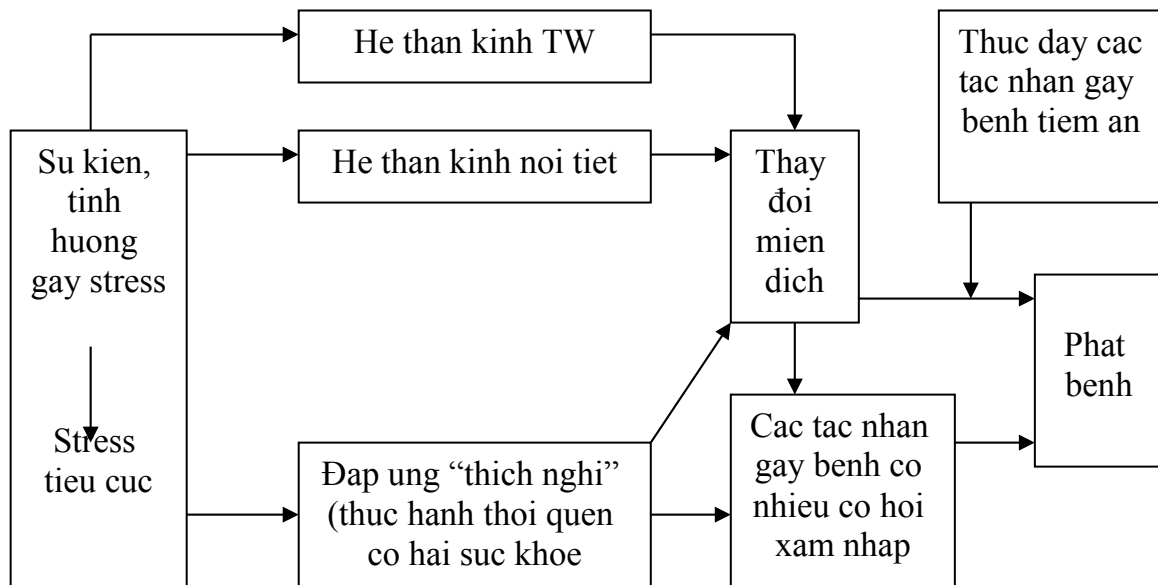
sự an toàn này giúp đỡ từ các chuyên gia y học. Khi họ càng bận tâm với những thay đổi của cơ thể, họ càng cảm thấy có nhiều những những “phản ứng bất thường của cơ thể”. Điều này có thể được thân chủ tập hợp rồi suy diễn, tưởng tượng thành những dấu hiệu hay triệu chứng của một căn bệnh trầm trọng. Do vậy, càng làm thân chủ cảm thấy bị đe dọa và làm họ càng lo lắng khiếp sợ. Những nhân tố tâm–sinh lý tiêu cực này trực tiếp ảnh hưởng lên các quá trình thần kinh–miễn dịch làm thay đổi trạng thái miễn dịch, ảnh hưởng xấu đến các hoạt động thần kinh–nội tiết, làm ngưng hoặc tiết quá nhiều một số chất nào đó. Vì vậy làm rối loạn chức năng hoạt động bình thường của một cơ quan, chẳng hạn hệ tim mạch hay hô hấp hoặc làm rối loạn toàn cơ thể mà hậu quả tiếp theo là những tổn thương thực thể sẽ hình thành hoặc trầm trọng thêm. Lo hãi, kích thích nhịp thở, tăng sự thông khí làm cho CO₂ bị thải quá nhiều, do đó độ kiềm trong huyết tăng lên. Điều này lại làm tăng sự lo hãi. Đây là vòng luẩn quẩn nuôi dưỡng lo hãi kéo dài, duy trì điều kiện thuận lợi cho các chứng bệnh. Do vậy muốn khỏi bệnh phải học cách điều hoà cảm xúc để phá vỡ cái vòng luẩn quẩn này.

Theo các chuyên gia tâm–sinh lý, các đáp ứng cảm xúc tiêu cực của cơ thể như căng thẳng, lo lắng, sợ hãi là những đáp ứng phức tạp, chẳng bao gồm các thành phần: (1) ứng xử, (2) tâm lý, (3) sinh lý. Những căng thẳng về tâm lý bao giờ cũng đi liền với những phản ứng về sinh lý như tăng nhịp thở, huyết áp tăng, nhịp tim tăng, thân nhiệt tăng, đau cơ bắp, toát mồ hôi, run chân tay, nhức đầu... đây là những nhân tố tạo ra hay thúc đẩy tâm bệnh lý.



Nghiên cứu trên những căn bệnh nhiễm khuẩn, truyền nhiễm, người ta thấy rằng có những con đường mà qua đó các stress về tâm–sinh lý có thể dẫn đến khả năng dễ mắc các chứng tật truyền nhiễm. Vì những stress tâm sinh lý: (1) làm rối loạn các quá trình trao đổi chất, làm thay đổi các quá trình sinh hoá, dẫn đến các tác nhân gây bệnh như (vi khuẩn, vi trùng, vi rút) có nhiều cơ hội thâm nhập gây bệnh hay truyền bệnh; (2) khởi động hay thúc đẩy một tác nhân gây bệnh đã có trong cơ thể (vốn trước đó nằm im do bị kiềm chế, kiểm soát thì nay có điều kiện sinh sôi hay hoạt động trở lại gây bệnh; (3) giúp duy trì một quá trình bệnh lý đang diễn ra, làm chậm lại quá trình khỏi bệnh.

STRESS VÀ CƠ CHẾ PHÁT SINH BỆNH



6. Mục tiêu, nhiệm vụ và các mối quan hệ trong trị liệu tâm lý

Mục tiêu của trị liệu tâm lý là gì?

Mục tiêu của trị liệu tâm lý là một phức hợp những yêu cầu, những đòi hỏi từ việc làm giảm triệu chứng (dẫn đến giảm tính bất thường, khôi phục lại các chức năng tâm lý bình thường vốn có) cho đến việc điều chỉnh thay đổi những thói quen, những thuộc tính của nhân cách nhằm loại trừ không chỉ triệu chứng mà còn nhằm ngăn chặn khả năng mắc lại trong tương lai.

Thân chủ (hay người bệnh) tìm gặp bác sỹ tâm lý nhờ chữa một triệu chứng nào đó (chẳng hạn, mất ngủ hay lo âu). Như vậy yêu cầu tối thiểu là làm giảm hay xóa bỏ triệu chứng, nhưng lo âu, mất ngủ có nhiều nguyên nhân, muốn loại bỏ những rối nhiễu này nhiều khi cần đến những thay đổi sâu sắc về thói quen, cách sống, tức là những cơ cấu và cơ chế tâm lý đã hình thành trước đó gây ra triệu chứng... Như vậy mục tiêu của trị liệu là một tổ hợp những yêu cầu tới các mức độ khác nhau, có thể chia thành các nhóm sau đây:

- Thuyên giảm triệu chứng.
- Điều chỉnh xây dựng lại những mối quan hệ nhân cách bị rối nhiễu.

– Phát triển các kỹ năng ứng phó giải quyết vấn đề nhằm tạo khả năng thích nghi tốt nhất trong môi trường trẻ đang sống.

Việc đánh giá hiệu quả của trị liệu cũng nên dựa vào những tiêu chuẩn này

Nhiệm vụ của trị liệu tâm lý:

Quá trình can thiệp trị liệu tâm lý liên quan đến bốn nhiệm vụ sau đây:

– **Thăm khám, hỏi chuyện để xác định bệnh nguyên:** tìm hiểu bản chất rối nhiễu, nguyên nhân, nguồn gốc, hoàn cảnh phát sinh những rối nhiễu hay rối loạn tâm trí này. Dựa trên những biểu hiện về triệu chứng, xây dựng một hay nhiều giả thuyết về nguồn gốc có thể có của bệnh lý. Sau đó truy tìm các căn nguyên cụ thể— những yếu tố đã và đang duy trì trạng thái rối nhiễu.

– **Chẩn đoán– đánh giá phân loại:** dựa theo những tiêu chuẩn được quốc tế qui định như (DSM–IV hoặc ICD–10) để đánh giá, chẩn đoán và phân loại các rối nhiễu tâm lý hay các rối loạn tâm thần. Cần xác định cái gì bị rối nhiễu hay rối loạn, bản chất của nó, mức độ nặng nhẹ...

– **Tiên lượng:** đánh giá hiện trạng, đánh giá sự tiến triển, hậu quả của các rối nhiễu, từ đó sẽ cân nhắc, xác định mức độ cần thiết hay không cần thiết điều trị bằng các liệu pháp tâm lý.

– **Điều trị:** xây dựng chương trình can thiệp – điều trị chuyên biệt. Dự kiến các liệu pháp thích hợp, tiên đoán các kết quả điều trị, tiến hành điều chỉnh sau những tuần trị liệu đầu tiên chưa có kết quả, lôi kéo các thành viên trong gia đình người bệnh vào quá trình trị liệu. Trong trị liệu nên coi sự phối hợp giữa các bác sỹ y khoa, các bác sỹ tâm thần và các bác sỹ tâm lý là tối cần thiết. Bối cảnh điều trị được thiết lập dựa trên tính đa dạng của các hoàn cảnh khác nhau: ở bệnh viện hay ở nhà, nội trú hay ngoại trú, tại nơi xảy ra các rối nhiễu trường học hay công sở. Quá trình điều trị trên diễn ra trong điều kiện tự nhiên nhưng có kiểm soát.

Tuy nhiên một câu hỏi được đặt ra là khi gặp những rối nhiễu tâm lý hay rối loạn tâm trí, ai là người có khả năng thực hiện các trị liệu tâm lý? Phải

chăng rối nhiễu thì do các chuyên gia tâm lý còn rối loạn thì do các chuyên gia tâm thần?

Khi xuất hiện rối nhiễu tâm lý, phần lớn người ta tìm đến các nhà tư vấn không chuyên mà thường do các mối quan hệ quen biết, hoặc nhiều người tìm đến bố mẹ, thầy cô đồng nghiệp, cha cố hoặc các bác sỹ. Chỉ có một số rất ít người tìm đến các chuyên gia trị liệu tâm thần hay tâm lý. Thường thì khi tìm đến các nhà trị liệu chuyên nghiệp, các vấn đề tâm trí hoặc đã tồn tại dai dẳng hoặc đã trở nên nguy kịch (chẳng hạn từ rối nhiễu tâm lý đã chuyển thành rối loạn tâm thần, hoặc từ thương tổn về tâm lý đã thực thể hoá thành bệnh tâm thể).

Quan hệ “lâm sàng chủ thể” trong trị liệu tâm lý và vai trò khác nhau của các nhà trị liệu chuyên nghiệp

Trong tư liệu tâm lý, mối quan hệ giữa nhà trị liệu (thầy điều trị hay bác sỹ tâm lý) và người có rối nhiễu (người bệnh hay thân chủ) là mối quan hệ lâm sàng trên chủ thể, tức là xem thân chủ là một chủ thể trong tính đơn nhất, phát sinh rối nhiễu trong điều kiện lịch sử, tình huống và đang tiến triển. Vì vậy việc xây dựng được mối quan hệ cởi mở, chia sẻ tin cậy và có hiểu biết cùng chủ động tham gia tích cực vào quá trình trị liệu là yếu tố cơ bản bảo đảm sự thành công của quá trình điều trị.

Nhà tâm lý trị liệu không làm việc đơn lẻ mà thường phối hợp với các chuyên gia y học (bác sỹ y khoa), bác sỹ tâm thần thành một ê kíp điều trị. Tuy nhiên vai trò của mỗi thành viên trong ê kíp này là khác nhau.

Mặc dù mục tiêu của trị liệu có thể giống nhau nhưng vai trò của các nhà trị liệu chuyên nghiệp có những điểm khác nhau:

- Các nhà tư vấn thường là các nhà tâm lý chuyên nghiệp, họ có thể đưa ra những lời khuyên về các lĩnh vực: định hướng nghề nghiệp, giáo dục con cái, xung đột gia đình, những vấn đề về học tập, lạm dụng thuốc... những chuyên gia này thường làm việc ở các văn phòng tư vấn, các trung tâm nghiên cứu...

– Các bác sỹ tâm thần là những người được đào tạo tại các trường đại học y khoa, họ đi sâu vào chuyên khoa tâm thần trong những năm cuối của khoá học, có một số bác sỹ tâm thần được đào tạo chuyên biệt sau đại học với các chuyên đề về rối loạn cảm xúc, rối loạn tâm trí... Tuy nhiên sự đào tạo của các bác sỹ tâm thần gắn liền nhiều hơn với cơ sở y sinh học của các vấn đề tâm lý và họ là nhà trị liệu duy nhất có quyền kê đơn thuốc hoặc tiến hành các liệu pháp y sinh học.

– Các nhà phân tâm học là những nhà trị liệu có bằng cấp bác sỹ hoặc tiến sỹ. Nhà phân tâm học thường hoàn thành chương trình đào tạo chuyên sâu sau đại học theo trường phái phân tâm, họ có những hiểu biết và kỹ thuật điều trị các rối nhiễu tâm trí theo cách tiếp cận phân tâm.

– Các nhà tâm lý học lâm sàng lấy bằng cử nhân tâm lý, sau đó đi sâu vào phân ngành Tâm lý học lâm sàng. Họ có kiến thức chuyên sâu về đánh giá, chẩn đoán và điều trị những rối nhiễu tâm lý hay rối loạn tâm trí. Họ lấy bằng thạc sỹ và qua khoá thực hành trị liệu tâm lý tại bệnh viện. Nhiều người đã đạt trình độ tiến sỹ (D.Psych), họ thường làm việc với các chuyên gia tâm thần tại các bệnh viện hay các trung tâm tư vấn, khám chữa bệnh. Tuy nhiên những nhà tâm lý học lâm sàng có những hiểu biết chuyên sâu hơn về tâm lý học, các kỹ năng đánh giá và nghiên cứu thường rộng hơn các nhà tâm thần học. Các kỹ năng trị liệu tâm lý cũng được đào tạo chuyên hơn các nhà tâm thần học (các nhà tâm lý lâm sàng có cái nhìn chủ thể – tức là đi sâu xem xét các cấu trúc, cơ chế tâm lý đằng sau những triệu chứng). Tuy nhiên càng ngày công việc của nhà tâm lý học lâm sàng và tâm thần học càng giống nhau hơn, họ thường cần đến nhau trong một chương trình can thiệp phối hợp để nâng cao hiệu quả điều trị.

Thực tế chuyên ngành Tâm lý học lâm sàng ở Việt Nam vẫn còn đang ở giai đoạn phôi thai. Hiện tại chúng ta vẫn chưa có những chương trình đào tạo cử nhân hay thạc sỹ tâm lý lâm sàng. Vì vậy hầu hết các chương trình tâm lý liệu pháp đều do các bác sỹ y khoa hay tâm thần đảm nhiệm và cũng mới chỉ thực hiện đơn lẻ, chưa thành hệ thống bài bản.

7. Đánh giá kết quả trị liệu

Trong tâm lý học lâm sàng có hai khuynh hướng tiếp cận rồi nhiều: không sử dụng công cụ (tay trần) và có sử dụng công cụ (dùng test đánh giá):

– Những nhà tâm lý trị liệu theo phương pháp thứ nhất không dùng trắc nghiệm để chẩn đoán đánh giá mà chủ yếu dùng kinh nghiệm lâm sàng để đánh giá, dùng lời nói như là phương tiện duy nhất thực hiện nhiệm vụ trị liệu. Nhóm này thiên về sử dụng các tình huống trò chuyện lâm sàng nhằm tiếp cận thân chủ trong tính toàn bộ, tính riêng biệt.. duy nhất của cá nhân. Nhà trị liệu tiếp cận với thực tế ý thức của người bệnh, lập những cam kết, sử dụng các hình thức trung gian hoá để bộc lộ hay chuyển tải ý đồ của nhà trị liệu (trò chơi, tranh vẽ...) và lắng nghe sự phàn nàn về nỗi khổ của người bệnh. Sau đó giúp đỡ họ tìm kiếm những giải pháp riêng để thoát khỏi nỗi khổ.

– Những người chủ trương trị liệu lâm sàng có công cụ không phủ nhận quan điểm của nhóm trị liệu tay trần. Nhưng họ có khuynh hướng muốn “khách quan hoá” những kết quả đánh giá, sử dụng trắc nghiệm (tests) như là công cụ hỗ trợ cho quá trình chẩn đoán phân loại rồi nhiều và đánh giá kết quả trị liệu. Những nhóm trắc nghiệm sau đây thường được các chuyên gia dùng nhiều nhất trong quá trình chẩn đoán và đánh giá kết quả trị liệu là:

- + Trắc nghiệm đánh giá trí tuệ trẻ em của Wechsler: WISC–III.
- + Trắc nghiệm đánh giá trí tuệ người lớn của Wechsler: WAIS–R.
- + Trắc nghiệm đánh giá trí nhớ của Wechsler: WMS–R.
- + Trắc nghiệm đánh giá trí nhớ nhận lại: RMT.
- + Thang đánh giá mức độ lo hãi của Spielberger: STAI.
- + Thang đo trầm cảm của Beck: BDI –II.
- + Các trắc nghiệm phát hiện những rối nhiễu hành vi của Collner: Conners' Scales.
- + Trắc nghiệm đánh giá kỹ năng thích ứng xã hội của Gresham: SSRS.
- + Trắc nghiệm 16 chỉ báo (nhân tố) về nhân cách của Cattell: 16 PF.

- + Trắc nghiệm đánh giá toàn bộ nhân cách của Morey: PAI.
- + Trắc nghiệm phóng chiếu Rorschach.
- + Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn Raven (một số trắc nghiệm trên đã được Việt hoá—xem phần V).

8. Những khuynh hướng tiếp cận chính trong trị liệu tâm lý

Có nhiều hướng tiếp cận khác nhau trong trị liệu tâm lý: tiếp cận trị liệu hệ thống, tiếp cận cấu trúc—chức năng, tiếp cận hoạt động, tiếp cận nhân văn hiện—hiện sinh, tiếp cận động thái tâm lý và tiếp cận nhận thức—hành vi... Tuy nhiên chúng tôi tập trung làm rõ ba khuynh hướng tiếp cận chính trong trị liệu tâm lý là: tiếp cận động thái tâm lý, tiếp cận nhân văn hiện—hiện sinh và tiếp cận nhận thức—hành vi. Đặc biệt trình bày sâu hơn cách tiếp cận nhận thức—hành vi mới vì cách tiếp cận này dễ ứng dụng, thời gian trị liệu ngắn và hiệu quả khá rõ ràng.

Trị liệu tâm lý theo hướng tiếp cận động thái tâm lý

Khuynh hướng này xem rối nhiễu tâm lý hay rối loạn tâm thần như là những triệu chứng bề ngoài của những sang chấn bên trong và xung đột mang tính vô thức, tổ bầm không giải quyết được từ thời thơ ấu. Việc điều trị bằng liệu pháp tâm động được phổ biến nhất là liệu pháp phân tâm (psychoanalysis) còn gọi là “trị liệu bằng trò chuyện” (Verbal therapy). Qua trò chuyện, nhà trị liệu giúp thân chủ thấu hiểu mối liên quan giữa chứng bệnh (triệu chứng bộc lộ ra bên ngoài) và những xung đột không giải quyết được bị che đậy bên trong (trạng thái vô thức) có từ tuổi ấu thơ hoặc quá khứ. Khi những xung đột bên trong được giải toả, rối nhiễu sẽ hết.

Trị liệu tâm lý theo hướng tiếp cận nhân văn hiện sinh

Cách tiếp cận này xem hành vi của con người, bất kể hành vi kém thích nghi hay hành vi thích đều phản ánh những cố gắng của cá nhân ở mức tự thực hiện (self-actualization) trong một thế giới được nhận biết theo cách riêng nhất của cá nhân..Mỗi cá nhân tồn tại với tư cách “con người tổng thể” (whole person), tham gia vào quá trình phát triển, biến đổi liên tục và đang trở

thành chính nó. Sở dĩ một cá nhân nào đó mắc những rối nhiễu hay có những hành vi kém thích nghi là do sự tập nhiễm những mẫu ứng xử sai lệch. Do vậy, mục tiêu chủ yếu của cách tiếp cận này không phải là chữa trị cho thân chủ, hoặc là tìm kiếm những nguyên nhân từ quá khứ..., mà cái chính là khuyến khích sự tự thực hiện hoá những tiềm năng của thân chủ, xem họ là một chủ thể có hiểu biết, không phải là người bệnh, họ phải được hiểu, được chấp nhận để nhà trị liệu có thể cung cấp những loại hình giúp đỡ tốt hơn. Đồng thời tạo điều kiện dễ dàng cho sự phát triển tâm lý lành mạnh ở thân chủ.

Trị liệu tâm lý theo hướng tiếp cận nhận thức hành vi

Cách tiếp cận này xem những rối nhiễu tâm lý là do những tác nhân hiện có (do điều kiện môi trường, do nhận thức cá nhân, do những mẫu ứng xử tập nhiễm mà có) đang cản trở, làm thay đổi các chức năng bình thường của cá nhân đó. Vì vậy trọng tâm chính của trị liệu hành vi nhằm nhận diện những nhân tố đang duy trì hành vi bệnh, và tìm cách loại bỏ chúng. Thường thì các kích thích ban đầu tạo tiền đề cho hành vi xuất hiện và hậu quả sau khi hành vi đã xảy ra là những điều kiện duy trì hành vi rối nhiễu. Khi những điều kiện duy trì bệnh lý được loại bỏ, người bệnh sẽ trở lại cuộc sống bình thường (tức khỏi bệnh). Theo các nhà trị liệu, nhận thức–hành vi ở những người có rối nhiễu tâm trí hay có những nhận thức sai lệch, những niềm tin không hợp lý, thiếu hụt những kỹ năng ứng phó giải quyết vấn đề, vì vậy phát hiện những sai lệch về nhận thức, những thiếu hụt về kỹ năng, tìm cách điều chỉnh, huấn luyện là yếu tố quyết định.

PHẦN II. TRỊ LIỆU PHÂN TÂM

Trường phái phân tâm khá thịnh hành ở nửa đầu thế kỷ XX tuy nhiên sau chiến tranh thế giới II, nó đã thu hẹp phạm vi ảnh hưởng. hiện nay trường phái này chỉ còn phổ biến ở một số nước Châu Âu. đặc biệt là ở Pháp.

1. Liệu pháp phân tâm là gì?

Liệu pháp phân tâm (Psychoanalytic therapy) bắt nguồn từ lý thuyết phân tâm do nhà tâm thần học người áo Sigmund Freud đề xuất cuối thế kỷ XIX. Đó là phương pháp điều trị bằng đàm thoại–trò chuyện, đi sâu vào các mối quan hệ nhằm khám phá động cơ và những xung đột vô thức trong các chủ thể bị nhiễu tâm, lo âu do dồn nén.

Mô hình phân tâm xem những vấn đề của người bệnh phát sinh do những căng thẳng tâm lý giữa những ham muốn vô thức hướng tới những hành động nào đó và những điều ép buộc của hoàn cảnh sống của cá nhân trong quá khứ dồn nén lại. S. Freud đã nhiều lần khẳng định rằng người ta mắc bệnh là do những xung đột giữa những yêu cầu của cuộc sống bản năng đối sự chống cự xuất hiện bên trong con người chống lại yêu cầu đó.

Mục tiêu chủ yếu của liệu pháp phân tâm là nhằm “bộc lộ vô thức”. Nhiệm vụ trọng tâm của nhà trị liệu là hiểu được bằng cách nào bệnh nhân đã sử dụng quá trình dồn nén để giải quyết chế ngự xung đột. Biết lắng nghe người bệnh để phát hiện nguyên nhân gì– dẫn đến sự mất hài hoà.

Các triệu chứng được xem là những bức thông điệp từ vô thức. nơi có những lệch lạc. Nhiệm vụ của nhà phân tâm học là giúp bệnh nhân chuyển những ý nghĩ bị dồn nén từ bình diện vô thức vào ý thức để đạt được sự thấu hiểu bên trong mối liên quan giữa triệu chứng hiện tại và những xung đột bị dồn nén trước đó. Trị liệu được diễn ra trong suốt quá trình trò chuyện bộc lộ vô thức và bệnh nhân dần dần hồi phục khi họ được giải thoát khỏi sự dồn nén đã được thiết lập từ tuổi ấu thơ. Vì mục tiêu trọng tâm của nhà trị liệu phân tâm là hướng bệnh nhân tới sự hiểu rõ mối liên hệ giữa triệu chứng hiện tại và nguồn gốc quá khứ nên liệu pháp phân tâm thường được gọi là liệu pháp thấu hiểu hay biện pháp giác ngộ.

Mục tiêu của phân tâm học chứa đựng nhiều tham vọng nó không chỉ nhằm loại trừ tức thời các triệu chứng tâm bệnh mà còn nhằm xây dựng lại toàn bộ nhân cách. Trường phái phân tâm cổ điển cố gắng giúp người bệnh tái thiết lập ký ức bị dồn nén lâu ngày, từ từ trải nghiệm lại những cảm giác

căng thẳng hay đau đớn hướng người bệnh đi tới một giải pháp có hiệu quả. Đây là loại liệu pháp tâm lý chiếm nhiều thời gian nhất, ít nhất cũng vài năm (mỗi tuần từ 3–5 buổi), kỹ thuật này cũng đòi hỏi bệnh nhân nói năng lưu loát, có động cơ rõ rệt, nhằm duy trì trị liệu và sẵn sàng chịu phí tổn.

2. Một số kỹ thuật cơ bản trong trị liệu phân tâm

Nhà phân tâm học sử dụng một số kỹ thuật chuyển xung đột bị dồn nén từ vô thức sang ý thức và giúp bệnh nhân giải quyết xung đột đó. Một số kỹ thuật cơ bản nhà phân tâm học thường sử dụng là: liên tưởng tự do, phân tích sự chống đối, phân tích giấc mơ, phân tích chuyển dịch và chuyển dịch ngược.

a. Liên tưởng tự do (Free association)

Kỹ thuật cơ bản đầu tiên thường sử dụng trong phân tâm nhằm khám phá vô thức và giải phóng điều bị dồn nén được gọi là liên tưởng tự do. Bệnh nhân ngồi (hoặc nằm) trong tư thế thoải mái. toàn thân thư giãn để ý nghĩ của mình xuất hiện tự do và họ kể lại những suy nghĩ vừa diễn ra, kể lại những mong muốn và những cảm giác về thể chất, hoặc hình ảnh tâm trí khi những điều đó hiện về. Bệnh nhân được khuyến khích thổ lộ mọi ý nghĩ hoặc cảm giác không e ngại động chạm đến những chuyện riêng tư, dù đó là chuyện đau khổ hay có vẻ không quan trọng. Ví dụ, bệnh nhân có thể nói: “Điều này rất tốt để tôi thư giãn... tôi hy vọng mình không rơi vào giấc ngủ... tôi cảm thấy cô đơn... có cái gì giống như nỗi đau bên trong...”). Một nhận xét này có thể dẫn tới một nhận xét khác hoặc ý nghĩ của bệnh nhân có vẻ lớn vồn, lộn xộn, nhưng những liên tưởng tự do này là toàn bộ đầu mối quan trọng cho công việc của nhà trị liệu.

S. Freud khẳng định liên tưởng tự do là hiện tượng “tiền định” không phải ngẫu nhiên. Công việc của nhà phân tâm là kiên trì lắng nghe tất cả những điều bệnh nhân bộc lộ rồi lần theo những liên tưởng này tìm đến cội nguồn của chúng. Nhà trị liệu phải nhạy cảm để có thể nhận diện ra những uẩn khúc tâm lý đáng kể được che dấu dưới các cảm xúc hay lời nói, cử chỉ.

Bệnh nhân được khuyến khích biểu lộ những cảm giác mạnh (thông thường hướng tới những người có quyền lực) bị dồn nén vì sợ bị phạt hoặc sợ bị trả thù. Bất cứ một sự bộc lộ hay giải thoát xúc cảm nào trong quá trình này hay quá trình khác đều được xem như là sự xả trừ (Catharsis) hay giải toả. Cách điều trị này kích lệ thân chủ dám đương đầu và trò chuyện cởi mở về những cảm xúc bị dồn nén mạnh để thiết lập lại cảm xúc lành mạnh, nhờ đó có thể khỏi bệnh.

b. Sự chống đối (Resistance)

Thỉnh thoảng trong quá trình liên tưởng tự do, bệnh nhân sẽ bộc lộ sự chống đối. Ví dụ bệnh nhân không thể hoặc không sẵn sàng để thảo luận một ý nghĩ, mong muốn hoặc những trải nghiệm nào đó. Sự chống đối ngăn cản không cho những xung đột bị dồn nén trong vô thức quay trở lại ý thức. Điều này thường liên quan đến cảm giác khoái cảm về tình dục của cá nhân hoặc liên quan tới cảm giác thù địch phần uất với bố mẹ. Bệnh nhân có thể biểu thị sự chống đối bằng nhiều cách, chẳng hạn bệnh nhân có thể đến trễ hoặc quên buổi điều trị. Có khi điều bị dồn nén xuất hiện trong quá trình điều trị thì bệnh nhân có thể phàn nàn rằng điều này không quan trọng, vô lý, không thích hợp hoặc không thoải mái để bàn luận. Nhà tâm lý cần nhạy cảm với những vấn đề chống đối, mỗi khi bệnh nhân biểu lộ sự chống đối thì nhà trị liệu cần tập trung chú ý đặc biệt vào những vấn đề đã kích thích sự chống đối. Như vậy nhà trị liệu phải coi những chủ đề mà bệnh nhân không muốn thảo luận có tầm quan trọng đặc biệt. Mục tiêu của nhà trị liệu là phá vỡ sự chống đối và giúp bệnh nhân đối mặt với những ý nghĩ, mong muốn và kinh nghiệm đau khổ này, phá vỡ sự chống đối là một quá trình khó khăn và lâu dài nhưng rất quan trọng để những vướng mắc bị dồn nén được ý thức nhận biết và tại đó những vướng mắc này có thể được giải quyết.

c. Giải mộng (Dream analysis)

Sigmund Freud chính thức biến việc phân tích giấc mơ thành một liệu pháp quan trọng của phân tâm học khi ông cho xuất bản cuốn sách “Diễn giải giấc mơ” (1900).. Theo cách nhìn của Freud, giấc mơ có các chức năng chính

là bảo vệ giấc ngủ và dùng làm nguồn thoả mãn mong muốn. Giấc mơ bảo vệ giấc ngủ bằng cách làm giảm nhẹ căng thẳng trí óc do những tác động lúc ban ngày gây ra và giải toả stress bằng cách cho phép người nằm mơ hành động theo những ham muốn vô thức.

Theo các nhà trị liệu phân tâm, giấc mơ là nguồn gốc quan trọng chứa đựng thông tin về những động cơ vô thức của bệnh nhân. Khi con người ngủ, các siêu thức (Superego) có vẻ yếu đi trong việc kiểm duyệt những xung đột không thể chấp nhận được có nguồn gốc trong vô thức. Vì vậy những động cơ không thể bộc lộ được trong khi thức lại có thể biểu hiện trong giấc mơ. Các nhà trị liệu có thể sử dụng phương pháp phân tích giấc mơ để hiểu và xử lý những vấn đề của người bệnh. Cũng theo các nhà phân tâm học, một vài động cơ không thể chấp nhận được bởi chính ý thức, chúng không thể được bộc lộ một cách công khai, thậm chí cả trong giấc mơ, do vậy theo cơ chế tự vệ, nhiều mong muốn, xung đột phải thể hiện dưới hình thức trá hình “hoặc tượng trưng”.

Theo quan điểm phân tâm, các giấc mơ có hai hình thức về nội dung: nội dung bộc lộ rõ rệt (có thể chiêm nghiệm được) và nội dung tiềm ẩn (mang tính che giấu). Nội dung rõ rệt là điều mà ta nhớ lại khi thức, nội dung tiềm ẩn bao gồm những động cơ hiện tại đang tìm kiếm sự bộc lộ nhưng chúng làm ta quá đau khổ hoặc không thể chấp nhận được, hoặc ta không muốn thừa nhận chúng. Nhà trị liệu cố gắng làm bộc lộ những động cơ bị che giấu này bằng cách sử dụng kỹ thuật giải mộng, kỹ thuật trị liệu này xem xét đánh giá nội dung của giấc mơ của một người nhằm phát hiện những động cơ vô thức, tượng trưng hay trá hình và ý nghĩ của những mong muốn và những trải nghiệm quan trọng trong cuộc sống.

d. Chuyển dịch và chuyển dịch ngược (Transference & Countertransference)

Trong quá trình điều trị theo phương pháp phân tâm, bệnh nhân luôn luôn xuất hiện những phản ứng xúc cảm đối với nhà trị liệu. Nhà trị liệu thường được đồng nhất với người nào đó là trung tâm của những xung đột

xúc cảm trong quá khứ (người đó thường là cha mẹ hoặc người tình). Phản ứng xúc cảm này là sự chuyển dịch, chuyển dịch tích cực xảy ra khi cảm giác liên hệ mật thiết với nhà trị liệu là những tình cảm yêu thương và sự kính phục.

Chuyển dịch tiêu cực xảy ra khi bệnh nhân có những tình cảm như thù địch hoặc đổ kỵ hướng đến nhà trị liệu. Nhiều trường hợp thái độ của bệnh nhân là hai chiều lẫn lộn, cả những tình cảm tích cực và tiêu cực.

Công việc của nhà trị liệu phân tâm trong khi điều chỉnh chuyển dịch là rất khó khăn và có thể nguy hiểm do tính dễ bị tổn thương về xúc cảm của người bệnh. Tuy nhiên đây lại là phần công việc quyết định của nhà trị liệu: nhà trị liệu giúp bệnh nhân “phiên dịch” những tình cảm chuyển dịch hiện có bằng cách tìm hiểu nguồn gốc xuất xứ của chúng ở những trải nghiệm thời thơ ấu.

Chuyển dịch ngược liên quan đến cái gì xảy ra khi nhà trị liệu thích hay không thích bệnh nhân. Thông qua chuyển dịch ngược, nhà trị liệu phát hiện những động cơ vô thức của mình. Do những cảm xúc của tương tác qua lại trong trị liệu và tính dễ bị tổn thương của người bệnh, nhà trị liệu phải cảnh giác để không bước qua ranh giới giữa công việc của nhà chuyên môn và những vấn đề riêng tư, cá nhân của người bệnh. Đạo đức nghề nghiệp đòi hỏi nhà trị liệu không được can thiệp quá sâu vào những vấn đề riêng tư của người bệnh. Mặc dù vậy một số nhà trị liệu đã vi phạm những quy định về mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

3. Các trị liệu phân tâm sau S. Freud

Một số người kế tục S. Freud đã giữ gìn những “ý tưởng” cơ bản nền tảng trong quan niệm của Freud: nhưng cải biên một số nguyên tắc và kỹ thuật trị liệu của ông.

Liệu pháp phân tâm cổ điển nhấn mạnh tầm quan trọng của ba nhân tố sau:

- Tính vô thức trong động cơ và xung đột.

- Tiềm năng của sự phát triển thời thơ ấu.
- Tính năng động trong nhân cách của từng cá nhân.

Ngược lại, trường phái cải biên nhấn mạnh các nhân tố khác:

- Tầm quan trọng của môi trường xã hội hiện tại.
- Ảnh hưởng tiếp tục của những kinh nghiệm sống sau thời kỳ thơ ấu.
- Vai trò của những quan hệ xã hội và quan hệ liên cá nhân.
- Tầm quan trọng của ý thức tự điều chỉnh của cá nhân.

Để hiểu được những quan niệm mới này của phân tâm, chúng ta có thể xem xét hệ thống cái tôi của Sullivan (Sullivan's Self-system). Sullivan đã nhấn mạnh đến yếu tố xã hội của đời sống của bệnh nhân và vai trò của nó trong việc hình thành sự rối loạn tâm trí. Sullivan cảm thấy rằng học thuyết và phương pháp trị liệu của S.Freud có những thiếu hụt vì nó không thừa nhận tầm quan trọng của các mối quan hệ xã hội hoặc những nhu cầu của bệnh nhân về sự chấp nhận, kính trọng và tình yêu. Do vậy ông đề tâm nghiên cứu, tìm cách hiểu nhân cách của người bệnh qua những mẫu ứng xử: “Cái gì người đó làm với người khác”. “Cái gì người đó nói với người khác” và “Cái gì người đó tin ở người khác”. Từ những bằng chứng thu thập được ông khẳng định những rối nhiễu tâm trí không chỉ liên quan đến những chấn thương nội tâm mà còn liên quan đến các mối liên hệ liên cá nhân bị rối nhiễu, thậm chí liên quan đến những áp lực mạnh mẽ của xã hội. Đứa trẻ có nhu cầu được an toàn và được những người khác đối xử bằng sự chăm sóc và yêu thương. Sự lo âu và các chứng bệnh tâm thần khác xuất hiện có thể do không có sự an toàn trong quan hệ với bố mẹ và những người thân khác.

Theo cách nhìn của Sullivan, mỗi cá nhân xây dựng hệ thống tự điều chỉnh để chế ngự lo âu xuống mức có thể chịu đựng được. Theo ông, mỗi cá nhân có thể vượt qua những vấn đề (rối nhiễu) của họ khi hiểu biết những quan hệ liên cá nhân của họ theo những cách thức phù hợp với cách nhìn của người liên đới.

Hệ thống cái tôi của Sullivan xuất phát từ quan niệm ứng xử trong quan hệ liên cá nhân của đứa trẻ và chúng được phán xét như là “tốt”, “xấu”, những cái “được phép” và “không được phép”. Trị liệu dựa trên quan điểm liên cá nhân liên quan đến việc quan sát những cảm nhận của bệnh nhân về thái độ của nhà trị liệu. Cuộc trò chuyện–trị liệu được xem như là bối cảnh xã hội, trong đó những tình cảm, những thái độ của bệnh nhân và nhà trị liệu ảnh hưởng lẫn nhau.

Một đại diện khác của trường phái phân tâm cải biên là Karen Horney. Horney đã mở rộng học thuyết của S. Freud, bà nhấn mạnh đến tầm quan trọng của môi trường và bối cảnh văn hoá, nơi những hành vi rối nhiễu tâm trí bộc lộ. Bà không xem nhân cách chỉ được quyết định duy nhất bởi những kinh nghiệm từ thời thơ ấu và yếu tố bản năng. Bà tin rằng nhân cách liên quan đến những ứng phó hợp lý và sự phát triển tiếp tục để đối phó với những nỗi sợ hãi và các xung đột hiện tại, Bà đã chỉ ra ba mẫu ứng xử không thích nghi: đồng nhất với người khác, công kích người khác và né tránh người khác. Mỗi một mẫu nhiễu tâm đều dựa trên quan điểm cho rằng sự kém thích nghi của cá nhân dẫn đến những ứng xử không hài hoà. lặp đi lặp lại – ứng xử bất thường hay bệnh lý.

Các đại biểu khác của trường phái Phân tâm cải biên là H.Huq–Helmuth, A.Freud (con gái S.Freud), M.Klein và Wilmicots. những người tiến hành các nghiên cứu trên trẻ em. Chẳng hạn, H.Huq–Helmuth và A.Freud nhấn mạnh đến môi trường xã hội và các quan hệ liên cá nhân, cả hai đều cho rằng nhà trị liệu cần chủ động thay đổi mối quan hệ của trẻ (Huq–Helmuth là người đầu tiên tổ chức tư vấn giáo dục nhằm làm giảm mối quan hệ căng thẳng giữa bố mẹ và con cái), đồng thời tích cực chỉ đạo điều khiển đứa trẻ, giúp nó ý thức được những “khuyết tật” của mình để mong muốn loại bỏ chúng.

PHẦN III. TRỊ LIỆU NHÂN VĂN – HIỆN SINH

Trường phái nhân văn – hiện sinh phát triển từ giữa thế kỷ XX cùng lúc ở cả Mỹ và Châu Âu. Sự phát triển của trường phái này như là một lực lượng thứ ba trong tâm lý học nhằm chống lại hai trường phái nổi trội đã giữ quan điểm cực đoan về bản chất con người: lý thuyết Phân tâm học cổ điển và lý thuyết Hành vi cổ điển. Hiện nay trường phái này khá thịnh hành ở Châu Âu với những cách tiếp cận tư liệu có hiệu quả, rất được ưa thích như trị liệu tập trung vào cá nhân, trị liệu nhóm, trị liệu tập trung vào các quan hệ liên cá nhân, trị liệu gia đình, trị liệu hệ thống, trị liệu gestalt...

1. Trị liệu nhân văn – hiện sinh là gì?

Trường phái nhân văn – hiện sinh cho rằng nhiều người tìm kiếm trị liệu vì họ có cảm giác bất an, không hài lòng, cáu giận vô cớ hoặc luôn thất bại trong việc đạt được những điều họ cảm thấy nên làm và cảm thấy có thể làm được. Nguyên nhân của điều này là do họ thiếu vắng những mối quan hệ tình người, có ý nghĩa hoặc thiếu vắng những lý tưởng, mục tiêu quan trọng để phấn đấu. Những người đề xướng chủ nghĩa nhân văn – hiện sinh đã phát triển một kiểu trị liệu “tự giúp mình” để ứng phó với những vấn đề nan giải trong cuộc sống có thể áp dụng chung cho tất cả mọi người.

Một trong những nhà tâm lý trị liệu đầu tiên của Mỹ khởi xướng quan niệm này là Rollo May (1950). Những nguyên tắc và phương pháp điều trị nổi tiếng của May được xây dựng để chống lại cảm giác trống rỗng, trơ trên (cynicism), loạn cương (anomie) và cảm giác chán ghét xã hội (social alienation) bằng cách nhấn mạnh vào giá trị nhân bản của con người như: tình yêu sự sáng tạo, ý chí tự do.

Hạt nhân cơ bản của các liệu pháp nhân văn – hiện sinh là khái niệm con người tổng thể: mỗi cá nhân tồn tại với tư cách con người tổng thể tham gia vào quá trình phát triển biến đổi liên tục và đang trở thành chính nó. Mặc dù có những giới hạn của yếu tố di truyền và môi trường, con người vẫn luôn có sự tự do lựa chọn: “Ta sẽ trở thành người như thế nào?” bằng cách thiết lập những giá trị riêng cho mình và tìm cách hiện thực hoá chúng thông qua

những quyết định của chính bản thân. Cùng với sự tự do lựa chọn, chúng ta còn có gánh nặng của trách nhiệm, vì khi người ta không nhận thức đầy đủ về toàn bộ mục tiêu, cách thức và hậu quả của hành động thì dễ cảm thấy lo âu, thất vọng. Mỗi người cũng dễ mặc cảm và đau khổ về tội lỗi đã bỏ qua những cơ hội để thực hiện toàn bộ tiềm năng của mình.

Các liệu pháp nhân văn – hiện sinh được phát triển để giúp thân chủ xác định tính tự do của riêng họ, giúp họ đánh giá lại những kinh nghiệm và nhận ra sự phong phú về khả năng của bản thân, nuôi dưỡng tính độc lập, lòng tự tin và phát hiện những cách thức để thực hiện đầy đủ nhất những tiềm năng của chính mình.

2. Những kiểu trị liệu nhân văn hiện sinh điển hình

a. Trị liệu tập trung vào cá nhân (hay trị liệu hướng vào thân chủ):

Lý thuyết Phân tâm của S.Freud hình thành dựa trên những quan sát của ông trên những bệnh nhân có rối loạn tâm thần. Những ý kiến phê phán học thuyết này cho rằng liệu những kết luận rút ra từ những quan sát này có thể áp dụng cho những rối nhiễu tâm trí ở mức nhẹ?

Một câu hỏi khác là liệu có hợp lý khi nhà trị liệu – nhà phân tâm được tham khảo với tư cách là chuyên gia, lại ít có những hiểu biết về điều kiện phát sinh và duy trì rối nhiễu của người bệnh. Trong khi chính thân chủ mới là người biết rõ nhất những vấn đề vướng mắc, những trải nghiệm bất thường của họ. Điều này thúc đẩy nhà trị liệu nhân văn Carl Rogers phát triển cách tiếp cận trị liệu mới, nhấn mạnh đến các giá trị nhân văn và nhấn mạnh đến sự trải nghiệm có ý thức của từng cá nhân.

Cách tiếp cận của Rogers giả thiết rằng mỗi người đều sở hữu những tiềm năng cho sự lớn lên, tiềm năng cho những hành vi có hiệu quả và có khuynh hướng tự hiện thực hoá những tiềm năng của mình. Sở dĩ một cá nhân nào đó phát triển những hành vi kém thích nghi là do sự tập nhiễm những mẫu ứng xử sai lệch. Do vậy, mục tiêu chủ yếu của cách tiếp cận này không phải là chữa trị cho thân chủ, hoặc là tìm kiếm những nguyên nhân từ

quá khứ... mà cái chính là khuyến khích sự tự thực hiện hoá những tiềm năng của thân chủ, tạo điều kiện dễ dàng cho sự phát triển tâm lý lành mạnh ở thân chủ. Ở đây thân chủ được xem như là một chủ thể có hiểu biết, không phải là người bệnh, họ phải được hiểu, được chấp nhận để nhà trị liệu có thể cung cấp những loại hình giúp đỡ tốt hơn.

Nhiệm vụ của nhà trị liệu theo trường phái này là tạo ra một môi trường thuận lợi cho phép thân chủ học cách hành động để đạt đến sự tự khuyến khích và tự hiện thực hoá, nhiệm vụ chính của nhà trị liệu là giúp thân chủ dỡ bỏ những “rào cản tâm lý” đang hạn chế sự bày tỏ khuynh hướng tích cực vốn có và giúp thân chủ làm sáng tỏ, hiểu rõ bản thân và chấp nhận tình cảm riêng của mình. Điều này được thực hiện trong bầu không khí của sự quan tâm tích cực vô điều kiện, cho nhận không phê phán, tôn trọng thân chủ, sự giúp đỡ không áp đặt, không kèm theo sự đánh giá về năng lực. Nhà trị liệu cho phép những tình cảm riêng và ý nghĩ riêng của mình được rọi vào người bệnh. Thêm vào đó, duy trì sự chân thành, đồng thời nhà trị liệu cố gắng trải nghiệm tình cảm của người bệnh. Sự đồng cảm hoàn toàn này đòi hỏi nhà trị liệu giúp đỡ, chăm sóc thân chủ như là một cá nhân có giá trị, có năng lực không bị phán xét, không bị đánh giá nhưng lại được giúp đỡ, tạo điều kiện để phát hiện ra cái bản sắc cá nhân của chính họ.

Những nhà trị liệu theo cách tiếp cận hướng vào cá nhân là những người biết lắng nghe kiên trì, nhiệt tình để sau đó sẽ giúp đỡ thân chủ tìm kiếm sự hiểu biết bản thân, tự chấp nhận mình. Theo các nhà trị liệu này, mỗi con người đều có tiềm năng để tự lái mình trở về với trạng thái khoẻ mạnh về mặt tâm trí một khi họ được tự do thiết lập những mối quan hệ công khai với người khác và khi họ chấp nhận chính mình. Chính cách nhìn lạc quan và tập trung vào mối quan hệ nhân văn giữa nhà trị liệu với tư cách là chuyên gia chăm dưỡng và thân chủ như là một chủ thể đã mang lại hiệu quả lớn cho cách trị liệu này.

b. Trị liệu Gestalt

Trị liệu Gestalt được một số nhà tâm lý học Đức khởi xướng, là một hệ thống trị liệu nhấn mạnh đến tính thống nhất giữa yếu tố cơ thể (sinh lý) và yếu tố tâm lý để tạo ra con người với tư cách là một chính thể. Mục tiêu chủ yếu của nó là tự biết mình. Nhà trị liệu có thể giúp thân chủ đạt được điều này bằng một vài cách sau đây: bằng cách bày tỏ tình cảm khó xử trong tình huống nhóm, bằng cách tập trung nhận thức để hiểu rằng: bằng cách nào những mối bận tâm không kết thúc từ quá khứ lại được chuyển vào những quan hệ mới, bằng cách chấp nhận những nhiệm vụ của đời sống chưa hoàn thành phải được kết thúc cho sự phát triển tiếp tục của mỗi cá nhân.

Fritz Perls người khởi xướng trị liệu Gestalt đã đề nghị những người muốn được trị liệu tham gia tâm kịch, tức là đóng vai những người hâm mộ quan tâm đến những xung đột và những tình cảm mạnh mẽ của mình, đồng thời tái tạo lại những giấc mơ của họ mà vốn chúng được xem như là những phần được “ép lại” của nhân cách người đó.

Trong thực hành, các nhà trị liệu Gestalt mượn phương pháp nội quan (quan sát nội tâm) của thiền để dạy người ta cách tập trung vào những trải nghiệm thực tại giúp thân chủ hiểu biết về những cảm xúc, tình cảm, thái độ, hành động của mình xuất hiện và trào dâng như thế nào. Trị liệu Gestalt đã sử dụng tính nghịch lý để giúp người ta nhận ra rằng: “thay đổi có thể chỉ xảy ra khi chúng ta chấp nhận chúng ta là ai vào lúc này, và sự nhận biết này tự nó đã là sự chữa trị”. Thay cho việc phiên dịch (nhận diện), sự không hài lòng như là xung đột mà nó đang làm mình đau khổ, bất hạnh, có thể xem đó chỉ là chút căng thẳng rồi nó sẽ hết (điều này làm giảm sự bất hạnh). Đây chính là bước đầu tiên dẫn đến sự tự thay đổi.

Một kỹ thuật trị liệu Gestalt cụ thể được nhiều người áp dụng là bài tập chiếc ghế trống. Ta hãy bắt đầu bài tập này bằng cách:

- 1) Hãy tưởng tượng ra một ai đó rất quan trọng đối với mình. Đó là người mà ta cần phải có mối quan hệ qua lại (bất kể điều này có thật hay không), người đó đang ngồi ở cái ghế trước mặt ta.

2) Hãy tưởng tượng ta đang nghĩ hoặc muốn nói chuyện với người đó và hãy nói to với chiếc ghế (tức là nói chuyện với người đó) nhấn mạnh những tình cảm mà ta cần bày tỏ hoặc những ý nghĩ mà trước đó vì những lý do nào đó ta chưa dám nói ra.

3) Sau đó hãy tưởng tượng sự đáp lại của người đó, ta lắng nghe điều này trong sự tưởng tượng và hãy trả lời (nói to) một cách thẳng thắn mạnh dạn như ta nghĩ.

Mặc dầu đây chỉ là một bài tập đóng vai tưởng tượng, nhưng mỗi người thử nghiệm có thể ngạc nhiên với chính mình, ngạc nhiên với những lời đã thốt ra và ngạc nhiên với những tình cảm mà mình “thừa nhận”. Bài tập này có thể giúp ta hiểu rõ cái gì mình cảm nhận vào lúc này và bằng cách nào những trải nghiệm cá nhân này chi phối cuộc sống của bản thân.

c. Trị liệu nhóm

Trị liệu nhân văn – hiện sinh thường sử dụng bối cảnh nhóm để cung cấp cho thân chủ những mô hình nhập vai, sự ủng hộ xã hội như là những bằng chứng để họ thấy họ không đơn độc (vì nhiều người cùng hoàn cảnh như họ).

Một số những lợi ích thực sự của trị liệu nhóm được nhiều nhà nghiên cứu thừa nhận là: những tình cảm gắn bó, sự chấp nhận, những cơ hội để hiểu người khác, những cơ hội để quan sát bắt chước và được “ân thưởng củng cố” (cổ vũ) về mặt xã hội, cơ hội cho việc trải nghiệm những vấn đề nan giải chung của mọi người... Những cơ hội này cho phép mỗi cá nhân trong bối cảnh nhóm sống lại những quan hệ, những cảm xúc tiêu cực, nhận diện lại nó và điều chỉnh.

Theo Zimbardo, ở Mỹ có khoảng 15 triệu người gia nhập các nhóm tự quản (khoảng 500.000 nhóm). Hoạt động của những nhóm này là hoàn toàn tự do, tự nguyện, không có sự áp đặt. Các nhóm này tạo cơ hội cho sự gặp gỡ trao đổi giữa những người có cùng vấn đề khó khăn. Chính cơ hội gặp gỡ của nhóm có thể giúp giải quyết tốt những loại khó khăn vướng mắc sau đây:

- Những vấn đề nghiện hút.
- Những rối nhiễu tâm thể.
- Những rối nhiễu tâm lý.
- Những khủng hoảng lứa tuổi và khủng hoảng khác.
- Stress và những chấn thương tâm thần.

Chẳng hạn dựa trên kinh nghiệm ứng phó thành công của một ai đó trong nhóm với vấn đề nghiện rượu, nghiện ma túy... mà nhóm có thể giúp các thành viên khác tự thiết kế cho mình một lộ trình từ bỏ rượu hay từ bỏ cờ bạc gồm những bước sau đây:

Bước thứ nhất bắt đầu bằng việc giúp cá nhân nhận ra rằng một người sử dụng quá nhiều rượu sẽ trở nên bất lực. Bước thứ hai có thể là một sự tuyên bố nhằm đặt lòng tin vào một sức mạnh nào đó làm động lực cần thiết cho sự từ bỏ rượu (chẳng hạn rượu làm hỏng gan...). Những bước tiếp theo có thể giúp tăng cường lòng tin, hoặc đặt ra những mục tiêu giúp đỡ cụ thể. Trong chương trình giúp đỡ gồm nhiều bước này, mỗi thành viên được nhóm động viên khích lệ và giúp đỡ để họ tự chấp nhận sự giúp đỡ từng bước một, đi đến sự từ bỏ rượu hoàn toàn (nhưng sự giúp đỡ của nhóm không theo cách ra lệnh hay áp đặt)

Các kỹ thuật trị liệu nhóm cung cấp sự ủng hộ, sự chấp nhận xã hội (nhiều cá nhân vì có rối nhiễu mà họ bị cô lập khỏi mọi sự giúp đỡ, chia sẻ của gia đình, người thân, bạn bè). Tuy nhiên, nhiều khi những vấn đề ta cần đến sự giúp đỡ của các nhà tư vấn trị liệu lại là những thiếu hụt hay vướng mắc trong các quan hệ liên cá nhân. Đây là lý do để các nhà trị liệu nhân văn – hiện sinh phát triển các kỹ thuật trị liệu nhằm vào các mối quan hệ liên cá nhân.

d. Trị liệu nhằm vào các mối quan hệ liên cá nhân

Mỗi người chúng ta không thể sống thiếu sự có mặt của người khác, vì chúng ta là một phần không thể cắt bỏ của những mối quan hệ thân mật, hay

quan hệ tương tác với người khác. Nhưng nhiều khi những mối quan hệ liên cá nhân không thuận lợi có thể gây cho ta những rối nhiễu. Do vậy, các nhà trị liệu nhân văn – hiện sinh đã đưa ra những chiến lược được tính toán khéo léo cho việc giải quyết những căng thẳng và xung đột bằng cách học các kỹ năng giao tiếp ứng xử xã hội, học cách thích ứng, thỏa hiệp, đồng cảm để hoà nhập với người khác.

Các nhà trị liệu hôn nhân và gia đình tìm cách hiểu những mẫu giao tiếp điển hình của các cặp vợ chồng và sau đó tìm cách cải thiện chất lượng của sự tương tác qua lại này bằng cách gặp từng người, rồi gặp cả hai phía để trao đổi, đôi khi bằng quay vi deo, ghi âm bằng cassette để cho họ cùng xem lại. Nhà trị liệu có thể giúp cả hai hiểu những cách thức, bằng cách nào (cả lời nói và cử chỉ, thái độ) mà mỗi người đã sử dụng để tìm cách giành ưu thế, khống chế hay gây ra thương tổn tâm lý ở người kia. Từng bên sẽ được tư vấn bằng cách nào có thể khuyến khích những hành vi đáng mong muốn và làm giảm những hành vi không mong đợi. Mỗi bên cũng được hướng dẫn các kỹ năng biết lắng nghe để giúp bên kia bày tỏ tình cảm quan điểm. Trị liệu tập trung không phải vào các nhân cách mà chủ yếu vào các quan hệ cụ thể đang bị rối nhiễu, vào các mẫu giao tiếp gây hiểu lầm tạo ra xung đột.

Theo các nhà trị liệu, những mẫu giao tiếp xung đột này không phải là sản phẩm của bản tính không thể thay đổi mà thực chất là sản phẩm của quá trình tập nhiễm. Do vậy, việc cung cấp và huấn luyện cho thân chủ những mẫu ứng xử mới thích hợp hơn là cách giải toả những vướng mắc trong các quan hệ. Tuy nhiên, vai trò của nhà trị liệu là làm sao để cả hai phía phải cùng có mong muốn làm một sự thay đổi nào đó trong cách họ nghĩ và cách họ hành động, đồng thời họ phải nhận lấy trách nhiệm cho phần của họ trong việc tạo ra các quan hệ không lành mạnh này. Giải pháp lý tưởng là cả hai phía cùng nhau tổ chức lại toàn bộ các mối quan hệ và sẽ không thể thay đổi nếu mỗi người đều có tư tưởng chán nản, rã đám.

e. Trị liệu gia đình

Nếu như một đối tượng có triệu chứng bất thường, cảm thấy đau khổ và tự nguyện tìm gặp nhà tư vấn hay trị liệu tâm lý thì đó là một chỉ định tốt cho trị liệu cá nhân. Nhưng nếu một đối tượng có triệu chứng bất thường nhưng không cảm thấy đau khổ mà lại do các thành viên khác trong gia đình phát hiện và đưa đến nhà trị liệu tâm lý nhờ giúp đỡ thì đó là một chỉ định tốt cho trị liệu gia đình, vì các thành viên trong gia đình đã sẵn sàng nhận lấy trách nhiệm cùng giúp đỡ đối tượng.

Thông thường thân chủ càng tỏ ra ít tự nguyện (chẳng hạn trẻ em) thì định hướng trị liệu càng phải dựa vào bối cảnh nhóm, trong đó gia đình là một nhóm đặc biệt. Theo cách tiếp cận trị liệu gia đình mang tính hệ thống thì gia đình được xem như là một hệ thống. Hệ thống này có gì đó trục trặc đã tạo ra những sự phiền toái đau khổ cho cá nhân. Nhà trị liệu cần phải tập trung vào cái cách mà gia đình này tổ chức các mối tương tác hiện tại để hiểu cấu trúc của nó: thứ bậc quyền lực, các kênh giao tiếp, bầu không khí tâm lý... và ai kêu ca, ai nhận lỗi cho mỗi vấn đề trục trặc. Nhà trị liệu cần gặp gỡ trao đổi với từng thành viên trong gia đình để giúp họ nhận ra những vấn đề và những mẫu ứng xử kém thích nghi đang tạo ra những khó khăn cho một hoặc nhiều thành viên khác trong gia đình.

Trị liệu gia đình có thể làm giảm căng thẳng trong gia đình và cải thiện chức năng của các thành viên bằng cách tạo ra một không gian làm trung gian để thiết lập những cuộc đối thoại bình đẳng, giúp mỗi người nhận ra những điểm tích cực cũng như tiêu cực trong các quan hệ của họ. Virginia Satir (1967), một trong những người đề xướng đổi mới phương pháp tiếp cận trị liệu gia đình nhận thấy rằng nhà trị liệu tâm lý gia đình cùng lúc đóng rất nhiều vai trò: hành động như người “phiên dịch”, như người làm sáng tỏ các mối tương tác qua lại không thuận lợi như là nhà trung gian hoà giải... Tuy nhiên, nhà trị liệu chủ yếu tập trung làm thay đổi những không gian tâm lý giữa các thành viên trong gia đình và những động thái liên cá nhân để mọi người cùng hành động như là một thể thống nhất hơn là tìm cách thay đổi những giá trị bên trong các cá nhân kém thích nghi.

Nhà trị liệu cũng cần tập trung vào tình huống hơn là các khía cạnh khuynh hướng của một vấn đề xảy ra trong gia đình. Chẳng hạn nhà trị liệu giúp mọi người hiểu rằng: làm thế nào sự không thống nhất, sự xung đột giữa bố mẹ phát triển thành sự rối nhiễu ở trẻ hơn là tìm cách dán nhãn (đổ lỗi) cho ai đó là nguyên nhân gây ra sự rối nhiễu này. Mục tiêu của một buổi trị liệu gia đình không phải là một buổi để mọi người xả nỗi bức tức phàn nàn, trách cứ lẫn nhau, mà là tìm cách phát triển các khả năng hợp tác để cùng giải quyết vấn đề (tức là hợp tác thế nào để trị liệu rối nhiễu cho trẻ). Nhà tư vấn và trị liệu gia đình cũng giống như nhà tư vấn cho một tổ chức, cố gắng giúp gia đình (từng thành viên của gia đình) tổ chức lại các chức năng, điều chỉnh lại các mối quan hệ để nó đáp ứng tốt hơn cho những nhu cầu và đòi hỏi của các thành viên.

PHẦN IV. TRỊ LIỆU HÀNH VI

Trị liệu hành vi có nguồn gốc từ lâu đời, nhưng có lịch sử ngắn ngủi. Lịch sử loài người đã áp dụng các nguyên tắc hành vi để thay đổi hành vi từ hàng ngàn năm trước đây. Ví dụ, cha mẹ thường cho trẻ khi chúng hoàn thành tốt các công việc ở nhà. Tuy nhiên sử dụng một cách có hệ thống các nguyên tắc và phương pháp của trị liệu hành vi để loại bỏ một chứng rối nhiễu tâm trí thì mới chỉ xuất hiện cách đây 50–60 năm.

1. Tóm tắt lịch sử phát triển của trị liệu hành vi

Những công trình nghiên cứu sớm nhất

Nhà sinh lý học Nga Ivan Paplov là cha đẻ của học thuyết Điều kiện hoá kinh điển. Điều kiện hoá kinh điển là một hình thức của học tập, trong đó một kích thích trung gian (kích thích không tạo ra một đáp ứng. Ví dụ đèn sáng, chuông kêu không gây ra phản xạ tiết nước bọt ở con chó) đi cặp đôi với một kích thích có điều kiện (kích thích có tạo ra một đáp ứng, ví dụ thức ăn tạo ra phản xạ tiết nước bọt ở con chó). Sau một thời gian tập luyện, chỉ

mình kích thích trung gian cũng xảy ra một đáp ứng (đèn bật sáng thì con chó tiết nước bọt mà không cần đưa thức ăn đến).

Dựa trên kết quả nghiên cứu ở động vật, Paplov đã đề xuất các nguyên tắc điều trị những rối loạn tâm trí ở người.

Tuy nhiên ứng dụng thành công nhưng nghiên cứu của Paplov vào trị liệu những rối loạn tâm trí cho con người là nhà tâm lý học thực nghiệm người Mỹ John B. Watson thuộc Trường Đại học Tổng hợp Hopkins. Ông là cha đẻ của Chủ nghĩa Hành vi cổ điển. Trường phái Hành vi cổ điển này nhấn mạnh đến những hành vi được nghiên cứu một cách khách quan (tức là những kích thích, đáp ứng, củng cố được quan sát một cách trực tiếp). Chủ nghĩa Hành vi cổ điển bác bỏ các khái niệm tinh thần như ý thức, suy nghĩ, tưởng tượng...

Năm 1924, Mary Cover Jones, một học trò của Watson đã thành công trong việc điều trị chứng ám sợ thỏ ở một đứa trẻ 3 tuổi tên là Peter. Chương trình trị liệu này gồm hai bước cơ bản. Thứ nhất, Peter được quan sát những trẻ khác đang chơi vui vẻ với một con thỏ, mục đích của bước này giúp Peter nhận ra rằng những con thỏ này thực sự không đáng sợ. Bước sau đó là Peter được tiếp cận dần với con thỏ khi cậu bé hết sợ. Trong khi Peter ăn một loại thực phẩm ưa thích thì Jones đặt một cái lồng trong đó nhốt một con thỏ vào phòng của Peter. Chiếc lồng này được đặt ở vị trí đủ xa để không làm Peter lo lắng. Dần dần qua một vài ngày Jones đưa con thỏ ra khỏi lồng đến gần cho Peter. Kết quả sau một số buổi, Peter đã có thể bế con thỏ và chơi đùa với con thỏ. Đây được coi là một thực nghiệm kinh điển về trị liệu hành vi. Tuy nhiên phải 30 năm sau trị liệu hành vi mới trở thành một khuynh hướng phát triển độc lập.

Trị liệu hành vi phát triển như là một hướng tiếp cận điều trị tách biệt với phân tâm

Trị liệu phân tâm do S.Freud khởi xướng thịnh hành nửa đầu thế kỷ XX. Trị liệu phân tâm liên quan đến một loạt các buổi trị liệu sử dụng kỹ thuật liên tưởng tự do, chuyển dịch để bộc lộ vô thức. Mục tiêu của trị liệu phân tâm là

giúp thân chủ thấu hiểu vấn đề của họ. Giác ngộ được xem là chìa khoá để thay đổi. Tuy nhiên, sau chiến tranh thế giới thứ II, ở Mỹ người ta bắt đầu nghi ngờ về tính hiệu quả của trị liệu phân tâm, người ta bắt đầu cảm thấy hướng điều trị này không thích hợp cho các thương phế binh bị chứng rối nhiễu tâm thần sau chiến tranh. Lý do để phê phán là độ dài của quá trình trị liệu từ vài năm đến cả chục năm và tính hiệu quả thấp, không rõ rệt trong việc loại bỏ triệu chứng và ngăn chặn tái phát.

H. Eysenck (1952) đã tiến hành một công trình nghiên cứu nhằm điều tra tính hiệu quả của trị liệu theo phương pháp phân tâm. Ông đã tiến hành nghiên cứu các hồ sơ bệnh án ở bệnh viện và công ty bảo hiểm. Dựa trên kết quả điều tra của Eysenck đã kết luận rằng những người được điều trị bằng phương pháp phân tâm không có hiệu quả rõ rệt so với những người không được điều trị bằng phương pháp này. Sau này các nhà nghiên cứu khác xem xét lại thấy rằng nhận định này là thái quá, tuy nhiên nó có giá trị kích thích các nhà trị liệu tìm kiếm một hướng trị liệu mới có hiệu quả hơn.

Sự ra đời của trị liệu hành vi hiện đại

Vào những năm 50 của thế kỷ XX, trị liệu hành vi cùng lúc được phát triển ở Mỹ, Nam Phi, Canada và Anh. Cùng thời gian Pavlov tìm ra lý thuyết điều kiện hoá cổ điển thì một nhà tâm lý học Mỹ là E. Thorndike ở Trường Đại học Columbia nghiên cứu và tìm ra lý thuyết Điều kiện hoá thao tác. Điều kiện hoá thao tác liên quan đến sự tăng hoặc giảm hành vi nào đó bằng cách thay đổi một cách có hệ thống hậu quả của hành vi đó.

B.F. Skinner là nhà tâm lý học Mỹ ở đại học Harvard, nghiên cứu điều kiện hoá thao tác trên chim bồ câu và chuột (ông là nhà tâm lý học hành vi theo trường phái cổ điển của Watson và Thorndike). Ông đã suy nghĩ đến việc sử dụng các nguyên tắc học theo kiểu điều kiện hoá thao tác này để điều trị rối nhiễu tâm trí ở con người. Tuy nhiên phải đến học trò của ông là O. Lindsley đã tiến hành một loạt các nghiên cứu để xác định tính khả thi của việc sử dụng lý thuyết điều kiện hoá thao tác vào điều trị các bệnh nhân tâm

thần người lớn. Ông dạy cho bệnh nhân tâm thần học được những nhiệm vụ đơn giản khi họ được nhận những phần thưởng có ý nghĩa.

Các thực nghiệm của Lindsley tuy chưa phải là các kỹ thuật trị liệu hành vi chính thống dùng cho bệnh nhân tâm thần nhưng nó là tiền đề để phát triển các kỹ thuật trị liệu dựa vào cơ chế điều kiện hoá thao tác. Ông cũng là người đầu tiên dùng thuật ngữ trị liệu hành vi (Behavior therapy) để mô tả việc sử dụng một cách có hệ thống các thủ tục tập nhiễm để thay đổi những rối nhiễu tâm trí ở bệnh nhân tâm thần.

Cuối những năm 50, một nhà tâm lý học Canada. T. Ayllon làm thực nghiệm có tính kinh điển chứng minh tính hiệu quả của các nguyên tắc điều kiện hoá trong việc biến đổi những hành vi rối loạn nặng ở các bệnh nhân tâm thần bệnh viện Saskatchewan (Canada). Ông sử dụng liệu pháp củng cố (Reinforcement therapy) để thay đổi những hành vi không thích nghi. Nghiên cứu này của ông là bằng chứng có giá trị bác bỏ những phản đối của những ai chống lại liệu pháp củng cố.

Theo phân tâm, những rối nhiễu tâm lý là kết quả của những xung đột vô thức, muốn trị liệu thành công phải đi sâu vào nguồn gốc những xung đột này. Nghiên cứu của Ayllon đã gián tiếp thách thức những người theo trường phái phân tâm về nguồn gốc của những rối loạn tâm trí (ông đã dạy một bệnh nhân tâm thần nặng, 54 tuổi, ôm giữ một cái bàn chải ở tư thế đứng thẳng tại chỗ bằng cách sử dụng liệu pháp học – thưởng củng cố).

Vào năm 1961, Ayllon cùng với Azrin (học trò của Skinner) phát triển phương pháp trị liệu Thưởng quy đổi (Token economy), liệu pháp này sử dụng cách thưởng cho bệnh nhân điểm hoặc đồ vật để khuyến khích họ thực hiện một hành vi nào đó mà ta muốn. Những phiếu điểm được qui đổi ra những phần thưởng vật chất hoặc tinh thần như cho phép tham gia vào các hoạt động ưa thích. Sau thành công bằng liệu pháp củng cố, họ nhận ra rằng cần phát triển những kỹ thuật trị liệu phức hợp để điều trị những rối nhiễu tâm lý phức tạp. Khi Ayllon và Azrill tiến hành nghiên cứu phát triển liệu pháp Thưởng quy đổi họ đã bị những đồng nghiệp theo trường phái trị liệu truyền

thống phản đối, thậm chí họ chỉ được cung cấp những bệnh nhân nặng và những bệnh nhân này được xem là “vô phương” hoặc không thể trị liệu bằng phương pháp truyền thống. Tuy nhiên đây lại là điều kiện tốt để xác định tính hiệu quả ưu việt của liệu pháp mới và họ đã thành công. Hiện nay liệu pháp Thường quy đổi là một trong những liệu pháp trị liệu hành vi có hiệu quả nhất trong điều trị những rối nhiễu tâm trí.

Nhà tâm thần học người Nam Phi J. Wolpe không hài lòng với phương pháp điều trị của phân tâm, ông đã phát triển một số liệu pháp điều trị mới đó là liệu pháp Giải miễn cảm có hệ thống, huấn luyện kỹ năng xã hội và thư giãn căng chùng cơ để loại bỏ những ám sợ. Wolpe đã sử dụng lý thuyết Điều kiện hoá thao tác và các tri thức của sinh lý học thần kinh để phát triển kỹ thuật trị liệu của mình. Các nghiên cứu của ông có ảnh hưởng lớn đến trị liệu hành vi và ông được xem là một trong những người sáng lập trị liệu hành vi. Eysenck H. là người khởi xướng phương pháp trị liệu hành vi ở Anh.

Sự phát triển của trị liệu hành vi như là một hướng điều trị được chấp nhận rộng rãi

Trong khi trị liệu hành vi đưa ra được những bằng chứng về tính hiệu quả để có thể được chấp nhận như là một hướng tiếp cận mới trong điều trị các chứng tâm bệnh lý thì vào những năm 60, một nhà tâm lý học Mỹ nổi tiếng là A. Bandura ở đại học Stanford đã phát triển lý thuyết Tập nhiễm xã hội (Social learning theory). Lý thuyết này bao hàm không chỉ các nguyên tắc điều kiện hoá kinh điển, điều kiện hoá thao tác mà còn cả các nguyên tắc học qua quan sát (Observational learning).

Nguyên tắc học qua quan sát cho thấy rằng mọi người có thể học cách thay đổi hành vi của mình qua quan sát những hành vi của người khác.

Lý thuyết Tập nhiễm xã hội của Bandura nhấn mạnh vai trò của nhận thức (tư duy, tưởng tượng, niềm tin, mong muốn...). Theo lý thuyết này, nhận thức có vai trò quan trọng đặc biệt trong việc điều chỉnh các chức năng tâm lý làm thay đổi (tăng hay giảm) một hành vi nào đó. Vì vậy nó rất quan trọng trong việc điều trị những rối nhiễu tâm lý.

Về mặt lý thuyết, việc thừa nhận nhận thức có một vai trò chính thống trong trị liệu hành vi là “bác bỏ” chủ nghĩa hành vi cổ điển của Watson. Bởi vì nhận thức là những khái niệm tinh thần không trực tiếp quan sát được). Sở dĩ chủ nghĩa hành vi cổ điển đã được các nhà trị liệu chấp nhận vì nó chống lại quan điểm của phân tâm, nhấn mạnh vào vô thức cái không thể trực tiếp quan sát được. Tuy nhiên cho đến lúc này, hầu hết các nhà trị liệu hành vi tin rằng nếu chỉ xem xét những hành vi biểu hiện ra bên ngoài, bỏ qua những gì diễn ra ở bên trong là một cách tiếp cận quá hạn hẹp, khiếm khuyết. Họ thừa nhận rằng con người nghĩ, hy vọng, dự định, tưởng tượng... tất cả các quá trình nhận thức này rõ ràng có ảnh hưởng đến hành động.

Dựa trên những công trình nghiên cứu độc lập, A. Beck (Đại học Pennsylvania) đã phát triển phương pháp trị liệu Nhận thức (Cognitive therapy), còn A. Ellis (Đại học New York) đã phát triển phương pháp trị liệu Xúc cảm hợp lý (Rational emotional therapy). Cả hai liệu pháp nhận thức hành vi này đều nhằm biến đổi những niềm tin và ý nghĩa không hợp lý của những người đang chịu các chứng bệnh tâm thần, chẳng hạn như trầm nhược, lo âu, ám sợ..., và chúng được xem là liệu pháp cơ bản của trị liệu hành vi hiện đại.

Cùng thời gian này, Meichenbaum ở Đại học Waterloo (Canada) đã phát triển những chương trình trị liệu nhận thức hành vi tích hợp trong một chương trình điều trị trọn gói như “tự hướng dẫn” (Self instructional training) và “huấn luyện phòng ngừa stress” (Stress inoculation training). Những chương trình trị liệu tâm lý trọn gói này có khả năng điều trị một loạt các chứng rối nhiễu tâm lý, chẳng hạn như gây gổ, xung tính, lo âu, ám ảnh... và cả những rối loạn tâm trí nặng như tâm thần phân liệt, hoang tưởng. Meichenbaum cũng là một trong những người đầu tiên áp dụng liệu pháp nhận thức– hành vi điều trị các chứng tâm bệnh lý cho trẻ em.

Cũng vào những năm 60, trị liệu hành vi được giới chuyên môn thừa nhận và dần dần nổi lên như là một khuynh hướng được ưu tiên chọn lựa khi điều trị một số chứng rối nhiễu tâm lý hay rối loạn tâm thần.

Vai trò nổi bật của trị liệu hành vi (ở Mỹ, Canada, Anh và Úc)

Vào những năm 70, trị liệu hành vi nổi lên như là một xu hướng điều trị chủ yếu có hiệu quả nhất của tâm lý học lâm sàng. Nó có ảnh hưởng to lớn đến tâm thần học, giáo dục học và các ngành thuộc lĩnh vực khác. Các kỹ thuật và các nguyên tắc của trị liệu hành vi cũng được chấp nhận rộng rãi và thích nghi hoá để tăng cường các chức năng hàng ngày của con người ở các lĩnh vực khác như kinh doanh, công nghiệp, bảo vệ sức khoẻ, sinh thái học, nghệ thuật...

Đến những năm 80, trị liệu Nhận thức–hành vi đã giành được những vị trí quan trọng trong sự phát triển của mình. Thứ nhất, trị liệu Nhận thức–hành vi nổi lên như là một lực lượng chính, chiếm ưu thế hơn hẳn đối với các loại trị liệu khác. Thứ hai, nó bắt đầu có những đóng góp rất đáng kể không chỉ cho công tác điều trị và ngăn cản các chứng bệnh tâm thần, mà còn giúp giải quyết những vấn đề khác của y học (như phục hồi các chứng bệnh thực thể, chăm sóc sức khoẻ cộng đồng) và của xã hội. Trị liệu Nhận thức–hành vi thực tế đã tạo được sự ủng hộ rộng rãi của dân chúng. Về mặt hiệu quả nó đạt tới điểm thuyết phục được cả những ai nghi ngờ, và hơn thế nữa các nhà trị liệu Nhận thức–hành vi đã bắt đầu xem xét kỹ lưỡng từng phương pháp trị liệu cụ thể và ảnh hưởng của những phương pháp này lên bệnh nhân và lên toàn bộ lĩnh vực trị liệu tâm lý.

2. Bản chất của trị liệu hành vi và những hiểu lầm

Trị liệu hành vi là gì?

Có một sự hiểu lầm cho rằng tất cả các kỹ thuật trị liệu nhằm biến đổi hành vi đều là trị liệu hành vi. Thực ra một số trị liệu nhằm biến đổi hành vi nhưng không phải là trị liệu hành vi. Ví dụ như trị liệu bằng sốc điện, phẫu thuật tâm lý, trị liệu bằng tân dược.

Mục tiêu của trị liệu hành vi là giúp người bệnh giải quyết được những vấn đề rối nhiễu tâm lý của họ (mục tiêu này là chung của trị liệu tâm lý). Những rối nhiễu tâm trí có nhiều dạng mức dưới các tên gọi khác nhau: bệnh

tâm thần, tâm bệnh lý rối loạn cảm xúc, hành vi kém thích nghi, hành vi bất thường... Những rối nhiễu tâm lý cụ thể là lo âu, buồn chán, trầm cảm, những vướng mắc trong quan hệ liên cá nhân, những khó khăn trong quan hệ tình dục... Vì vậy xác định trị liệu hành vi là gì là một điều không dễ dàng.

Thay cho việc tìm ra một định nghĩa chung về trị liệu hành vi, người ta cố tìm những đặc trưng của trị liệu hành vi để chúng có thể đại diện cho cách tiếp cận của trị liệu hành vi với những vấn đề rối nhiễu tâm trí:

a. Tính khoa học:

Đặc trưng đầu tiên của trị liệu hành vi là cách tiếp cận khoa học để hiểu và tìm cách làm giảm những vấn đề của người bệnh. Phương pháp khoa học mà trị liệu hành vi sử dụng liên quan đến việc tập hợp một cách có hệ thống các số liệu thực nghiệm, sử dụng các phương pháp mà các nhà nghiên cứu khác có thể lặp lại, kết luận rút ra từ kết quả thực nghiệm hơn là từ mong muốn hoặc niềm tin của cá nhân hoặc suy đoán thiếu căn cứ. Tính khoa học thể hiện ở việc xác định rõ mục tiêu trị liệu đánh giá chính xác bệnh trạng, nguyên nhân bệnh và có những kỹ thuật trị liệu hợp lý. Tính khoa học còn thể hiện ở các phép đo để lượng hoá trong suốt quá trình trị liệu. Tính khoa học cũng thể hiện ở các phương pháp nó nghiên cứu được sử dụng để đánh giá tính hiệu quả của các kỹ thuật trị liệu.

b. Tập trung vào hiện tại

Trị liệu hành vi chú trọng vào những nguyên nhân, điều kiện hiện tại đang duy trì hành vi không thích nghi hơn là những nguyên nhân, điều kiện của quá khứ. Nó tập trung đánh giá những hành vi hiện tại, các yếu tố tâm lý, các tác nhân của môi trường để xác định nhân tố nào đang duy trì trạng thái rối nhiễu.

Mô hình hành vi giả thiết rằng những rối nhiễu tâm lý nào đó xảy ra là do những điều kiện hiện tại đang duy trì nó, vì vậy các kỹ thuật đánh giá, điều trị chủ yếu nhằm vào môi trường, các nhân tố hiện tại chứ không nhằm vào quá khứ. Các liệu pháp nhằm trực tiếp vào những hành vi không thích nghi để

trị liệu – biến đổi điều chỉnh chúng (ví dụ một đứa trẻ mút tay, trị liệu hành vi không để ý đến lý do tại sao nó mút tay mà chủ yếu quan tâm đến những điều kiện nào làm trẻ giảm và khỏi mút tay). Điều này có vẻ mâu thuẫn với quan niệm của phân tâm vì trường phái này cho rằng rối nhiễu là do những xung đột quá khứ không được giải tỏa.

c. Tính hành động:

Trong trị liệu hành vi, thân chủ (bệnh nhân) được lôi kéo vào những hành động cụ thể để làm giảm những vấn đề của họ. Tức là bệnh nhân được hướng dẫn làm một số những hành động nào đó để kiểm soát những khó khăn của họ (trị liệu bằng hành động) hơn là bằng lời nói.

Trong trị liệu phân tâm, các cuộc trò chuyện giữa bệnh nhân và nhà trị liệu là phương thức chủ yếu qua đó các kỹ thuật trị liệu được thực hiện. Ngược lại trong trị liệu hành vi, trò chuyện giữa bệnh nhân và nhà trị liệu chủ yếu là trao đổi thông tin, còn các kỹ thuật trị liệu chủ yếu thực hiện thông qua hành động của bệnh nhân. Chẳng hạn bệnh nhân trong thời gian trị liệu được yêu cầu phải theo dõi thống kê những hành vi nào đó của họ trong cuộc sống, phải học và thực hành các kỹ năng ứng phó hoặc phải đóng các vai khác nhau trong các tình huống trị liệu... Những công việc được giao thực hiện ở nhà cũng là một phần của quá trình trị liệu.

d. Diễn ra trong đời sống thực

Trị liệu hành vi thường ít ra là một phần nếu không nói là tất cả trong môi trường tự nhiên (môi trường sống thực của người bệnh) nhưng có kiểm soát. Lý do là những vướng mắc, khó khăn hay rối nhiễu của người bệnh phải được trị liệu ở nơi nó xảy ra, chứ không phải tại văn phòng của nhà tư vấn.

Trị liệu hành vi thực chất là quá trình giáo dục, trong đó người bệnh học các kỹ năng tự điều chỉnh, phát triển các cách thức ứng xử mới. Việc học này tốt nhất nên được tiến hành ở môi trường sống thực của người bệnh.

e. Sử dụng cách tiếp cận tổng hợp

Xây dựng chương trình “trị liệu trọn gói” phối hợp nhiều liệu pháp cụ thể để tăng tính hiệu quả của điều trị. Ít nhất là phải kết hợp hai kỹ thuật trị liệu trong một chương trình điều trị cho một rối nhiễu nào đó của người bệnh. Sự kết hợp nhiều liệu pháp khác nhau trong một chương trình điều trị tổng hợp sẽ nâng cao tính hiệu quả của trị liệu. Nguyên tắc phối hợp này cũng giống như điều trị những vấn đề của y học hiện đại, chẳng hạn như vừa dùng thuốc, vừa sử dụng chế độ ăn kiêng vừa tập luyện để chữa bệnh tim mạch.

f. Xây dựng mối quan hệ hợp tác, hiểu biết trong quá trình trị liệu

Trị liệu hành vi đòi hỏi sự hợp tác giữa bệnh nhân và nhà trị liệu. Bệnh nhân phải là người chủ động tham gia có hiểu biết vào quá trình trị liệu. Chẳng hạn ở giai đoạn đầu của quá trình trị liệu, nhà trị liệu tìm hiểu, chẩn đoán, đánh giá và chủ động thảo luận kế hoạch điều trị rối nhiễu với bệnh nhân. Khi những liệu pháp tâm lý cụ thể nào đó được chọn (chỉ chọn những liệu pháp phù hợp, không quá khó với bệnh nhân) nhà trị liệu phải giải thích rõ mục đích, yêu cầu, cách thức và giúp họ hiểu làm thế nào để thực hiện những liệu pháp này có hiệu quả. Trong quá trình trị liệu, nhà trị liệu và người bệnh cùng chia sẻ những hiểu biết để người bệnh là người có hiểu biết, được thông tin về thực trạng bệnh, những tiến triển dự kiến trong quá trình điều trị.

Bệnh nhân trong chương trình trị liệu hành vi thường được huấn luyện các kỹ năng để họ có thể biến quá trình trị liệu thành tự trị liệu hoặc bắt đầu hay tiếp tục một chương trình tự điều trị tại gia và biết tự đánh giá kết quả điều trị. Cách tiếp cận điều trị mang tính tự hướng dẫn, tự kiểm soát này có hai điều lợi: thân chủ biết cách giải quyết các vấn đề của họ để họ có thể đối phó với những vấn đề sẽ xảy ra trong tương lai mà không cần sự có mặt của nhà trị liệu. Thân chủ được trang bị “công cụ” để thay đổi hành vi của họ thì họ cũng có thể tự duy trì sự thay đổi này và cảm thấy tự tin hơn.

Những hiểu lầm về bản chất của trị liệu hành vi:

– Phải chăng trị liệu hành vi mang bản chất cơ học?

Các nhà trị liệu hành vi có khuynh hướng sử dụng một hệ thống thuật ngữ mang tính cơ học, khái quát hoá hành vi theo công thức: kích thích, đáp ứng và củng cố. Phải chăng nhà trị liệu hành vi có “trái tim lạnh” và đối xử với người bệnh như là đối với con vật. Những phê phán này ở góc độ nào đó đúng với chủ nghĩa hành vi cổ hủ, còn chủ nghĩa hành vi hiện đại khuyến khích xây dựng một mối quan hệ chia sẻ, hiểu biết, trung thực thẳng thắn, đồng cảm và tin cậy giữa nhà trị liệu và người bệnh.

– Qui gán tính hời hợt, bề mặt cho trị liệu hành vi

Một số người phê phán cho rằng trị liệu hành vi chỉ giới hạn chú ý hoàn toàn vào các sự kiện, hành động bên ngoài mà bỏ qua các quá trình bên trong. Điều này đúng với những người theo trường phái hành vi cổ điển.

Chủ nghĩa hành vi hiện đại từ những năm 60 khi Bandura đề xướng lý thuyết học – tập nhiệm xã hội đã xem các quá trình nhận thức có vai trò đặc biệt quan trọng. Những liệu pháp điều chỉnh nhận thức được Beck và Ellis phát triển đều xem những kiểu nhận thức không hợp lý là mục tiêu của trị liệu. Như vậy các nhà trị liệu hành vi hiện đại không bỏ qua các quá trình nhận thức, không lãng tránh sử dụng các khái niệm suy luận, không xem nhẹ đời sống nội tâm của người bệnh.

– Qui gán bản chất phi lịch sử cho trị liệu hành vi

Vì các nhà trị liệu hành vi thường nhấn mạnh vai trò của các nhân tố hiện tại đang duy trì hành vi rối nhiễu, do vậy họ thường bị hiểu lầm là bỏ qua những sự kiện có ý nghĩa trong quá khứ của người bệnh.

Hoàn toàn ngược lại, nhiều nhà trị liệu hành vi dựa trên giả thuyết cho rằng những kinh nghiệm học được trong quá khứ là rất có ý nghĩa trong việc xác định cách thức hành động của người đó trong hiện tại. Trong khi thừa nhận tầm quan trọng của quá khứ, nhà trị liệu hành vi tập trung khám phá những điều kiện hiện tại đang duy trì hành vi rối nhiễu và huấn luyện những kỹ năng mới hay cung cấp những kinh nghiệm mới cho người bệnh để họ biết cách kiểm soát rối nhiễu.

3. Mô hình trị liệu hành vi

Muốn hiểu được bản chất của trị liệu nhận thức – hành vi phải hiểu được mô hình hành vi quan niệm như thế nào về con người. Trị liệu hành vi không phải là phép cộng của những kỹ thuật trị liệu cụ thể mà là một chiến lược tiếp cận tổng hợp dựa trên mô hình lý thuyết.

Làm thế nào mà chúng ta có thể xác định được một người cụ thể, anh hay chị ta là người như thế nào?

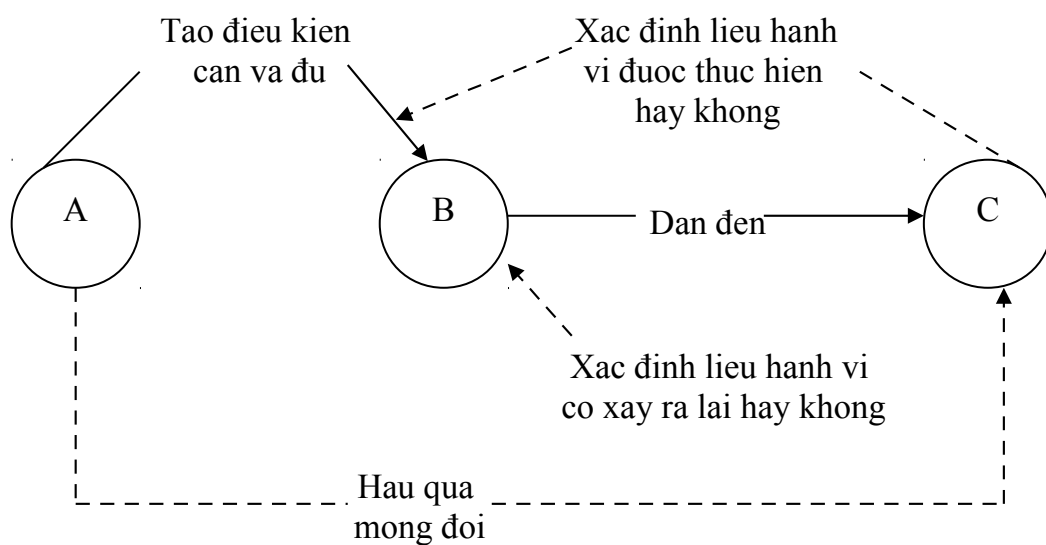
Theo mô hình hành vi, mỗi người được xác định bởi một tập hợp những hành vi của người đó. Ví dụ, hãy nghĩ về một người nào đó mà bạn biết rõ, mô tả tóm tắt về người đó để những ai không biết có thể hiểu được người đó là ai và là người như thế nào. Khi trả lời câu hỏi này, phần lớn ta nhận được câu trả lời mô tả những nét tính cách hơn là hành vi của người đó. Chẳng hạn: “Chị ấy là người tốt, sống có trách nhiệm, vui tính, hay giúp đỡ mọi người”. Mỗi ý trả lời này mô tả một nét tính cách hay thuộc tính của nhân cách. Những nét tính cách này thường tồn tại trong đầu thông qua quan sát hành vi trước đó và nhiều khi không thật chính xác do bị sai lạc trong quá trình khái quát hoá. Hơn nữa khi mô tả rằng chị ấy là người tốt: sống có trách nhiệm... nhưng không nói trong trường hợp nào (không phải với ai chị ấy cũng tốt và trong mọi trường hợp chị ấy đều là người tốt và có trách nhiệm).

Các nhà hành vi quan niệm rằng “bất kỳ cái gì một người làm là hành vi, còn cái gì một người có là một nét tính cách”. Các nhà trị liệu hành vi thường tập trung nghiên cứu đánh giá hành vi của người bệnh, những bệnh nhân đến gặp các nhà trị liệu thường mô tả họ và những rối nhiễu tâm lý của họ dưới dạng nét tính cách. Chẳng hạn, “trước đây tôi là người vui tính, thích giao tiếp... nhưng gần đây tôi cảm thấy mệt mỏi, buồn chán, hay lo lắng mất khả năng tập trung...”. Vì vậy nhiệm vụ của nhà trị liệu là phải chuyển những nét tính cách này thành hành vi. Điều này liên quan đến việc nhận dạng những hành vi cụ thể nào đó minh hoạ rõ nhất cho thuộc tính vừa kể ra.

Hành vi có hai phạm trù: Hành vi biểu hiện ra bên ngoài (overt behavior) và hành vi diễn ra bên trong (covert behavior). Hành vi bộc lộ ra

bên ngoài là những hành động mà người khác có thể quan sát trực tiếp được ví dụ: ăn, chơi, nói, cười, viết). Hành vi diễn ra bên trong đầu là những gì chúng ta làm mà người khác không thể quan sát trực tiếp được (Ví dụ: suy nghĩ, tưởng tượng, ghi nhớ suy đoán, tình cảm...), nhưng có thể nhận biết thông qua suy luận. Chủ nghĩa hành vi cổ điển chỉ quan tâm đến hành vi bộc lộ ra bên ngoài bỏ qua những gì diễn ra bên trong đầu thuộc bình diện nhận thức. Tuy nhiên chủ nghĩa hành vi hiện đại coi trọng cả hai phạm trù này.

Các nhà trị liệu hành vi đã sử dụng mô hình A B C (Viết tắt của các từ Antecedents, Behaviors, Consequences) để mô tả quá trình liên tiếp, hiện thời của những tác nhân kích thích thúc đẩy hành vi xuất hiện và hậu quả sau khi hành vi được trình diễn



A: Tác nhân kích thích ban đầu là những sự kiện xảy ra hoặc có mặt trước khi hành vi (B) diễn ra, chúng tạo ra những điều kiện cần và đủ cho hành vi xảy ra.

C: Hậu quả là những sự kiện xảy ra sau và như là kết quả của việc thực hiện hành vi. Hậu quả có thể xảy ra ngay hoặc một thời gian sau mới xảy ra và ảnh hưởng đến những khả năng xuất hiện lại của hành vi này trong

tương lai. Mặc dù có rất nhiều sự kiện xảy ra trước và theo sau mỗi hành vi, nhưng chỉ có một số rất ít có ảnh hưởng đáng kể trực tiếp như là những nhân tố đang duy trì sự có mặt của hành vi. Hơn nữa tác nhân kích thích khởi đầu và hậu quả duy trì sự có mặt của hành vi theo những cách khác nhau. Hậu quả thực tế của một hành vi có thể ảnh hưởng trực tiếp đến tương lai, liệu hành vi đó có xảy ra nữa hay không? Hậu quả mong muốn cũng có thể là kích thích khởi động ảnh hưởng đến việc liệu một người sẽ “cam kết” thực hiện hành vi vào lúc đó. Dự đoán về hậu quả có thể có cũng là một nhân tố xác định liệu những điều kiện cần và đủ này là đúng cho việc thực hiện hành vi.

Tác nhân kích thích	Hành vi	Hậu quả
ban đầu		
– Stress xúc cảm	Chán ăn	Mệt mỏi sút cân
– Làm việc quá sức	Không thèm ăn	Lo lắng về sức khỏe
– Rối loạn tiêu hoá		Sợ cơm, sợ mùi thức ăn
– Thực phẩm mất vệ sinh		Bị ép ăn
– Thực phẩm không hợp khẩu vị		Chỉ ăn nhẹ, ăn đồ dễ tiêu

Mục tiêu của trị liệu hành vi là can thiệp tích cực để làm giảm hay loại bỏ những rối nhiễu bằng cách thay đổi những điều kiện duy trì hành vi rối nhiễu. Tức là tìm cách loại bỏ tác nhân kích thích và điều chỉnh hậu quả (để nó không đóng vai trò là cái củng cố cho hành vi sẽ xảy ra trong tương lai). Để làm được điều này, chiến lược can thiệp hành vi phải thực hiện các bước sau đây:

– **Bước 1: Nhận diện những điều kiện đang duy trì hành vi rối nhiễu:** theo mô hình hành vi thì các điều kiện duy trì hành vi luôn có mặt vào thời điểm hiện tại. Nhà trị liệu nên phân biệt giữa những điều kiện hiện tại đang duy trì hành vi rối nhiễu và những điều kiện có nguồn gốc nảy sinh trong quá khứ. Mô hình hành vi cho rằng sự ảnh hưởng của những sự kiện quá khứ lên hành vi rối nhiễu hiện tại là gián tiếp thông qua vai trò của thói quen, giá trị, trí nhớ, kinh nghiệm, biểu tượng và xúc cảm... Chẳng hạn, một đứa trẻ

học được cách nổi khùng như là một đáp ứng được củng cố (sau mỗi lần trẻ đòi, nếu bị cấm chỉ cần nổi khùng lên là được mẹ thỏa mãn). Tuy nhiên, sự xuất hiện lại những cơn khùng ở tuổi trưởng thành chỉ xảy ra khi hoàn cảnh tạo thuận lợi (điều kiện đủ).

– **Bước 2: Xác định các nguồn cung cấp những điều kiện duy trì hành vi rối nhiễu:** Có hai nguồn chính:

Từ môi trường: gồm tất cả những ảnh hưởng bên ngoài lên hành vi (bối cảnh hành vi xảy ra, các nhân tố xã hội...).

Từ cá nhân: gồm những quá trình nhận thức xúc cảm, những phản ứng sinh lý...

– **Bước 3: Xác định vai trò của các nhân tố**

Theo Bandura, cha đẻ của lý thuyết học - tập nhiễm xã hội, thì môi trường hành vi bên trong (nhận thức và xúc cảm) và hành vi bên ngoài có ảnh hưởng chi phối lẫn nhau.

Chúng ta hành động như thế nào, không chỉ quyết định bởi các nhân tố môi trường (bản chất của tình huống và sự kiện) mà còn do những nhân tố bên trong (nhận thức, xúc cảm...). Chúng ta có thể thay đổi hoặc tạo ra những nhân tố ảnh hưởng đến hành vi của chúng ta, cái chính là ta hiểu cái gì đang ảnh hưởng, đang duy trì hành vi rối nhiễu của ta và tìm cách kiểm soát nó.

4. Quy trình tiến hành một ca trị liệu hành vi

Để tiến hành một ca trị liệu đòi hỏi nhà trị liệu phải thực hiện một qui trình gồm các bước sau đây:

a. Tiếp xúc – phỏng vấn khai thác thông tin

Trước khi có cuộc tiếp xúc đầu tiên với nhà trị liệu thân chủ cần được các chuyên gia y học thăm khám lâm sàng để đánh giá về tình trạng sức khỏe, xác định liệu những vấn đề của thân chủ có liên quan đến những thương tổn thực thể nào đó.

Khi bắt đầu cuộc tiếp xúc phỏng vấn, nhà trị liệu cần quan sát thái độ tâm trạng và hành vi của người bệnh. Một tâm trạng lo sợ một thái độ im lặng, không hợp tác hay ngấm chống đối... báo hiệu những khó khăn bước đầu của quá trình thăm khám và chữa trị. Nhà tư liệu cần phải chủ động tạo ra bầu không khí cởi mở thân thiện và đồng cảm để gây lòng tin, qua đó có thể bắt đầu quá trình phỏng vấn khai thác thông tin liên quan đến những vấn đề rối nhiễu.

Lắng nghe chăm chú người bệnh kể về bản thân họ, quá trình phát bệnh là yêu cầu tối quan trọng với nhà trị liệu. Các câu hỏi phỏng vấn khai thác thông tin chỉ nên tiến hành sau khi đã lắng nghe kiên trì những gì người bệnh kể.

2. Nhận diện bản chất rối nhiễu

Nhận diện bản chất của rối nhiễu là cụ thể hoá những mô tả triệu chứng bệnh lý dưới dạng nét tính cách thành một tập hợp những hành vi bất thường có thể lượng hoá được (kém thích nghi) để có thể phân loại đánh giá mức độ bệnh lý (tần xuất, cường độ, thời gian...).

Phát hiện các nhân tố hiện tại đang ảnh hưởng hay duy trì rối nhiễu, liên quan đến môi trường như: gia đình, nhà trường, các yếu tố xã hội, nơi làm việc, các vấn đề cá nhân. Tìm hiểu các sự kiện xảy ra trước đó liên quan đến rối nhiễu như những vấn đề tâm lý, thực thể, ảnh hưởng của các loại thuốc... Đồng thời nhận diện những ảnh hưởng do hậu quả của rối nhiễu gây ra (xem những hậu quả này có đóng vai trò cái củng cố hay không?). Ngoài ra cũng cần tìm hiểu ảnh hưởng của các rối nhiễu khác, các chứng bệnh khác có liên quan.

3. Đánh giá toàn diện nhân cách

Thu thập thông tin từ gia đình, từ người bệnh để có thể đánh giá sơ bộ những đặc tính của cơ thể, thái độ, năng lực, hứng thú sở thích để định hướng cho quá trình trị liệu.

d. Chọn lựa mục tiêu cần điều chỉnh

Người bệnh thường kể rất nhiều những vấn đề của họ (ví dụ bệnh nhân phàn nàn rằng họ mất ngủ, đau đầu, căng thẳng thần kinh, mất khả năng tập trung chú ý...), nhưng nhà trị liệu cần phải thu hẹp phạm vi và chỉ tập trung vào 1–2 vấn đề của người bệnh. Tại sao vậy?

Bởi vì thường người bệnh dễ tập trung vào một vấn đề và thực hiện một nhiệm vụ cũng dễ hơn. Nếu trị liệu cho một vấn đề có chuyển biến tốt, người bệnh sẽ tin tưởng mà theo đuổi chương trình điều trị. Hơn nữa, các vấn đề rối nhiễu thường liên quan với nhau, tập trung làm giảm một số rối nhiễu có thể dẫn đến giảm các rối nhiễu khác.

Nhà trị liệu cần giúp người bệnh xác định những hành vi nào cần loại bỏ, hành vi nào cần tăng cường. Những hành vi cần tăng cường là những hành vi lẽ ra họ phải có, nhưng vì những lý do nào đó, những hành vi này bị ngăn cản. Những hành vi cần loại bỏ là những hành vi không thích nghi.

Thường thì mọi người hay áp dụng chiến lược trừng phạt để làm giảm những hành vi không thích nghi và chiến lược khen thưởng để củng cố hành vi thích nghi, tuy nhiên không phải lúc nào cũng thành công. Thông thường việc tăng cường hành vi thích nghi là phần đặc biệt quan trọng của chương trình trị liệu (những chương trình trị liệu tốt là phải cung cấp huấn luyện những kinh nghiệm, kỹ năng mới) vì sự tăng này mà hành vi kém thích nghi tự giảm đi.

d. Xác định những điều kiện cần điều chỉnh

Ngược với những gì người ta thường nghĩ, trị liệu hành vi không trực tiếp thay đổi triệu chứng hoặc hành vi không thích nghi. Trị liệu hành vi về bản chất là quá trình nhận diện và thay đổi những điều kiện đang duy trì hành vi không thích nghi. Đó là loại bỏ các tác nhân kích thích (A) và thay đổi hậu quả (C) của hành vi không thích nghi (B). Một số những điều kiện duy trì hành vi không thích nghi nhưng không thể thay đổi được, vì vậy không nên được chọn là điều kiện cần thay đổi, điều chỉnh. Ví dụ, một đứa trẻ mắc chứng trầm cảm, lo âu do điều kiện gia đình bố mẹ ly dị... đây là điều kiện không thể thay đổi được.

f. Trị liệu khởi đầu

Cần thiết lập những số liệu ban đầu (baseline) về một hành vi không thích nghi (ví dụ, người bệnh kêu đau đầu, thỉnh thoảng chóng mặt choáng ngất, thì tuần đầu tiên trước khi trị liệu chính thức phải đánh giá được: đau đầu thế nào, đau bao lần trong một ngày, vào thời điểm nào, đau bao lâu, trạng thái ngất thế nào...).

Công việc tiếp theo là chọn lựa, phối hợp một nhóm liệu pháp thích hợp cho người bệnh, dự kiến chương trình trị liệu sẽ gồm những nội dung huấn luyện nào...Sau tuần trị liệu đầu tiên cần thu thập thông tin, đánh giá sơ bộ kết quả để xác định những liệu pháp thích hợp hướng ưu tiên cho trị liệu. Gia đình người bệnh cũng cần được lôi kéo tham gia vào quá trình trị liệu (theo dõi, đánh giá, thông tin phản hồi).

g. Xác định hướng ưu tiên cho trị liệu

Khẳng định những liệu pháp thích hợp, thiết lập mối quan hệ đồng cảm tin cậy, chia sẻ hiểu biết với người bệnh. Xác định những công việc cụ thể sẽ được làm trong từng buổi trị liệu rồi những yêu cầu người bệnh phải thực hiện sau buổi trị liệu. Tiếp tục đánh giá sự tiến bộ, điều chỉnh kịp thời những sai sót.

h. Đánh giá kết quả, kết thúc trị liệu

Đánh giá kết quả trước khi kết thúc chương trình trị liệu là điều bắt buộc đối với nhà trị liệu. Chuẩn bị cho người bệnh, gia đình họ tâm thế và những kỹ năng cần thiết để có thể tiếp tục tự trị liệu mà không cần sự có mặt của nhà trị liệu.

Kết quả điều trị chỉ thực sự có ý nghĩa khi những thay đổi hành vi phải được duy trì và phải diễn ra trong đời sống hàng ngày của người bệnh. Hơn thế nữa, người bệnh phải có khả năng ứng phó với những biến thể của rối nhiễu trong tương lai.

Nhà trị liệu cần phải viết một báo cáo về kết quả trị liệu và kế hoạch theo dõi tiếp tục sau trị liệu.

PHẦN V. TRẮC NGHIỆM

Trong chẩn đoán lâm sàng và trị liệu tâm lý có hai khuynh hướng tiếp cận rõ rệt: đánh giá rõ rệt, kết quả trị liệu không sử dụng công cụ (tay trần) và có sử dụng công cụ (dùng trắc nghiệm đánh giá). Tuy nhiên ngày càng có nhiều nhà tâm lý học lâm sàng đi theo khuynh hướng có sử dụng công cụ trong những nghiên cứu đánh giá, chẩn đoán và điều trị lâm sàng.

Tuy nhiên công việc chẩn đoán lâm sàng tâm lý đòi hỏi phải có những công cụ đáng tin cậy có độ hiệu lực cao. Việc sử dụng những bộ trắc nghiệm dịch từ nước ngoài, không qua quá trình thích nghi hoá – chuẩn hoá lại trên mẫu đại diện của Việt Nam (Vietnamese Norms) nhằm xác định lại độ tin cậy, độ hiệu lực, những lỗi của trắc nghiệm... là điều rất nguy hiểm (bởi vì tất cả những trắc nghiệm bằng lời đều có bản chất văn hoá, sẽ không thích hợp nếu dùng cho đối tượng ở các nền văn hoá khác mà không qua thích nghi và chuẩn hoá lại). Công việc thích nghi hoá trắc nghiệm không phải chỉ là dịch nghĩa, dịch bản hướng dẫn sử dụng (manual), mà cái chính là phải biết được xuất xứ, các tiêu chuẩn thiết kế, mục tiêu đo đạc, các thông số kỹ thuật, các mẫu dùng để chuẩn hoá... Tức là phải hiểu “nguồn gốc” trắc nghiệm này xuất phát từ đâu, được thiết kế để đo cái gì, dựa trên mô hình lý thuyết nào, gồm những miền đo nào, dựa trên những nguyên tắc hay phương pháp nào để thiết kế và xây dựng các item... đã áp dụng kỹ thuật chọn mẫu nào, sử dụng những nhóm mẫu nào để chuẩn hoá, sử dụng những kỹ thuật nào để phân tích... từ đó tìm cách chuyển ngữ tương đương, xác định lại các thông số kỹ thuật...; đưa ra những cảnh báo thận trọng khi chẩn đoán. Do vậy công việc thích nghi hay chuẩn hoá trắc nghiệm nhất thiết phải do các nhà tâm lý chuyên sâu hoặc các chuyên gia có trình độ chuyên môn cao, am hiểu về lý thuyết cũng như kỹ thuật thiết kế xây dựng trắc nghiệm đảm nhiệm.

Tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc thích nghi và chuẩn hoá trắc nghiệm, chúng tôi đã thích nghi một số trắc nghiệm dưới đây. Những trắc nghiệm này là những công cụ quan trọng được ưa dùng trong chẩn đoán trị liệu lâm

sàng và đang được sử dụng ở Mỹ, Anh, Úc. Những trắc nghiệm này đã được chuẩn hoá, có độ tin cậy và ứng nghiệm cao, đã được nhiều nước chọn để thích nghi hoá:

- Trắc nghiệm đánh giá trầm cảm của Beck. A.(lần bổ sung sửa chữa thứ hai (Beck Depression Inventory 2nd Edition. (BDI– II). 1996).

- Trắc nghiệm đánh giá trầm cảm của William M. Reynolds, đánh giá trầm cảm ở lứa tuổi vị thành niên: Reynolds Adolescent Despression Scale (1986).

- Trắc nghiệm trạng thái và nét lo âu của Spielberger (State–Trait Anxiety Inventory – Form Y1 và Y2 (STAI), 1983).

- Trắc nghiệm đánh giá kỹ năng xã hội của Gresham (Social Skills Rating System (Gresham & Elliott), 1990).

Vì những trắc nghiệm này đang trong quá trình Việt hoá thích nghi và chuẩn hoá lại trên các nhóm mẫu khác nhau của Việt Nam (Vietnamese Norms), nên chúng tôi chưa thể cung cấp các thông số về độ tin cậy, độ hiệu lực, cách tính điểm, cách phân loại... Vì vậy hãy thận trọng khi sử dụng và xin hãy liên hệ với chúng tôi trước khi sử dụng chính thức những trắc nghiệm này như là những công cụ chẩn đoán.

Địa chỉ liên hệ: TS. Nguyễn Công Khanh, Trung tâm Nghiên cứu Tâm sinh lý học lứa tuổi, Viện KHGD, 101 Trần Hưng Đạo, Hà Nội.

I. THANG ĐO TRẦM CẢM CỦA BECK – II

Beck Deplession Inventory 2nd Edition–1996 (BDI–II)

Người dịch: TS. Nguyễn Công khanh

Tên:

Giới tính:

Học vấn:

Tình trạng hôn nhân:

Nghề nghiệp:

Tuổi:

Hướng dẫn: Trắc nghiệm tâm lý này gồm 21 nhóm đề mục (câu hỏi–trả lời). Xin bạn hãy đọc kỹ từng nhóm đề mục và hãy chọn ra một câu mô tả đúng nhất trạng thái tâm thần của bạn lúc này hoặc trong khoảng thời gian 2 tuần trở lại đây. Bạn hãy khoanh tròn vào chữ số đứng trước câu đó. Nếu trong một nhóm có vài câu có thể đúng với bạn, xin hãy chọn câu có chữ số lớn nhất. Chú ý bạn chỉ được phép chọn 1 ở mỗi nhóm đề mục kể cả ở nhóm 16 và nhóm 18.

1. Buồn rầu:

0– Tôi không cảm thấy buồn

1– Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn

2– Tôi có cảm giác buồn suốt ngày

3– Tôi buồn chán và bất hạnh đến mức không thể chịu đựng được

2. Bi quan:

0– Tôi không cảm thấy thất vọng về tương lai của mình

1– Tôi cảm thấy thất vọng hơn trước về tương lai của mình

2– Tôi không mong chờ những việc tốt đẹp sẽ đến với tôi

3– Tôi cảm thấy tương lai của mình là tuyệt vọng và chỉ có tòi tệ hơn thôi

3. Mặc cảm thất bại:

0– Tôi không cảm thấy mình là kẻ thất bại

1– Tôi thất bại nhiều hơn mức bình thường

2– Nhìn lại quá khứ, tôi là người gặp quá nhiều thất bại

3– Tôi cảm thấy mình là kẻ thất bại hoàn toàn

4. Mất cảm giác vui vẻ, thích thú:

- 0– Tôi luôn cảm thấy vui vẻ khi mình làm những gì mình thích
- 1– Tôi không cảm thấy thích thú nhiều như trước đây
- 2– Tôi còn lại rất ít cảm giác thích thú từ những thứ mà trước đó tôi rất thích
- 3– Tôi hoàn toàn mất hết sự thích thú từ những thứ mà trước đó tôi rất thích

5. Cảm giác tội lỗi:

- 0– Tôi không cảm thấy mình là người có tội
- 1– Tôi có mặc cảm tội tôi với nhiều thứ mình đã làm và sẽ làm
- 2– Tôi luôn luôn cảm thấy mình là người có lỗi
- 3– Mọi lúc mọi nơi tôi đều cảm thấy mình là người có lỗi

6. Mặc cảm bị trừng phạt:

- 0– Tôi không có cảm giác mình là người bị trừng phạt
- 1– Tôi cảm thấy mình có thể bị trừng phạt
- 2– Tôi thấp thỏm chờ đợi bị trừng phạt
- 3– Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt

7. Thất vọng về mình:

- 0– Tôi cảm thấy không có gì thay đổi so với trước đây
- 1– Tôi cảm thấy thiếu tự tin vào bản thân
- 2– Tôi cảm thấy thất vọng về bản thân mình
- 3– Tôi cảm thấy mình thật đáng ghét

8. Buộc tội bản thân:

- 0– Tôi không phê phán hay buộc tội mình quá mức
- 1– Tôi bắt đầu phê phán mình nhiều hơn mức bình thường
- 2– Tôi tự phê phán mình mỗi khi có lỗi

3– Mỗi khi có điều không tốt lành xảy ra, tôi đều buộc tội mình

9. Ý nghĩ tự sát.

0– Tôi không hề có ý nghĩ tự sát

1– Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng chưa có ý định hành động

2– Tôi muốn và có ý định tự tử

3– Tôi sẽ tự sát nếu có cơ hội

10. Muốn khóc, tủi thân:

0– Tôi không khóc nhiều hơn mức bình thường

1– Tôi hay khóc hơn trước đây

2– Một sự việc nhỏ cũng làm tôi khóc

3 – Tôi cảm thấy muốn khóc và không thể nào cầm được nước mắt

11. Cảm giác bối rối, không yên tâm:

0– Tôi không có cảm giác bất an hoặc bối rối

1– Tôi cảm thấy hơi bất an và hơi bối rối hơn bình thường

2– Tôi cảm thấy bất an và bối rối, khó ngồi yên một chỗ

3– Tôi cảm thấy quá bất an và bối rối, đến nỗi phải đi lại hoặc làm một cái gì đó

12. Mất hết hứng thú:

0– Tôi không mất hứng thú tiếp xúc với người khác, tôi thích hoạt động

1– Tôi không thích thú tiếp xúc với người khác, với đồ vật như trước đây

2– Tôi mất gần hết hứng thú với người khác hoặc đồ vật

3– Rất khó khăn để tôi hứng thú bất cứ điều gì

13. Không có khả năng quyết định:

0– Khả năng ra quyết định của tôi vẫn bình thường

- 1– Tôi nhận thấy mình có khó khăn hơn trước khi ra quyết định
- 2– Tính quyết đoán của tôi kém hơn rất nhiều so với trước đây
- 3– Bất cứ khi nào phải ra quyết định tôi đều gặp khó khăn phiền toái

14. Cảm giác vô giá trị, vô dụng:

- 0– Tôi không cảm thấy mình là đồ vô dụng
- 1– Tôi không còn xem mình là người có ích, hữu dụng như trước đây
- 2– Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn nhiều người khác
- 3– Tôi cảm thấy mình hoàn toàn là đồ bỏ đi

15. Mất nghị lực, bất lực:

- 0– Tôi vẫn là người có nghị lực như trước đây
- 1– Tôi ít có nghị lực hơn trước đây
- 2– Tôi không có nghị lực để làm nhiều thứ
- 3– Tôi không có đủ sinh lực để làm bất cứ điều gì

16. Ngủ thất thường, thay đổi:

- 0– Tôi ngủ vẫn bình thường
- 1– a) Tôi ngủ nhiều hơn trước
- b) Tôi ít ngủ hơn trước
- 2– a) Tôi ngủ nhiều hơn trước rất nhiều
- b) Tôi ít ngủ hơn trước rất nhiều
- 3– a) Tôi ngủ hầu như suốt ngày
- b) Tôi thức dậy từ lúc 1–2 giờ sáng và không thể nào ngủ tiếp được

17. Cáu bẳn, bực tức:

- 0– Tôi không khó chịu, cáu gắt hơn mức bình thường
- 1– Tôi cảm thấy khó chịu, cáu gắt hơn trước

2– Tôi luôn cảm thấy bức tức, cáu gắt nhiều hơn trước

3– Lúc nào tôi cũng cảm thấy bức tức, cáu bẳn

18. Mất cảm giác ngon miệng thềm ăn:

0– Không có gì thay đổi về cảm giác ngon miệng, thềm ăn của tôi

1– a) Cảm giác ngon miệng của tôi có giảm hơn mức bình thường

b) Cảm giác ngon miệng của tôi tăng hơn mức bình thường

2– a) Cảm giác ngon miệng của tôi giảm nhiều so với trước

b) Cảm giác ngon miệng của tôi tăng nhiều so với trước

3– a) Tôi hoàn toàn không có cảm giác thềm ăn, không có cảm giác ngon miệng

b) Tôi cảm thấy lúc nào cũng thềm ăn

19. Khó tập trung chú ý:

0– Tôi có khả năng tập trung tốt như trước đây

1– Tôi khó có thể tập trung được như trước đây

2– Rất khó cho tôi khi phải tập trung chú ý trong một thời gian dài

3– Tôi nhận thấy mình không thể tập trung chú ý vào bất cứ điều gì

20. Mệt mỏi:

0– Tôi không cảm thấy mệt mỏi

1– Tôi hay có cảm giác mệt mỏi hơn trước

2– Tôi mệt mỏi đến nỗi không muốn làm nhiều thứ mà trước đó tôi vẫn làm

3– Tôi quá mệt mỏi đến nỗi không muốn làm bất cứ điều gì

21. Mất hứng thú trong sinh hoạt tình dục:

0– Tôi không nhận thấy có gì thay đổi trong hứng thú tình dục của mình

1– Tôi ít có hứng thú sinh hoạt tình dục hơn trước đây

2– Hứng thú sinh hoạt tình dục của tôi hiện giờ giảm rất nhiều

3– Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

II. TRẮC NGHIỆM TỰ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TRẦM CẢM

(Dành cho học sinh 10 – 20 tuổi)

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Họ và tên:

Nam / nữ:

Tuổi:

Ngày:

Hướng dẫn: Dưới đây là một loạt những biểu hiện thường thấy của triệu chứng trầm cảm. Xin bạn hãy đọc kỹ từng câu, sau đó khoanh tròn vào một chữ số thích hợp (từ 0 đến 3) biểu thị đúng nhất trạng thái tâm thần của bạn (không có câu trả lời đúng hoặc sai).

Số thứ tự	Những biểu hiện	Hầu như không	Thi thoảng	Khá thường xuyên	Rất thường xuyên
1	Tôi cảm thấy mình hạnh phúc	0	1	2	3
2	Tôi cảm thấy lo lắng về chuyện trường học	0	1	2	3
3	Tôi cảm thấy mình cô đơn	0	1	2	3
4	Tôi cảm thấy cha mẹ tôi không thích tôi	0	1	2	3
5	Tôi cảm thấy mình là người quan trọng	0	1	2	3
6	Tôi muốn xa lánh, trốn chạy khỏi mọi người	0	1	2	3
7	Tôi cảm thấy buồn chán	0	1	2	3
8	Tôi cảm thấy muốn khóc	0	1	2	3
9	Tôi có cảm giác không ai quan tâm đến tôi	0	1	2	3
10	Tôi thích cười đùa với các bạn học sinh khác	0	1	2	3
11	Tôi có cảm giác cơ thể rệu rã, ốm yếu	0	1	2	3

12	Tôi có cảm giác mình đang được yêu	0	1	2	3
13	Tôi cảm thấy mình giống như kẻ bỏ chạy	0	1	2	3
14	Tôi cảm thấy mình đang làm khổ mình	0	1	2	3
15	Tôi cảm thấy những học sinh khác không thích tôi	0	1	2	3
16	Tôi cảm thấy bức bối	0	1	2	3
17	Tôi cảm thấy cuộc sống bất công với tôi	0	1	2	3
18	Tôi cảm thấy mệt mỏi	0	1	2	3
19	Tôi cảm thấy mình là kẻ tồi tệ	0	1	2	3
20	Tôi cảm thấy mình là kẻ vô tích sự	0	1	2	3
21	Tôi cảm thấy mình là kẻ đáng thương	0	1	2	3
22	Tôi thấy phát điên lên về mọi thứ	0	1	2	3
23	Tôi thích trò chuyện với các học sinh khác	0	1	2	3
24	Tôi trần trọc khó ngủ	0	1	2	3
25	Tôi thấy thích vui đùa	0	1	2	3
26	Tôi cảm thấy lo lắng	0	1	2	3
27	Tôi có cảm giác như bị đau dạ dày	0	1	2	3
28	Tôi cảm thấy cuộc sống tẻ nhạt, vô vị	0	1	2	3
29	Tôi thấy thèm ăn	0	1	2	3
30	Tôi thất vọng không muốn làm gì cả	0	1	2	3

III. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LO ÂU CỦA BECK

(Beck Anxiety inventory)

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Họ và tên:

Tuổi:

Nam / nữ:

Văn hóa:

Ngày:

Hướng dẫn: Dưới đây là một loạt những biểu hiện thường thấy của triệu chứng lo âu. Xin bạn hãy đọc kỹ từng câu, sau đó khoanh tròn vào một chữ số thích hợp (từ 0 đến 3) biểu thị đúng nhất trạng thái tâm thần của bạn ngày hôm nay hoặc trong khoảng thời gian một tuần trở lại đây.

Số thứ tự	Những biểu hiện	Không có	Thi thoảng	Khá thường xuyên	Rất thường xuyên
1	Tôi có cảm giác tê hoặc râm ran khắp người	0	1	2	3
2	Tôi cảm thấy nóng ruột gan	0	1	2	3
3	Tôi có cảm giác lão đảo, chân đi không vững	0	1	2	3
4	Tôi cảm thấy cơ thể căng cứng, không thể thư giãn	0	1	2	3
5	Tôi lo sợ một điều gì đó rất xấu sắp xảy ra	0	1	2	3
6	Tôi có cảm giác hoa mắt, chóng mặt	0	1	2	3
7	Tim của tôi đập mạnh	0	1	2	3
8	Tôi có cảm giác cơ thể mất thăng bằng	0	1	2	3
9	Tôi cảm thấy khiếp sợ	0	1	2	3
10	Tôi cảm thấy đầu mình căng ra	0	1	2	3
11	Tôi có cảm giác tức ngực, nghẹt thở	0	1	2	3
12	Hai tay tôi run run	0	1	2	3
13	Tôi có cảm giác run sợ	0	1	2	3
14	Tôi lo sợ mất khả năng tự kiểm soát bản thân	0	1	2	3
15	Tôi thấy khó thở	0	1	2	3
16	Tôi thấy rất sợ chết	0	1	2	3
17	Tôi có cảm giác hoảng sợ	0	1	2	3
18	Tôi có cảm giác đầy bụng, khó tiêu	0	1	2	3
19	Tôi cảm thấy muốn xỉu đi (kiệt sức)	0	1	2	3
20	Tôi thấy mặt mình nóng phừng phừng	0	1	2	3
21	Tôi thấy toát mồ hôi (không phải do nóng)	0	1	2	3

IV. THANG TỰ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ LO HÃI

State–Trait Anxiety Inventory – Form Y1 (STAI–Y1)*

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Họ và tên:

Tuổi:

Nam / nữ:

Văn hóa:

Ngày:

Hướng dẫn: Dưới đây là 20 câu hỏi – mệnh đề được dùng để mô tả trạng thái tâm lý của bạn. Xin bạn hãy đọc kỹ từng câu, sau đó khoanh tròn vào một số thích hợp (từ 1 đến 4) biểu thị trạng thái tình cảm của bạn vào lúc này. Không có câu trả lời đúng hoặc sai. Không sử dụng quá nhiều thời gian để suy nghĩ về một câu hỏi. Hãy trả lời bằng chính những ý nghĩ đến trong óc mình đầu tiên.

STT	Trạng thái xúc cảm, tình cảm	Mức độ không có	Một chút	Tương đối	Rất nhiều
1	Tôi cảm thấy bình tĩnh	1	2	3	4
2	Tôi cảm thấy an toàn	1	2	3	4
3	Tôi đang căng thẳng	1	2	3	4
4	Tôi cảm thấy mệt mỏi và lo âu	1	2	3	4
5	Tôi cảm thấy thư thái	1	2	3	4
6	Tôi cảm thấy bức tức	1	2	3	4
7	Tôi đang lo lắng về những bất hạnh rủi ro	1	2	3	4
8	Tôi cảm thấy hài lòng	1	2	3	4
9	Tôi cảm thấy sợ hãi	1	2	3	4
10	Tôi cảm thấy dễ chịu thoải mái	1	2	3	4
11	Tôi cảm thấy tự tin	1	2	3	4
12	Tôi cảm thấy thần kinh bị kích thích	1	2	3	4
13	Tôi cảm thấy bồn chồn	1	2	3	4
14	Tôi cảm thấy phân vân, không thể quyết định được	1	2	3	4

15	Tôi cảm thấy thần kinh thư giãn	1	2	3	4
16	Tôi cảm thấy thoải mái	1	2	3	4
17	Tôi cảm thấy lo lắng	1	2	3	4
18	Tôi cảm thấy tư duy bị nhầm lẫn, lộn xộn	1	2	3	4
19	Tôi cảm thấy vững tâm	1	2	3	4
20	Tôi cảm thấy vui mừng	1	2	3	4

V. THANG TỰ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ LO HÃI

State–Trait Anxiety Inventory – Form Y2 (STAI–Y2)*

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Họ và tên:

Nam / nữ:

Văn hóa:

Tuổi:

Hướng dẫn: Dưới đây là 20 câu hỏi–mệnh đề được dùng để mô tả trạng thái tâm lý tình cảm của bạn. Xin bạn hãy đọc kỹ từng câu, sau đó khoanh tròn vào một mức độ thích hợp (từ 1 đến 4) biểu thị cảm giác chung nhất của bạn. Không có câu trả lời đúng hoặc sai. Không sử dụng quá nhiều thời gian để suy nghĩ về một câu hỏi. Hãy trả lời bằng những ý nghĩ, cảm nhận đến đầu tiên trong óc mình.

STT	Trạng thái xúc cảm, tình cảm	Hầu như không	Thỉnh thoảng	Luôn luôn	Hầu như mọi lúc
21	Tôi cảm thấy vui mừng	1	2	3	4
22	Tôi cảm thấy bối rối, không yên	1	2	3	4
23	Tôi cảm thấy hài lòng với chính mình	1	2	3	4
24	Tôi cảm thấy mình không được hạnh phúc như mọi người	1	2	3	4
25	Tôi cảm thấy mình là kẻ thất bại	1	2	3	4
26	Tôi cảm thấy thanh thoi, bình an	1	2	3	4
27	Tôi cảm thấy bình tĩnh, có khả năng tập	1	2	3	4

	trung				
28	Tôi cảm thấy khó khăn chồng chất không thể khắc phục được	1	2	3	4
29	Tôi lo lắng quá nhiều vào những vấn đề không quan trọng	1	2	3	4
30	Tôi là người hạnh phúc	1	2	3	4
31	Tôi có những ý nghĩ vẩn vơ trong đầu	1	2	3	4
32	Tôi cảm thấy mất tự tin	1	2	3	4
33	Tôi cảm thấy an toàn	1	2	3	4
34	Tôi ra quyết định dễ dàng	1	2	3	4
35	Tôi không đủ khả năng, không đủ tự tin	1	2	3	4
36	Tôi cảm thấy vừa lòng, thoải mái	1	2	3	4
37	Những ý nghĩ vớ vẩn hay thoảng qua làm tôi khó chịu	1	2	3	4
38	Tôi không thể nào loại bỏ được những ý nghĩ thất vọng ra khỏi đầu	1	2	3	4
39	Tôi là người điềm tĩnh, vững tâm	1	2	3	4
40	Tôi cảm thấy căng thẳng, đầu óc bấn loạn khi có chuyện phải quan tâm suy nghĩ	1	2	3	4

THANG TỰ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ LO HÃI

State-Trait Anxiety Inventory – Form C1 (STAI-C1)

(Dùng cho trẻ em 7 – 14 tuổi)

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Tên:

Tuổi:

Giới:

Ngày làm test:

Hướng dẫn: Dưới đây là 20 câu hỏi mô tả trạng thái xúc cảm, tâm lý của trẻ cùng tuổi của bạn. Xin hãy đọc kỹ từng câu sau đó quyết định liệu

từng trạng thái này đúng hay không với bạn vào lúc này. Xin hãy khoanh tròn vào một mức độ thích hợp: (a.b.c). Không có câu trả lời đúng hoặc sai, không sử dụng quá nhiều thời gian vào một câu hỏi.

1– Tôi cảm thấy:	a– Rất bình tĩnh	b– Bình tĩnh	c– Mất bình tĩnh
2– Tôi cảm thấy:	a– Rất bực bội	b– Bực bội	c– Không bực bội
3– Tôi cảm thấy:	a– Rất vui mừng	b– Vui mừng	c– Không vui
4– Tôi cảm thấy:	a– Rất căng thẳng	b– Căng thẳng	c– Không căng thẳng
5– Tôi cảm thấy:	a– Rất thanh thản	b– Thanh thản	c– Không thanh thản
6– Tôi cảm thấy:	a– Rất bồn chồn	b– Bồn chồn	c– Không bồn chồn
7– Tôi cảm thấy:	a– Rất sợ hãi	b– Sợ hãi	c– Không sợ hãi
8– Tôi cảm thấy:	a– Rất thư giãn	b– Thư giãn	c– Không thư giãn
9– Tôi cảm thấy:	a– Rất lo lắng	b– Lo lắng	c– Không lo lắng
10– Tôi cảm thấy:	a– Rất hài lòng	b– Hài lòng	c– Không hài lòng
11– Tôi cảm thấy:	a– Rất hốt hoảng	b– Hốt hoảng	c– Không hốt hoảng
12– Tôi cảm thấy:	a– Rất hạnh phúc	b– Hạnh phúc	c– Không hạnh phúc
13– Tôi cảm thấy:	a– Rất tự tin	b– Tự tin	c– Không tự tin
14– Tôi cảm thấy:	a– Rất thoải mái dễ chịu	b– Thoải mái dễ chịu	c– Không thoải mái
15– Tôi cảm thấy:	a– Rất khó chịu	b– Khó chịu	c– Không khó chịu
16– Tôi cảm thấy:	a– Rất buồn chán	b– Buồn chán	c– Không buồn chán
17– Tôi cảm thấy:	a– Rất thú vị	b– Thú vị	c– Không thú vị
18– Tôi cảm thấy:	a– Rất ghê sợ	b– Ghê sợ	c– Không ghê sợ
19– Tôi cảm thấy:	a– Rất lẩn lộn	b– Lẩn lộn	c– Không lẩn lộn
20– Tôi cảm thấy:	a– Rất vui nhộn	b– Vui nhộn	c– Không vui nhộn

VI. THANG TỰ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ LO HÃI

State–Trait Anxiety Inventory – Form C1 (STAI–C1)

(dùng cho trẻ em 7–14 tuổi)

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Họ và tên:

Tuổi:

Giới tính:

Ngày đánh giá:

Hướng dẫn: Dưới đây là 20 câu hỏi mô tả trạng thái xúc cảm. tâm lý của trẻ cùng lứa tuổi với bạn. Xin hãy đọc kỹ từng câu sau đó hãy quyết định liệu nó là không đúng, thì thoảng đúng hay luôn luôn đúng với mình bằng cách khoanh tròn 1 chữ số: 0 (không đúng), 1 (thì thoảng đúng), hoặc 2 (luôn luôn đúng). Không có câu trả lời đúng hoặc sai, không sử dụng quá nhiều thời gian cho một câu hỏi.

STT	Câu hỏi	Không đúng	Thì thoảng đúng	Luôn luôn đúng
1	Tôi lo lắng mỗi khi mình mắc lỗi	0	1	2
2	Tôi cảm thấy muốn khóc	0	1	2
3	Tôi cảm thấy mình bất hạnh	0	1	2
4	Tôi cảm thấy khó khăn khi phác thảo kế hoạch trong đầu	0	1	2
5	Tôi cảm thấy bối rối khi gặp khó khăn trở ngại	0	1	2
6	Tôi lo lắng quá nhiều	0	1	2
7	Ở nhà tôi hay cáu giận	0	1	2
8	Tôi là đứa hay e thẹn, hay xấu hổ	0	1	2
9	Tôi cảm thấy khó chịu, bứt rứt	0	1	2
10	Những ý nghĩ vẩn vơ hay có trong đầu làm tôi khó chịu	0	1	2
11	Tôi lo lắng về chuyện trường học	0	1	2
12	Tôi lúng túng, bối rối khi quyết định cái gì phải làm	0	1	2
13	Tôi nhận thấy tim mình đập nhanh	0	1	2
14	Tôi âm thầm lo sợ	0	1	2
15	Tôi lo lắng về cha mẹ mình	0	1	2
16	Tay của tôi ra nhiều mồ hôi	0	1	2
17	Tôi lo lắng về những điều xấu có thể xảy ra với tôi	0	1	2
18	Tôi khó ngủ về ban đêm	0	1	2
19	Tôi có cảm giác khó tiêu, đầy bụng	0	1	2
20	Tôi lo lắng liệu người khác có nghĩ xấu về	0	1	2

	tôi			
--	-----	--	--	--

VII. THANG ĐÁNH GIÁ CÁC KỸ NĂNG XÃ HỘI

Social Skills Rating System (Gresham & Elliott, 1990)

(Dùng cho học sinh 10 – 20 tuổi)

Người dịch: TS. Nguyễn Công Khanh

Tên:

Tuổi:

Giới tính:

Ngày đánh giá:

Dưới đây là những hành vi mà một người ở lứa tuổi bạn có thể làm. Xin hãy đọc kỹ từng câu, nghĩ xem mình có làm thường xuyên không và ở mức độ nào?

a) Đánh giá mức độ quan trọng:

- Không quan trọng khoanh số 0
- Quan trọng khoanh số 1
- Rất quan trọng khoanh số 2

b) Đánh giá mức độ thực hiện:

- Chưa bao giờ khoanh số 0
- Đôi khi khoanh số 1
- Thường xuyên khoanh số 2

STT	Câu hỏi	Mức độ quan trọng			Mức độ thực hiện		
1	Tôi kết bạn dễ dàng	0	1	2	0	1	2
2	Tôi khen người khác khi họ làm một việc tốt	0	1	2	0	1	2
3	Khi bị đứa trẻ khác đánh hoặc trêu, tôi mách người lớn	0	1	2	0	1	2

4	Tôi là người tự tin trong các cuộc hẹn hò	0	1	2	0	1	2
5	Tôi cố gắng hiểu bạn mình khi họ bức tức, nổi cáu hoặc buồn chán	0	1	2	0	1	2
6	Tôi lắng nghe người lớn khi họ đang nói với tôi	0	1	2	0	1	2
7	Tôi bỏ qua khi các bạn trêu chọc tôi	0	1	2	0	1	2
8	Khi có khó khăn tôi nhờ bạn bè giúp đỡ	0	1	2	0	1	2
9	Khi dùng đồ đạc của người khác tôi xin phép	0	1	2	0	1	2
10	Khi có bất đồng với người lớn tôi không có tranh cãi hoặc gây sự với họ	0	1	2	0	1	2
11	Tôi tránh không a dua tham gia vào những việc có thể gây ra sự tức giận ở người lớn	0	1	2	0	1	2
12	Tôi thông cảm với người khác khi họ gặp điều chẳng lành	0	1	2	0	1	2
13	Tôi hoàn thành bài tập ở nhà đúng hẹn	0	1	2	0	1	2
14	Tôi giữ bàn học của mình gọn gàng, ngăn nắp	0	1	2	0	1	2
15	Tôi tự nguyện làm những việc vặt ở trong nhà giúp bố mẹ	0	1	2	0	1	2
16	Ở trường tôi tích cực, năng nổ tham gia các hoạt động xã hội	0	1	2	0	1	2
17	Tôi hoàn thành công việc ở lớp đúng giờ	0	1	2	0	1	2
18	Khi có sự bất đồng với bố mẹ hoặc thầy cô giáo, tôi thỏa hiệp với họ	0	1	2	0	1	2
19	Tôi bỏ qua không để ý đến những học sinh làm hề trong lớp	0	1	2	0	1	2
20	Tôi chủ động hẹn hò với người tôi thích	0	1	2	0	1	2
21	Tôi lắng nghe bạn mình tâm sự khi họ có rắc rối	0	1	2	0	1	2
22	Tôi giải quyết những xung đột với cha mẹ một cách bình tĩnh	0	1	2	0	1	2
23	Tôi biết khen những người bạn khác giới	0	1	2	0	1	2
24	Tôi hỏi chuyện người khác khi họ làm tốt một điều gì đó	0	1	2	0	1	2
25	Tôi mỉm cười, vẫy chào, hoặc gật đầu chào mọi người	0	1	2	0	1	2
26	Tôi bắt đầu một cuộc trò chuyện với bạn khác giới một cách tự nhiên	0	1	2	0	1	2
27	Tôi chấp nhận sự trừng phạt của người lớn mà	0	1	2	0	1	2

	không nổi khùng						
28	Nếu tôi thích ai, tôi nói hoặc biểu lộ để họ biết	0	1	2	0	1	2
29	Tôi bênh vực bạn mình khi họ bị đối xử không công bằng	0	1	2	0	1	2
30	Tôi mời người khác tham gia vào các hoạt động xã hội	0	1	2	0	1	2
31	Tôi sử dụng thời gian rỗi của mình một cách có hiệu quả nhất	0	1	2	0	1	2
32	Tôi kiểm chế được mình khi người ta nổi cáu với tôi	0	1	2	0	1	2
33	Tôi để ý đến những người bạn khác giới mà không cảm thấy bối rối, xấu hổ	0	1	2	0	1	2
34	Tôi nghe bố mẹ trách mắng mà không giận dữ	0	1	2	0	1	2
35	Tôi chấp hành những chỉ dẫn của thầy giáo	0	1	2	0	1	2
36	Tôi nói năng nhẹ nhàng trong các cuộc thảo luận trong lớp	0	1	2	0	1	2
37	Tôi chủ động đề nghị các bạn làm một điều gì đó cho mình	0	1	2	0	1	2
38	Tôi chủ động đối thoại với các thành viên khác trong lớp	0	1	2	0	1	2
39	Tôi nói: “Sự việc nên kết thúc ở đây” khi các bạn trong lớp có sự tranh luận hoặc cãi cọ quá đáng	0	1	2	0	1	2

PHẦN VI. NHỮNG LIỆU PHÁP TÂM LÝ CƠ BẢN

Lịch sử loài người đã biết áp dụng các phương pháp tâm lý để kiểm soát xúc cảm, hành vi từ hàng ngàn năm trước đây. Ví dụ, các phương pháp Tĩnh khí công Dưỡng sinh, Thiền, Yoga... của người Phương Đông đề ra ba nguyên lý cơ bản: điều tức, điều tâm, điều thân trong tập luyện các môn phái này. Tuy nhiên việc sử dụng một cách có hệ thống các nguyên tắc và phương pháp tâm lý để loại bỏ một chứng bệnh rối nhiễu tâm trí thì chỉ có Tâm lý học lâm sàng mới đi sâu nghiên cứu, và chuyên ngành này mới chỉ xuất hiện cách đây hơn 100 năm.

Đến nay, Tâm lý học lâm sàng đã phát triển được trên 100 liệu pháp khác nhau dùng cho việc điều trị các chứng rối nhiễu tâm lý và rối loạn tâm thần. Có giá trị nhất trong số các liệu pháp này là các nhóm liệu pháp: thư giãn, thở bụng, giải mẫn cảm có hệ thống, điều chỉnh nhận thức, thường củng cố, thường quy đổi trò chơi phân vai, tâm kịch, ứng phó giải quyết vấn đề, trị liệu nhóm - gia đình...

Tuy nhiên để trả lời câu hỏi nên sử dụng liệu pháp nào là thích hợp cho từng loại rối nhiễu tâm trí trên từng ca lâm sàng cụ thể là điều không dễ dàng. Quyết định dùng nhóm liệu pháp nào cho từng ca trị liệu lâm sàng cụ thể là tùy thuộc vào tay nghề, kinh nghiệm điều trị lâm sàng của chính nhà trị liệu, tùy thuộc vào kiểu rối nhiễu, bản chất của rối nhiễu, hoàn cảnh, sự đồng ý của thân chủ và kết quả trị liệu khởi đầu.

Dưới đây chúng tôi xin giới thiệu một số nhóm kỹ thuật trị liệu tâm lý cơ bản. Trên cơ sở những hiểu biết và kinh nghiệm thực hành trị liệu của bản thân và đồng nghiệp, chúng tôi lần lượt giới thiệu khoảng 20 nhóm liệu pháp tâm lý mà chúng không thuần túy thuộc về một trường phái duy nhất nào.

I. LIỆU PHÁP THƯ GIÃN

Thư giãn được xem là một trong những phương pháp thường dùng và rất có hiệu quả trong việc điều trị các chứng bệnh tâm trí. Đó là quá trình làm giảm mềm cơ bắp, giúp cho thần kinh, tâm trí được thư thái, qua đó làm giảm những cảm xúc tiêu cực hoặc chứng bệnh tâm thần (căng thẳng thần kinh, lo âu, ám sợ, trầm nhược, đau đầu...) do các nhân tố Stress gây ra. Các chuyên gia tâm thần, các nhà trị liệu tâm lý đều cho rằng thư giãn làm giảm chuyển hoá cơ bản, tiết kiệm năng lượng, khiến máu về tim dễ hơn và nhiều hơn. Thư giãn giúp tập trung tư tưởng, ức chế vỏ não, ngắt bỏ những kích thích bên ngoài giúp tinh thần hết căng thẳng, làm chủ được giác quan và cảm giác. Thư giãn giúp dập tắt dần những phản xạ được điều kiện hoá có hại cho cơ thể.

Thực hành thư giãn có lẽ đã xuất hiện ở Phương Đông cách nay vài nghìn năm đi liền với phép luyện khí công, thiền, yoga. Tuy nhiên với tư cách

là một kỹ thuật cơ bản của trị liệu tâm lý, được các nhà trị liệu sử dụng một cách có bài bản trong điều trị tâm bệnh lý thì chỉ mới tồn tại vài chục năm nay.

Hiện tại có nhiều kỹ thuật thư giãn khác nhau được dùng trong trị liệu tâm lý. Tuy nhiên các kỹ thuật này chủ yếu được phát triển từ hai phương pháp: Thư giãn động, căng – chùng cơ (Progressive Muscle Relaxation) do Edmund Jacobson (1938), một bác sỹ tâm thần người Mỹ đề xướng hoặc thư giãn tĩnh – dựa vào tưởng tượng (Autogenies: imagery based relaxation) do Johannes Schultz (1932), một bác sỹ tâm thần người Đức đề xuất

1. Phương pháp thư giãn động, căng – chùng cơ

Phương pháp thư giãn động của Jacobson còn gọi là phương pháp thư giãn căng–chùng cơ. Phương pháp này dựa trên giả thuyết cho rằng căng và giãn mềm cơ có liên quan đến các pha hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh giao cảm và đối giao cảm, rằng một cá nhân không thể cùng một lúc vừa căng vừa thả lỏng một nhóm cơ nào đó.

Khi cơ thể ở trạng thái bị kích động, bị đe dọa, sợ hãi, giận dữ hoặc phấn khích, thì hệ thần kinh giao cảm tự tăng cường khả năng hoạt động, đưa cơ thể vào trạng thái “báo động”, sẵn sàng đáp ứng. Lúc này máu từ khu trung tâm được huy động để cung cấp năng lượng cho các nhóm cơ, nhịp tim tăng, huyết áp tăng, trương lực cơ tăng đáng kể, nhịp thở tăng, mồ hôi tiết ra nhiều hơn. Tuy nhiên, hoạt động của pha giao cảm ngày càng phụ thuộc đáng kể vào kiểu stress. Thường thì một nhóm (hoặc nhiều nhóm) cơ nào đó sẽ tăng trương lực. Sự căng cứng này phụ thuộc vào mối tương tác giữa nhân tố gây stress và sự trải nghiệm, cách thức một cá nhân đối phó với stress (chẳng hạn đối với người này căng cơ ở lưng, với người khác căng cơ ở cổ hoặc ở trán). Sức căng thay đổi từ nhẹ đến nặng tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tác nhân gây stress.

Ngược lại, khi ta ở vào trạng thái yên lặng, tĩnh tâm, tâm trạng hài lòng hoặc ngủ: thì hệ thần kinh đối giao cảm được kiểm soát. Nhịp tim giảm, huyết áp giảm xuống mức bình thường, nhịp thở chậm lại và dễ hơn, máu trở về khu trung tâm của cơ thể để lấy dinh dưỡng, trao đổi năng lượng. Trương lực

cơ giảm đáng kể, mọi người có cảm giác nặng ở cơ hoặc cơ được thả lỏng. Đây là quá trình xây dựng và khôi phục.

Hoạt động của các quá trình giao cảm và đối giao cảm đối lập nhau, về mặt cơ chế, hai hệ thống này có khả năng hạn chế lẫn nhau. Khi một hệ thống tăng cường hoạt động thì lập tức hệ thống kia giảm hoạt động. Cả hai hệ thống này không thể hoạt động tối đa ở cùng một thời điểm. Do vậy không thể vừa căng trương lực một nhóm cơ lại vừa chùng nhóm cơ đó tại cùng một thời điểm. Jacobson nhận ra điều này và tuyên bố rằng ta có thể kiểm soát trực tiếp sự cân bằng ở hệ thần kinh tự điều chỉnh. Điều này thách thức lý thuyết khoa học hiện có, khi nhiều nhà khoa học cho rằng hệ thần kinh tự điều chỉnh kiểm soát gần như toàn bộ các chức năng sống còn của cơ thể (ví dụ: kiểm soát nhịp tim, nhịp thở, thân nhiệt...) là hệ thống tự chủ. Vì theo họ các quá trình này vẫn tiếp diễn cả khi ngủ và thức, và về mặt hình thức thì logic này được chấp nhận. Nhưng thực chất thì không phải hoàn toàn như vậy. Bằng chứng là các nhà thực hành thiền, yoga có thể hạ nhịp tim, hạ thấp nhiệt độ cơ thể, có thể thay đổi sóng não, chứng tỏ họ có năng lực tốt, kiểm soát trực tiếp hoạt động của hệ thần kinh tự chủ, mặc dù cơ chế giải thích vẫn chưa thật rõ ràng.

Vấn đề cần được làm sáng tỏ là cái gì nên được làm với lý thuyết về hệ thần kinh không chủ định. Những công trình nghiên cứu sau đó đã khẳng định rằng những đáp ứng của cơ thể (thuộc sự kiểm soát của hệ thần kinh không tự chủ) có thể được kiểm soát, điều khiển một cách có chủ định. Trong những nghiên cứu của mình, Jacobson đã thành công đặt 2 pha căng – chùng cơ vào một chương trình huấn luyện thư giãn. Như vậy theo Jacobson, thư giãn là một phương pháp hành vi có chủ tâm nhằm kiểm soát và thay đổi mối quan hệ giữa 2 pha hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh tự chủ.

Trong công trình nghiên cứu của mình (Smith (1988) khẳng định có 3 quá trình nhận thức liên quan đến luyện tập thư giãn:

1. Tập trung: Năng lực duy trì chú ý vào một kích thích đơn nhất trong một khoảng thời gian nhất định.

2. Thụ động: Năng lực dừng các hoạt động có mục đích, thói quen phân tích để đưa cơ thể vào trạng thái tĩnh lặng trong một khoảng thời gian nhất định.

3. Thụ cảm: Năng lực chấp nhận và chịu đựng những trải nghiệm gây khó chịu hoặc không biết chắc chắn.

Việc học kỹ thuật thư giãn đòi hỏi phải có những điều kiện nhất định. Trước hết đòi hỏi phải thay đổi cấu trúc nhận thức bằng nhiều cách. Ví dụ nhận thức cho rằng: Cần phải trở thành một người có giá trị, có ích cho gia đình xã hội, cách nghĩ này hối thúc chủ thể phải hoạt động liên tục, kiếm tiền, tham gia vào các hoạt động xã hội. Không hoạt động coi như là không đắc dụng: thậm chí bị coi là lười biếng. Những ai theo cách nhìn này đã tự thôi phồng giá trị của những hoạt động trực tiếp dẫn đến việc đạt mục đích mà đánh giá thấp hoặc phớt lờ những hoạt động gián tiếp như tĩnh tâm để khôi phục năng lượng, khai triển trí sáng tạo. Những ai đã thực hành thư giãn mới thấy rõ giá trị của các quá trình tập trung thụ động và thụ cảm nhận có giá trị như thế nào đối với việc phục hồi chức năng hoạt động của hệ thần kinh. Cũng có không ít người không tin vào tính hiệu quả của việc luyện tập thư giãn hoặc không đủ kiên trì để thực hành kỹ thuật hàng ngày.

Thực hành thư giãn giúp chúng ta có năng lực kiểm soát các trạng thái xúc cảm, nhờ đó có thể đương đầu có hiệu quả với các rối nhiễu tâm lý. Một người thực hành thư giãn thường xuyên có thể biết và phân biệt được sự khác nhau giữa trạng thái thư giãn và trạng thái căng thẳng cả ở góc độ nhận thức lẫn góc độ cảm nhận. Những cấu trúc nhận thức sai lệch được nhận thức lại, được điều chỉnh. Một loạt những niềm tin về bản thân, về giá trị của tính chủ động đối lập với tính thụ động cũng thay đổi.

Kỹ thuật thư giãn hai pha căng và chùng cơ là một kỹ thuật dễ thực hành, không đòi hỏi cao như các kỹ thuật thiền, tĩnh khí công.

Điều kiện để tập luyện:

– Nơi tập phải thông thoáng, tách biệt khỏi các kích thích gây mất tập trung chú ý.

– Không để chuông điện thoại ở chỗ tập.

– Không bật tivi, băng cassette, đài.

– Kiên trì tập 2–3 lần /ngày, mỗi lần 30–40 phút.

– Nếu muốn, ta có thể mở nhạc nhẹ lúc tập.

Tạo một tâm trạng thích hợp cho việc tập luyện:

– *Duy trì sự chú ý thụ động*: Học thư giãn đòi hỏi ta phải cân bằng giữa chú ý và im lặng. Chú ý thụ động là cần thiết để học cách nhận biết khi nào sự căng thẳng đang có mặt. Bởi vì căng trương lực cơ là hệ thống “đèn đỏ” của cơ thể, báo động cho chúng ta biết rằng stress đang có mặt.

– *Không cố gắng làm cho thư giãn nhanh xảy ra*: Thư giãn không giống như chạy, chạy nhanh để mau đến đích. Ngược lại, thư giãn là một kỹ thuật đòi hỏi sự tinh tế đạt được bằng yên lặng, tĩnh tâm. Ta không nên chế ngự bằng ép buộc, dùng sức mạnh của ý chí.

– *Không vội vã*: Thư giãn không giống như các thao tác công việc làm nhanh để sớm kết thúc để nghỉ ngơi. Luyện tập thư giãn đòi hỏi sự thư thả, thanh thoi giống như nằm trên bãi biển, trên boong tàu nghe tiếng sóng vỗ. nhìn những con hải âu đùa giỡn...

– *Tự nhận biết, tự quan sát*: Trong những tuần đầu tiên thực hành thư giãn, ta hãy ưu tiên cho sự nhận biết sự khác nhau giữa 2 trạng thái căng và thả lỏng cơ. Tập trung vào sự nhận biết, quan sát nội tâm, điều này giúp ta phát triển tính nhạy cảm đối với những dấu hiệu căng thẳng.

– *Không lo lắng sợ hãi khi bắt gặp các cảm giác lạ*: Khi thực hành thư giãn, ở một số người có thể xuất hiện cảm giác như mất kiểm soát, lo lắng hoặc ảo giác. Nhìn chung những ảo giác này qua nhanh, khi người thực hành được cảnh báo trước và bản thân họ trải nghiệm những cái lợi của phương pháp thư giãn. Họ có thể dễ dàng thoát ra khỏi quá trình thư giãn, dùng các

cảm giác lạ lại bằng cách chủ động “rùng mình” hoặc bấm mạnh vào đầu ngón chân cái.

Quá trình thư giãn:

– Các bài tập thư giãn diễn ra xung quanh việc tập luyện căng – chùng 16 nhóm cơ sau:

1. Cánh tay phải.
2. Cánh tay trái
3. Bàn tay phải
4. Bàn tay trái
5. Cơ vai, vai phải, vai trái
6. Cơ cổ
7. Cơ trán, mắt, da đầu
8. Nhóm cơ miệng, răng, lưỡi
9. Nhóm cơ vùng ngực
10. Nhóm cơ vùng dạ dày, bụng
11. Nhóm cơ lưng
12. Nhóm cơ hông
13. Đùi phải
14. Đùi trái
15. Chân và cổ chân phải
16. Chân và cổ chân trái

Người tập có thể thư giãn 16 nhóm cơ theo trình tự, tập từ cánh tay đến chân hoặc chọn một nhóm cơ bất kỳ tập trước cũng được. Thời gian căng–chùng của 1 nhóm cơ khoảng 30 giây (10 giây căng cơ 20 giây trùng cơ) lặp lại khoảng 3 lần với 1 nhóm cơ. Mỗi buổi tập kéo dài 30–60 phút.

Người tập nên tự theo dõi, quan sát những phản ứng căng thẳng của cơ thể không chỉ trong khi tập mà cả khi không tập, ghi vào một cuốn sổ nhỏ những dấu hiệu như: Căng cơ xảy ra khi nào, kéo dài bao lâu, tình huống gây stress. những người có liên quan... Thói quen này giúp người tập nhạy cảm với các tác nhân bên trong, bên ngoài gây stress.

– Có thể giảm 16 nhóm cơ xuống còn 8 nhóm, rồi 4 nhóm: Sau khi quen với việc thư giãn 16 nhóm cơ, người tập có thể cùng một lúc thư giãn nhiều nhóm cơ. 16 nhóm cơ được phối hợp lại chỉ còn 8 nhóm rồi 4 nhóm:

Thư giãn với 8 nhóm cơ:

1. Hai cánh tay
2. Hai bàn tay
3. Vai, cổ
4. Trán, vùng đầu
5. Ngực, dạ dày, bụng
6. Lưng, mông
7. Đùi
8. Chân

Thư giãn với 4 nhóm cơ:

1. Cánh tay, bàn tay
2. Vai, cổ, đầu
3. Ngực, dạ dày, lưng, mông
4. Đùi, chân

Học cách phân biệt các mức độ căng – chùng cơ:

Người tập khi đã quen với thư giãn, biết được sự khác nhau giữa 2 pha căng–chùng cơ, họ được yêu cầu giảm cường độ căng cứng khi thực hành căng cơ nhưng vẫn giữ nguyên thời gian giữ nguyên chu kỳ căng–chùng cơ.

Để giúp cho người tập dễ nhận biết, họ được yêu cầu tưởng tượng ra một thang đo gồm 100 điểm, mức độ căng thẳng – căng trương lực cơ cao nhất là 100 điểm.

Người tập hãy tưởng tượng mức căng cơ của mình lúc đầu là 90–100 điểm, sau đó giảm xuống 75 điểm rồi 50 điểm và cuối cùng giảm xuống chỉ còn 25 điểm. Cố gắng tưởng tượng ra mức căng cơ chỉ còn có 25% so với lúc đầu. Mục đích của việc giảm cường độ của pha căng cứng là để tăng mức độ nhạy cảm của cơ thể, do đó có thể cảm nhận được sự căng thẳng bất kỳ khi nào nó vừa có mặt và bất kỳ ở đâu khi nó vừa xảy ra. Cách luyện tập này tăng khả năng cảm nhận được những căng thẳng tinh tế nhất. Đồng thời sẽ giúp cho ta có năng lực đưa cơ thể vào trạng thái thư giãn hoàn toàn một cách nhanh nhất.

Tóm lại phương pháp thư giãn động bao gồm 5 giai đoạn sau:

1. Thư giãn lần lượt 16 nhóm cơ.
 2. Giảm từ 16 nhóm cơ xuống còn 8 nhóm cơ qua 1–2 tuần tập luyện, khi bạn có thể thư giãn nhanh và sâu như trước đó.
 3. Giảm mức độ căng cơ có chủ ý xuống còn 75% mức ban đầu.
 4. Giảm từ 8 nhóm cơ xuống còn 4 nhóm cơ sau 1–2 tuần tập luyện.
 5. Giảm mức độ căng cơ chủ ý xuống còn 50% mức ban đầu.
 6. Giảm mức độ căng cơ chủ ý xuống còn 20% mức ban đầu.
- Thư giãn kết hợp với thở sâu quán tưởng (dùng tâm ý để tưởng tượng) bằng lời:

Hầu hết các nhà trị liệu hướng dẫn các bài tập thư giãn đều sử dụng sự quán tưởng bằng lời. Ví dụ thở ra thì nói “thư giãn”, “buông lỏng”. Sử dụng lời để quán tưởng thư giãn còn gọi là sự mã hoá tâm thức, một phản xạ có điều kiện nhằm tạo ra một đáp ứng tự động. Thư giãn là đáp ứng mà chúng ta muốn kiểm soát, từ này khi ta nhủ thầm, là một tín hiệu gây ra một đáp ứng của cơ thể – các cơ buông lỏng, thư giãn.

Trẻ em từ 6 tuổi trở lên có thể tập thư giãn động được, tuy nhiên bác sĩ trị liệu cần biết cách “chế biến” các động tác thành các trò chơi, thi đấu: thi uốn dẻo, tập đi cầu thăng bằng, tập đứng một chân, tập chui qua “ống cống”...

2. Thư giãn tĩnh dựa vào tưởng tượng

Phương pháp trị liệu này nhấn mạnh đến tưởng tượng và tự ám thị (suggestion), giống như phương pháp thiền của Á Đông. Khi thư giãn, người tập đồng thời quán tưởng những cảnh như dạo chơi trên bãi biển thanh bình lúc sáng sớm mặt trời mọc hoặc nghe tiếng sóng vỗ nhẹ nhàng, hoặc tiếng kêu của đàn chim hải âu. Cũng có thể quán tưởng đang ở trên một mỏm núi cao phóng tầm mắt vào khoảng không tuyệt đẹp. Mênh mông rộng lớn phía trước, trong khi nghe tiếng gió thì thào qua những hàng cây. Cũng có thể tưởng tượng ra một khuôn mặt của bạn bè, người thân hoặc người yêu...

Tất cả các kỹ thuật tưởng tượng đều nhằm kiểm soát tâm trí và cơ thể. Thư giãn sâu bằng quán tưởng có thể sinh ra sóng Alpha, một loại sóng não có bước sóng thấp (12 đến 14 Hz). Loại sóng Alpha này thường xuyên xuất hiện khi ta vừa ngủ hoặc sắp tỉnh giấc. Theo Joe Kamiya, người đi tiên phong trong lĩnh vực nghiên cứu sóng não qua phương pháp mạch phản hồi sinh học (biofeedback) đã chỉ ra rằng mọi người có thể học cách kiểm soát nhịp Alpha bằng phương pháp thư giãn tĩnh qua thông tin phản hồi sinh học.

Liệu pháp thư giãn tĩnh là một phương pháp kiểm soát stress có hiệu quả do một bác sĩ tâm thần người Đức – Johannes Schultz đề xướng (1932). Theo Schultz và các cộng sự, thư giãn tĩnh là phương pháp luyện tập nhằm đạt tới sự cân bằng tâm sinh lý bên trong của cơ thể, bằng phương pháp này, người tập có thể đạt đến ngưỡng cửa của sự vô thức.

Khác với kỹ thuật thư giãn động nhằm nhận ra sự khác nhau giữa trạng thái căng cơ và thả lỏng cơ, mục tiêu của thư giãn tĩnh là phát triển một mối liên hệ giữa một ý nghĩ thông qua tưởng tượng và quán tưởng bằng lời tự với trạng thái thư giãn mong muốn. Trong lúc thư giãn tĩnh tập chung chú ý vào

tư thế của cơ thể tưởng tượng (tự ám thị), trạng thái tâm thần mong muốn, thì toàn bộ cơ thể được đưa vào trạng thái yên lặng thụ động.

Chuẩn bị các điều kiện cho việc luyện tập thư giãn tĩnh

Luyện tập thư giãn tĩnh đòi hỏi có sự tập trung tâm tư cao của người tập:

1. Tuân thủ những chỉ dẫn, có động cơ tập luyện.
2. Có khả năng duy trì sự tự kiểm soát, tự hướng dẫn.
3. Biết sử dụng và duy trì đúng tư thế cơ thể khi tập.
4. Giảm các kích thích bên ngoài và tập trung có chủ định vào trạng thái tâm thần, thể chất bên trong.
5. Sử dụng cách tiếp cận đều đều, lặp đi lặp lại với các cảm giác khác nhau.
6. Tập trung vào các quá trình thực thể để ý thức định hướng vào bên trong.

Mỗi người học cách thư giãn tĩnh phải được chuẩn bị sẵn sàng chấp nhận trạng thái tỉnh thức, thay thế trạng thái tâm thần hiện tại. Biết duy trì sự tập trung thụ động trong luyện tập là rất quan trọng cho việc luyện tập thành công phương pháp thư giãn tĩnh. Trong khi tập có thể xuất hiện các cảm giác lạ. Khi cảm giác ngoại lai xảy ra, không cố gắng chống đỡ mà để các cảm giác này tự qua như là một phần của quá trình luyện tập trải nghiệm của sự tiến bộ.

Các kiểu cơ thể khi tập thư giãn tĩnh:

Tập thư giãn tĩnh có thể chọn các tư thế nằm, ngồi hoặc đứng. Tư thế nằm lưng áp sát sàn nhà, đầu kê gối mỏng, hai tay đặt xuôi sát bên hông, không nằm trên giường tập để tránh cảm giác ngủ gật khi tập. Tư thế ngồi trên ghế có tựa hoặc không tựa lưng nhưng đầu, cổ, lưng phải là một đường thẳng vuông góc với mặt ghế, tay thả lỏng tự nhiên trên đùi, tốt nhất nên ngồi với tư thế kiết già (phật ngồi toà sen) hoặc bán kiết già.

Các bài cơ bản luyện tập thư giãn tĩnh:

1. *Cánh tay và chân nặng*: Chọn một tư thế thoải mái nhất, nằm, ngồi hoặc đứng, nhắm mắt tưởng tượng cánh tay và chân nặng. Tập trung đầu tiên vào cánh tay thuận nhắc thầm: “Tay phải nặng lên”, làm 3–6 lần, mỗi lần 30–60 giây. Khi kết thúc lắc vai hoặc lắc đầu, đây chính là sự xả bỏ toàn thân để ra khỏi trạng thái đờ ẫn, rồi từ từ mở mắt. Sau đó đổi tay trái, lặp lại quá trình này. Chuyển qua chân phải rồi chân trái cũng làm như vậy. Cuối cùng thư giãn với cả 2 tay, cả 2 chân dùng các mật lệnh sau:

“Cả 2 tay tôi nặng lên”

“Cả 2 chân tôi nặng lên”

“Cả chân lẫn tay tôi đều nặng lên”

2. *Cánh tay và chân ấm*: Trong giai đoạn này của bài tập thư giãn tĩnh, người tập cần tập trung vào cảm giác nóng ấm, rồi tưởng tượng cảm giác nóng ấm từ từ lan khắp cơ thể, quá trình tập cũng bắt đầu từ tay thuận như sau:

“Tay phải tôi ấm lên”

“Tay trái tôi ấm lên”

“Chân phải tôi ấm lên”

“Chân trái tôi ấm lên”

“Cả hai tay tôi ấm lên”

“Cả hai chân tôi ấm lên”

“Cả hai tay và hai chân tôi ấm lên”

Người tập có thể tưởng tượng cảnh đang nằm phơi mình trên bãi biển dưới ánh nắng ấm của mặt trời hoặc đang nằm trong bồn nước ấm.

Với từng bài tập, người tập phải kiên trì thư giãn, tưởng tượng đến tận khi trải nghiệm sự dễ chịu thoải mái của những cảm giác nóng ấm, nặng. Sau mỗi pha tưởng tượng nên sử dụng kỹ thuật “xả bỏ” (tập trung vào hơi thở,

điều hoà hô hấp. hoặc kéo dài hơi thở, hoặc thoát khỏi các cảm giác tê nặng bằng xoa xát) trước khi bắt đầu pha mới. Giai đoạn luyện tập này kéo dài khoảng 3– 4 tuần. Mỗi ngày tập 2– 4 lần, mỗi lần kéo dài từ 10 - 40 phút.

3. *Cảm giác nóng và ẩm ở vùng tim*: Giai đoạn này, các bài tập luyện cảm giác nặng, nóng, ẩm được tập trung vào vùng tim:

“Nhịp đập tim tôi chậm đều”

“Tim tôi nặng và ẩm”

“Cảm giác nặng và ẩm lan toả khắp vùng tim”.

Người tập có thể đặt tay mình lên vùng tim để cảm nhận những thay đổi đang xảy ra. Cũng giống như các giai đoạn trước người tập thường xuyên sử dụng phép xả giữa các lần tập, sau khi kết thúc một pha, một giai đoạn của bài tập.

4. *Quán tưởng hơi thở, điều hoà hô hấp*: Giai đoạn này tập trung vào hơi thở, điều hoà hô hấp. Điều hoà hô hấp có ảnh hưởng đáng kể đến qua trình tĩnh tâm, làm “sạch” bộ não. Rất nhiều người đã sử dụng bài tập này như là phương tiện để tăng cường thư giãn cơ, định tâm, thanh lọc cảm xúc, loại bỏ những ý nghĩ vẩn vơ trong đầu.

Quá trình này bắt đầu như sau: chọn một tư thế thích hợp, thoải mái giãn mềm tất cả các cơ, sau đó tập trung vào hơi thở, cảm nhận:

“Tôi biết tôi đang thở”

Tải bản FULL (file doc 219 trang): bit.ly/3oVuOl3
Dự phòng: fb.com/TaiHo123doc.net

“Hơi thở của tôi thật bình thản, thư giãn”.

5. *Cảm giác ấm vùng bụng, đặc biệt vùng từng mặt trời (vùng ức, giữa ngực và bụng)*: Trong giai đoạn này, người tập cần tập trung thư giãn khoang bụng, đặc biệt vùng thượng vị, bụng trên (dưới tim, trên dạ dày), cảm giác vùng này ấm lên:

“Vùng ức của tôi ấm lên”

“Vùng bụng trên của tôi ấm lên”.

Điều quan trọng không phải là tạo cảm giác ấm trên bề mặt của da mà là cảm giác ấm sâu bên trong khoang bụng. Tự làm ấm khoang bụng có ảnh hưởng đáng kể đến hoạt động của hệ thần kinh đối giao cảm, làm máu đổ về vùng trung tâm nhiều hơn và làm giảm trương lực cơ.

6. Cảm giác mát lạnh vùng trán: Giai đoạn cuối cùng của các bài tập thư giãn tĩnh là tập trung làm mát vùng trán. Chọn một tư thế thoải mái, thả lỏng tất cả các cơ, sau đó dùng mật lệnh:

“Vùng trán của tôi mát lạnh”

“Cảm giác mát lạnh lan khắp vùng trán”

Đối với các vùng khác, thư giãn đi đôi với quán tưởng cảm giác nặng, ấm, nhưng riêng vùng trán là cảm giác mát lạnh và tập sau cùng, giai đoạn này kéo dài 10–20 phút.

Đối với một số bài tập trên đây, trong vài tuần đầu tập luyện, bạn có thể không cảm nhận được các cảm giác nặng, ấm thực sự nhưng càng về sau kiên trì tập bạn sẽ thấy rõ hơn các cảm giác nóng ấm, nặng, mát lạnh.

3. Luyện tập thư giãn tĩnh nâng cao

Sau khi đã trải qua giai đoạn luyện tập cơ bản của phương pháp thư giãn tĩnh, người tập có thể bước vào luyện tập thư giãn tĩnh nâng cao. Trong giai đoạn này gồm chủ yếu các bài tập về tưởng tượng hình dung. Theo Schultz và Luthe, mục đích của các bài tập này là nắm bắt và lưu giữ các hình ảnh tưởng tượng đủ dài để có được những ảnh hưởng có hiệu quả lên hoạt động của hệ thần kinh tự chủ khôi phục, tăng cường hoặc kiểm chế một chức năng nào đó.

[Tải bản FULL \(file doc 219 trang\): bit.ly/3oVuOl3](#)
[Dự phòng: fb.com/TaiHo123doc.net](#)

1. Bài tập thư giãn tưởng tượng nhìn vào trán:

Trước hết ta chọn cho mình một tư thế thoải mái (có thể nằm, đứng hoặc ngồi), thả lỏng tất cả các cơ, sau đó xoay cầu mắt, tập trung nhìn vào trán rồi điểm nhìn được chuyển sâu vào trong, ra phía sau đầu. Tập trung nhìn vào trán rồi phía sau đầu (đối diện với vùng trán), trong trạng thái toàn

thân thư giãn thường làm thay đổi sóng não, sóng Alpha tăng lên. Bài tập này cũng làm tăng khả năng nhập định—định tâm, cắt bỏ ý nghĩ vơ vẩn ám ảnh.

2. Bài tập thư giãn bằng tưởng tượng với màu sắc:

Bài tập này đòi hỏi người tập chọn cho mình một màu ưa thích (ví dụ màu xanh hoặc màu vàng) và nhắm mắt tưởng tượng “nhìn thấy màu đó, sau khi đưa cơ thể vào trạng thái thư giãn, người tập tưởng tượng ra màu mình mong muốn, màu đó xuất phát từ một điểm rồi lan toả và bao trùm khắp tâm trí, tập bài này thành công sẽ giúp người tập có thể bước vào luyện các bài tập phức tạp hơn.

Các nhà thực hành trị liệu bằng phương pháp này đã phát hiện ra rằng, các màu sắc khác có ảnh hưởng khác nhau lên tâm trí. Ví dụ, màu tím, màu đỏ kích thích cảm giác ấm, nóng. Ngược lại, màu xanh lá cây, xanh da trời thường gây cảm giác lạnh, mát. Màu đỏ kích thích sự tuần hoàn máu có hiệu quả chữa các chứng bệnh thiếu máu và tê liệt, ngoài ra còn tăng cường sự thèm ăn cho bệnh nhân, đồng thời có thể hồi phục huyết áp trở lại bình thường với người bị huyết áp thấp. Màu da cam có thể làm cho những người bị suy nhược thần kinh phấn chấn lên, có thể chữa các bệnh về phổi, họng và tỳ. Màu vàng có thể chữa các chứng đau các chùm dây thần kinh cơ da và thái dương.

Màu sắc có thể làm thay đổi tâm trạng, có thể chuyển từ trạng thái xúc cảm uỷ mị, trầm cảm sang trạng thái phấn khởi vui vẻ hoặc từ trạng thái căng thẳng sang trạng thái thư giãn. Do vậy thư giãn với màu sắc làm dịu sự căng thẳng, phục hồi sức làm việc của não và có thể chữa các căn bệnh khó ngủ, khó kiểm soát tâm trí. Tuy nhiên ảnh hưởng của màu sắc lên các trạng thái tâm thần của não phụ thuộc vào năng lực tưởng tượng—định tâm của từng cá nhân.

Các nhà thực hành tư liệu đã thành công trong việc huấn luyện một số bài tập tưởng tượng màu sắc sau đây cho những người bị các stress làm cho tâm trí lúc nào cũng căng thẳng, đầu nặng u đặc, đau cơ thể hoặc mất khả năng tập trung chú ý.