

YH1.71

PGS.TS. NGUYỄN VĂN NHẬN
(CHỦ BIÊN)

TÂM LÝ HỌC Y HỌC



THƯ VIỆN
Y HỌC

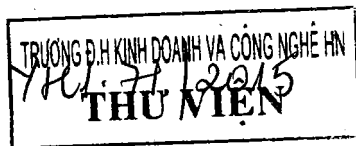
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chủ biên: PGS.TS. NGUYỄN VĂN NHẬN

TÂM LÝ HỌC Y HỌC

(Tái bản lần thứ hai có sửa chữa và bổ sung)



HÀ NỘI – 2006

Các tác giả:

PGS.TS. NGUYỄN VĂN NHẬN

PGS.TS. NGUYỄN SINH PHÚC



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI NÓI ĐẦU

Chăm lo sức khỏe con người là chăm lo cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Đây là công việc vẻ vang nhưng khó khăn và phức tạp, đòi hỏi phải sử dụng thành tựu tiên tiến của nhiều ngành khoa học khác nhau, trước hết là y học và tâm lý học.

Ngày nay, y học và tâm lý học đang phát triển rất mạnh mẽ. Sự phát triển của y học diễn ra theo hai khuynh hướng cơ bản: một mặt đi sâu giải quyết những vấn đề bệnh căn, bệnh sinh của bệnh; một mặt khác, tiến hành điều trị, nâng cao sức khỏe người bệnh một cách toàn diện: một mặt tiếp tục phát triển về lý luận các hiện tượng tâm lý; mặt khác đi vào giải quyết những vấn đề hoạt động thực tiễn của con người, như tâm lý học thể thao, tâm lý học lao động, tâm lý học hôn nhân và gia đình... Một trong những sản phẩm chung của sự phát triển y học và tâm lý học là xuất hiện một môn khoa học liên ngành - Tâm lý học y học.

Trong cuốn sách này, chúng tôi muốn đề cập một cách đầy đủ, sâu sắc những vấn đề hết sức cơ bản của tâm lý học y học ở nước ta, như tâm lý con người khi bị bệnh, tâm lý thầy thuốc trong quá trình khám bệnh và chữa bệnh, giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh, chẩn đoán tâm lý trong lâm sàng, vấn đề stress và vệ sinh tâm lý, tâm lý liệu pháp v. v...

Hy vọng cuốn sách sẽ cung cấp cho đồng nghiệp và bạn đọc những vấn đề bổ ích về lý luận và thực hành của tâm lý học y học, tạo thêm cơ sở khoa học để quá trình chăm sóc sức khỏe toàn diện, cả về thể chất và tâm lý cho con người ngày

càng tốt hơn.

Qua lần xuất bản lần thứ nhất (tháng 9 năm 1998), chúng tôi nhận được rất nhiều sự hoan nghênh và góp ý của bạn đọc. Trong lần tái bản này, chúng tôi đã bỏ bớt phần tâm lý học đại cương và tập trung bổ sung, chỉnh lý một số nội dung tâm tâm lý y học chuyên biệt.

Xin chân thành cảm ơn nhà xuất bản y học đã tái bản cuốn sách để kịp thời đáp ứng nhu cầu của bạn đọc và chúng tôi rất mong nhận được những đóng góp để cuốn sách ngày càng thêm hoàn thiện.

Các tác giả



MỤC LỤC

Lời nói đầu	3
Chương 1: Lịch sử phát triển tâm lý học y học	7
Chương 2: Đối tượng, phương pháp tâm lý học y học	22
Chương 3: Tâm lý người bệnh	37
Chương 4: Tâm lý thầy thuốc	38
Chương 5: Giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh	107
Chương 6: Tâm lý bệnh học và tâm lý học thần kinh	122
Chương 7: Stress và vấn đề vệ sinh tâm lý	165
Chương 8: Chẩn đoán tâm lý lâm sàng	209
Chương 9: Liệu pháp tâm lý	269
Chương 10: Liệu pháp hồi phục sức khỏe	318
Chương 11: Một số trường phái tâm lý y học	335





Chương 1

PGS.TS. Nguyễn Văn Nhân

PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN TÂM LÝ HỌC Y HỌC

Từ xa xưa loài người đã quan tâm đến những vấn đề như mối quan hệ tâm lý và bệnh tật, tâm lý người bệnh, tâm lý người thầy thuốc... Những năm gần đây, nhờ sự phát triển của nhiều ngành khoa học, trước hết là tâm lý học và y học hiện đại mà nhiều chuyên ngành khoa học mới đã ra đời để nghiên cứu sâu thêm những vấn đề này. Trong số các chuyên ngành đó có tâm lý học y học.

Tâm lý học y học là khoa học cần thiết cho tất cả các thầy thuốc ở các chuyên khoa. Nhờ có tâm lý học y học mà nhu cầu điều trị toàn diện, nhu cầu không ngừng nâng cao cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm lý của con người ngày càng được đáp ứng tốt hơn.

Về lịch sử phát triển tâm lý học y học, có thể nêu một cách khái quát như sau:

1. CÁC QUAN NIỆM NGUYÊN THỦY VỀ TÂM LÝ VÀ BỆNH TẬT

Trong một thời gian dài, loài người có khuynh hướng cơ bản là dựa trên những quan niệm sai lầm về thể xác và linh hồn để giải thích một cách thần bí mối quan hệ giữa tâm lý và bệnh tật, họ xem các rối loạn tâm thần không thuộc vào lĩnh vực của y học.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mặc dù vậy, bản chất của mối quan hệ giữa hiện tượng tâm lý và bệnh tật vẫn được một số nhà khoa học nghiên cứu một cách công phu. Alkmeon đã đề cập đến mối quan hệ giữa hiện tượng tâm lý và não. Hyppocrates (thế kỷ thứ V trước công nguyên) đã bác bỏ quan niệm cho rằng bệnh tật là do những nguyên nhân siêu tự nhiên gây ra và ông nhấn mạnh vai trò của yếu tố dịch thể trong mối quan hệ giữa tâm lý và cơ thể. Rối loạn tâm lý, bệnh tâm thần, đã được hiểu như là những bệnh của não và luận thuyết về bệnh lý học dịch thể (humoral pathology) đã làm nảy sinh các phương pháp điều trị mới như điều trị bằng ăn uống, bằng thuốc sắc thực vật, bằng cách gây nôn, trích máu, thuỷ liệu pháp, luyện tập...

Những quan niệm tiến bộ đó tiếp tục được các thầy thuốc La Mã thời bấy giờ như Celsus, S. Largus, C. Aurelian và sau này là Galen (thế kỷ thứ II trước công nguyên) phát triển. Galen còn khẳng định, những rối loạn tâm thần có thể làm nảy sinh những bệnh thứ phát, khác xa so với những rối loạn ban đầu.

Những tư tưởng của Hyppocrates, Galen, Alkmeon... ngày càng được khẳng định và bổ sung hoàn thiện trong suốt những thế kỷ sau này và là một trong những cơ sở ban đầu của việc hình thành, phát triển ngành tâm lý học y học.

2. Y HỌC VÀ TÂM LÝ HỌC THỜI TRUNG CỔ

Đến thế kỷ XVI, ở Italia đã có một số quan niệm về rối loạn tâm lý và bệnh tâm thần là không phải do một hiện tượng thần bí nào cả. Mercury (1556 - 1606) cho rằng trầm cảm thường là do nguyên nhân thực thể, hoặc có thể do tổn thất tình cảm gây ra. Platon - một nhà khoa học, một bác sĩ nổi tiếng - lần đầu tiên đề xuất cách phân loại các rối loạn tâm lý, bệnh tâm thần theo bệnh sinh và đã tính đến vai trò của yếu tố di truyền, nội sinh, ngoại sinh trong cơ chế của bệnh.

Sang thế kỷ XVII, R. Descartes (1596 - 1650) là người đầu tiên đưa ra những khái niệm có ý nghĩa đặc biệt lớn lao đối với lĩnh vực sinh lý học thần kinh - đó là khái niệm phản xạ và não là trung tâm của của hệ thống thần kinh. Những khái niệm này chẳng bao lâu đã phát triển mạnh mẽ trong nhiều lĩnh vực khoa học. J. Prochadzka (1749 - 1820) - nhà khoa học người Tiệp - đã phát triển khái niệm hoạt động phản xạ của hệ thần kinh theo quan điểm duy vật trong tác phẩm “Bàn về chức năng của hệ thần kinh” (De functionibus systematis nervosi commentatio).

Cùng với khái niệm phản xạ, khuynh hướng duy vật trong triết học Gorb và tư tưởng quyết định luận bắt đầu thâm nhập vào y học.

Van Gehmont đã đề cập đến vai trò của các sang chấn tâm lý trong phát sinh, phát triển bệnh tâm thần và đưa ra lời khuyên: nên điều trị bệnh nhân tâm thần bằng cách ngâm họ vào nước lạnh.

Doleboe (nhà giải phẫu học) đã nêu ra tiêu chuẩn của người bác sĩ là phải biết điều trị bệnh nhân tâm thần, nghĩa là không nên tách rời những thầy thuốc điều trị bệnh thực thể với những người điều trị bệnh tâm thần. Ông cũng đã thông báo nhiều bệnh nhân tâm thần được điều trị khỏi bằng những tác động đạo đức.

Lusitanua cho rằng, thuyết phục là một trong những phương pháp điều trị bệnh nhân tâm thần. Trong các tác phẩm của mình, Giakhiax đã đề cập đến vấn đề bệnh học tâm thần hình luật.

Thế kỷ XVIII đã diễn ra cuộc cách mạng lần thứ nhất trong lĩnh vực sức khỏe tâm lý và điều trị bệnh nhân tâm thần, mà người khởi xướng là F. Pinel (1745 - 1826) - bác sĩ tâm thần người Pháp. Năm 1792, ông đã giải phóng 50 bệnh nhân tâm thần khỏi xiềng xích. Theo F. Pinel, người lãnh đạo bệnh viện tâm thần phải là một bác sĩ, một nhà tâm lý và một nhà quản lý hành chính.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đến những năm 1800, tâm thần học vẫn chưa phát triển thành một khoa học y học, hay nói cách khác, vẫn chưa phát triển một cách đầy đủ và toàn diện. Việc điều trị bệnh tâm thần vẫn còn do những triết gia, những linh mục thực hiện và tác động lên bệnh nhân chủ yếu vẫn là những liệu pháp tinh thần.

3. TÂM LÝ HỌC Y HỌC THẾ KỶ XIX

3.1. Giai đoạn nửa đầu thế kỷ XIX

Bước sang thế kỷ thứ XIX, tâm thần học bắt đầu phát triển lên một bước mới cả trong lĩnh vực lý thuyết bệnh học và trong thực hành khám, chữa bệnh.

Các thầy thuốc nổi tiếng đã bắt tay vào giảng dạy tâm thần học trong các trường đại học như: Chiarugi (năm 1805 ở Florenc), Heinroth (năm 1811 ở Lipska), Pinel (năm 1814 ở Pari) và Held (năm 1821 ở Praha)...

Nhiều tác phẩm đặt nền móng cho tâm lý học y học với tư cách là một khoa học độc lập đã xuất hiện. Năm 1818, bác sĩ Reie viết cuốn Cuồng tưởng và phương pháp tâm lý trong điều trị sang chấn tâm lý. Tác phẩm này mang một ý nghĩa to lớn đối với tâm lý học y học vì trong đó đã đề cập đến việc sử dụng các liệu pháp tâm lý tích cực để điều trị người bệnh.

Rất nhiều phương pháp điều trị mới (như sốc tâm thần, thủy liệu pháp...) và rất nhiều máy móc, phương tiện hỗ trợ quản lý người bệnh đã xuất hiện trong thời kỳ này. Đặc biệt, năm 1839 ở nước Anh, J. Conolly (1794 - 1866) đã đề xuất hệ thống quản lý “cửa mở” (no - restraint) và xóa bỏ tất cả những phương tiện giam giữ bệnh nhân (ở châu Âu, trong 10 năm cuối của thế kỷ vẫn còn có nơi thực hiện hệ thống giam giữ bệnh nhân, tuy mức độ có nhẹ hơn). Nhiều nơi đã bỏ trí các viện chăm sóc sức khỏe tâm thần đến gần các khu nông nghiệp, vùng nông thôn... để tiện quản lý.

Trong nửa đầu thế kỷ XIX còn diễn ra những cuộc tranh luận quyết liệt giữa một bên là các nhà tâm thần học (như Heinroth và Ideler...) với quan niệm: rối loạn tâm thần thuộc lĩnh vực bệnh tinh thần và một bên là các nhà cơ thể học (như Nasse, Jacobi, Gnisinger...) với quan niệm: rối loạn tâm thần cũng giống như một bệnh thực thể.

3.2. Giai đoạn nửa sau thế kỷ XIX

Đến nửa sau của thế kỷ XIX, có thể nói tâm thần học về cơ bản đã trở thành một chuyên ngành của y học. Griensinger, từ năm 1845 đã mô tả về mặt giải phẫu bệnh lý bệnh tâm thần; Bayle, từ năm 1822 đã làm nên một sự kiện khoa học lớn là tách riêng bệnh bại liệt để điều trị. Điều này có nghĩa là, từ đây các rối loạn tâm lý, bệnh tâm thần tiếp tục được xem xét toàn diện dưới góc độ bệnh lý học như các bệnh khác.

Năm 1863 Kahlbaum đã chia các bệnh tâm thần theo hệ thống riêng của mình; năm 1884, I. M. Balinski (1827 - 1902) xác định khái niệm bệnh thái nhân cách. Năm 1889 S. S. Korsakov (1854 - 1900) mô tả rối loạn tâm thần đa thần kinh và năm 1899 E. Kraepelin mô tả bệnh hưng - trầm cảm (và sau đó ông mô tả bệnh mất trí sớm)...

Liên quan nhiều nhất đến sự phát triển tâm lý học y học trong thời kỳ này là những tác phẩm Tâm lý học y học của Lotze và Y học tâm lý của D. H. Tuhe, xuất bản vào những năm 70 của thế kỷ.

Năm 1882, F. Galton (nhà tâm lý học người Anh) đã thành lập phòng thí nghiệm nhân trắc để đo đạc những vấn đề khác biệt cá nhân như độ nhạy cảm giác quan, kỹ năng vận động và thời gian phản ứng... Ông chính là người khởi đầu cho các trắc nghiệm tâm lý.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

J. Mc. K. Cattell (nhà tâm lý học Mỹ) cũng được nhắc đến như là một trong những người đặt nền móng cho các trắc nghiệm tâm lý (J. Cattell đã từng làm việc tại phòng thí nghiệm của W. Wundt (1832 - 1920) - phòng thí nghiệm tâm lý học đầu tiên trên thế giới). J. Cattell đi sâu nghiên cứu sự khác biệt của thời gian phản xạ và cho rằng, bằng cách này có thể nghiên cứu được trí tuệ con người. Thuật ngữ trắc nghiệm trí tuệ (mental test) cũng do J. Cattell nêu ra.

Tuy sự can thiệp tâm lý đã được sử dụng từ rất lâu nhằm mục đích chữa bệnh, song do không giải thích được cơ chế tác dụng nên các tác động tâm lý trong nhiều thế kỷ đã bị gán cho những yếu tố huyền bí.

Vào cuối thế kỷ XIX, một bác sĩ người Đức tên là F. Mesmer (1834-1875) - người sáng lập ra lý thuyết thôi miên, đã dùng ám thị để chữa bệnh cho hàng nghìn người. Mesmer giải thích ám thị trong thôi miên dựa trên cái gọi là “thể lỏng từ tính động vật”. Cách giải thích của ông đã không được Hội đồng khoa học hoàng gia Pari thừa nhận và ông không chỉ bị bài xích mà còn bị coi là phù thủy, bịp bợm. Tuy nhiên, đến năm 1882, cũng chính Hội đồng này đã khôi phục danh dự cho ông bằng cách thừa nhận sự ám thị như là một phương tiện chữa bệnh khoa học. Cũng trong giai đoạn này, J. M. Charcot (1825 - 1893) đã nổi tiếng với các biện pháp thôi miên điều trị người bệnh hysteria.

Năm 1895, I. Breuer (1872 - 1925) và S. Freud (1856 - 1939) đã cho xuất bản tập sách Những nghiên cứu về hysteria. Do nhiều lý do, sự hợp tác giữa hai ông bị đổ vỡ, song cũng từ sự hợp tác này đã thúc đẩy S. Freud tạo ra một hướng đi mới: phân tâm học.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. TÂM LÝ HỌC Y HỌC THỂ KỶ XX

3.1. Giai đoạn nửa đầu thế kỷ XX

Sang thế kỷ XX, nhiều chuyên đề nói rõ hơn về đối tượng của tâm lý học y học được xuất bản và rất nhiều học thuyết liên quan đến bệnh lý học tâm thần và tâm lý học y học xuất hiện như: phân tâm học của S. Freud; học thuyết y học tâm thần - thực thể của A. Bain (1818 - 1903); học thuyết thể tạng - sinh vật của E. Kretschmer...

Năm 1911, Bleuler mô tả bệnh tâm thần phân liệt. Kraepelin về sau đã mô tả bệnh lý hoang tưởng (paranoia) và hoang tưởng kỳ quái (parafrenia). Charcot, Janet và nhiều tác giả khác đã phát triển lĩnh vực bệnh lý học loạn thần kinh chức năng, tất nhiên là dưới ảnh hưởng của khuynh hướng phân tâm học. Janet còn tổng kết kinh nghiệm lâm sàng của tâm lý liệu pháp trong cuốn sách Tâm lý học y học.

Sau khi kết thúc cuộc chiến tranh thế giới thứ nhất, tâm thần học tiếp tục phát triển: Vagner - Jauregg (năm 1917) đã công bố công trình đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt rét gây bại liệt bằng các liệu pháp sinh học tích cực; Klaes (năm 1920) nêu ra liệu pháp giấc ngủ...

Trong một thời gian ngắn trước khi chiến tranh thế giới thứ hai xảy ra, một loạt các liệu pháp sốc ra đời: năm 1933 Sakel nêu ra liệu pháp sốc insulin; năm 1934 Medun nêu liệu pháp sốc cardiazol; năm 1937 Cerlett và Bin nêu liệu pháp sốc điện (theo một tác giả người Anh (Longleyh), tham gia hình thành liệu pháp sốc điện còn có Kalendar); liệu pháp lao động được Simon (năm 1923) xây dựng thành một hệ thống hoàn chỉnh. Sau đó không bao lâu, hệ thống liệu pháp này nhanh chóng được C. Schneider, Sivadon... khẳng định và phát triển. Năm 1936, E. Moniz nêu ra liệu pháp đông vốn bạch cầu (prae-frontal leukotoma).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các liệu pháp điều trị rối loạn thần kinh chức năng cũng phát triển rất mạnh trong thời gian này; đặc biệt những lý thuyết của I. P. Pavlov về hoạt động hệ thần kinh cấp cao được áp dụng mạnh mẽ trong thực nghiệm lâm sàng bệnh tâm thần, trước hết là trong lĩnh vực loạn thần kinh chức năng. Những phát minh của Pavlov đã giúp cho tâm thần học có thêm hướng phát triển mới khoa học và hiện đại.

Về các trắc nghiệm tâm lý, nếu F. Galton và J. Cattell là người đóng vai trò khởi xướng cho một thời kỳ mới của trắc nghiệm trí tuệ nói riêng và trắc nghiệm tâm lý nói chung thì Binet và cộng sự của ông (bác sĩ Simon) mới chính là người bắt tay vào thực hiện vấn đề này. Năm 1905, trắc nghiệm trí tuệ đầu tiên của Binet và Simon ra đời (Binet - Simon Scale). Do có tính hiệu quả cao nên thang này nhanh chóng được phổ biến sang nhiều nước và mở đầu cho sự ra đời hàng loạt trắc nghiệm trí tuệ sau này.

Năm 1904, khi thang Binet - Simon còn đang trong quá trình soạn thảo thì ở Anh, C. Spearman đã đưa ra lý thuyết về trí tuệ chung (lý thuyết yếu tố G).

Cũng trong năm 1905, C. Jung đã sử dụng những phương pháp liên tưởng từ ngữ để thăm dò các phức hợp vô thức của nhân cách. Đây cũng là sự khởi đầu của các trắc nghiệm về nhân cách.

Trong thời gian giữa hai cuộc đại chiến thế giới, chẩn đoán tâm lý vẫn tiếp tục phát triển. Năm 1926, Goodenough dùng kỹ thuật “vẽ người” (draw - a - man) để đo đặc về trí tuệ.

Năm 1939, D. Wechsler cho công bố trắc nghiệm trí tuệ người lớn, mở đầu cho hướng đo trí tuệ theo “khuyênh số” (deviation).

Năm 1921, H. Rorschach (nhà tâm thần học Thụy Sĩ) đã cho ra đời công trình “Chẩn đoán tâm lý” (psychodiagnostick). Trong quyển sách này ông đã mô tả phương pháp dùng các vết mực để chẩn đoán bệnh nhân tâm thần. Đến năm 1937, sau khi S. Beck và B. Klopfer nêu một cách cụ thể kỹ thuật tiến hành và cách tính điểm cho phương pháp Rorschach thì trắc nghiệm này mới thực sự trở nên phổ biến. Năm 1939, L. Frant đưa ra thuật ngữ “kỹ thuật phóng chiếu/xuất chiếu” (projective techniques) để giải thích cơ chế của phương pháp Rorschach. Và cũng từ đó, hàng loạt các phương pháp, các công trình nghiên cứu và các tạp chí dựa trên kỹ thuật phóng chiếu đã xuất hiện.

Cũng vào đầu thế kỷ XX, phân tâm học (một trong ba cuộc cách mạng của tâm lý học) đã mở ra một hướng can thiệp tâm lý mới: phân tích tâm lý. Mặc dù quan niệm của S. Freud về xung đột tâm lý trong thời kỳ thơ ấu và yếu tố tình dục liên quan đến sự phát triển nhân cách... đã gây ra nhiều tranh cãi, song phân tâm học cũng đã thực sự tạo ra một bước biến chuyển to lớn trong can thiệp tâm lý. Trên cơ sở phân tâm (psychoanalysis), đã xuất hiện nhiều dạng liệu pháp khác nhau, tạo thành một khuynh hướng phân tích tâm lý (analytic).

Đầu thế kỷ XX còn xuất hiện nhiều hướng tâm lý liệu pháp khác như: rèn luyện tự sinh (autogenic training) của Schultz; tích cực điều khiển trương lực cơ của Stokvis; thư giãn cơ tuần tiến của Jacobson... Các phương pháp này ra đời nhằm khắc phục những hạn chế về tính bị động và tính phụ thuộc của người bệnh vào thầy thuốc trong liệu pháp thời miên. Tuy nhiên do hiệu quả điều trị chưa cao và đặc biệt là do sự phức tạp của các kỹ thuật tiến hành nên các hướng mới này nhanh chóng bị lãng quên. Mãi đến nửa cuối thế kỷ XX, các phương pháp này mới được chú ý trở lại, song cố nhiều tranh cãi và chỉ được sử dụng như một phần của liệu pháp hành vi.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Năm 1903, P. Dubois (bác sĩ tâm thần Thụy Sĩ) đã đề ra liệu pháp giải thích hợp lý (liệu pháp thuyết phục).

Chủ nghĩa hành vi cũng triển khai khá sớm lĩnh vực can thiệp tâm lý. Năm 1920 J. Watson đã mô tả trường hợp một cậu bé sợ chuột bạch và từ đó sợ tất cả những gì có màu trắng. Sau đó, vào năm 1924 M. Jones đã thành công trong điều trị xóa bỏ sự sợ thỏ của một cậu bé. Đây cũng là những bước khởi đầu của liệu pháp hành vi.

Năm 1935 trắc nghiệm nhân cách TAT (Thematic Apperception Test) của Ch. Morgan và H. Murray ra đời. TAT cũng là trắc nghiệm nhân cách dựa trên kỹ thuật phóng chiếu và mức độ thông dụng của nó chỉ đứng sau trắc nghiệm Rorschach (T. Trull và E. Phares, 2001).

3.2. Giai đoạn nửa sau thế kỷ XX và hiện nay

Sau chiến tranh thế giới thứ hai, rất nhiều liệu pháp sức mới được sử dụng để điều trị bệnh nhân, như liệu pháp điện gây ngủ, sốc gây mềm cơ, sốc acetylcholin...

Đặc biệt trong giai đoạn này, sự ra đời của thuốc kháng sinh và thuốc an thần đã tạo nên một bước ngoặt quan trọng trong tâm thần học. Các thầy thuốc đã dùng penicillin để hỗ trợ điều trị bệnh nhân bại liệt. Laborit, Huguenard (năm 1951), Delay (1952) và nhiều thầy thuốc đã sử dụng thuốc an thần trong điều trị bệnh.

Đây cũng là thời kỳ tâm thần học phát triển đầy đủ, toàn diện và mang sắc thái riêng, xứng đáng là một chuyên ngành sâu của y học. Các cơ sở điều trị được tạo điều kiện tốt hơn để chăm sóc bệnh nhân, hạn chế những rủi ro cho cả người bệnh và những người xung quanh. Những phương pháp điều mới, nhất là điều trị bằng thuốc an thần, bằng chăm sóc tâm lý... đã không những

làm ổn định bệnh mà còn chữa khỏi nhiều bệnh nhân. Nhiều phương pháp hỗ trợ trong chẩn đoán cũng được áp dụng như điện não, các xét nghiệm sinh hoá, trắc nghiệm tâm lý... Nhiều chuyên ngành sâu của tâm thần học cũng dần dần được hình thành như các khoa tâm thần trẻ em, tâm thần người già, tâm thần hình luật, tâm thần nghiện rượu... Nhiều viện nghiên cứu sức khoẻ tâm thần được xây dựng. Rất nhiều vấn đề của tâm thần học và sức khoẻ tâm lý được nghiên cứu giải quyết một cách khoa học.

Các lĩnh vực chẩn đoán tâm lý, tâm lý liệu pháp... trong thời kỳ này cũng rất phát triển.

Nhờ những thành công của trắc nghiệm trí tuệ mà các trắc nghiệm nhân cách cũng phát triển mạnh. Những năm 1940 - 1950 là thời kỳ bùng nổ của các trắc nghiệm nhân cách, đặc biệt là các trắc nghiệm phóng chiếu. Đây là thời kỳ tâm lý học lâm sàng được coi là lĩnh vực "làm trắc nghiệm" (testing) và các nhà tâm lý học được gọi là các "nhà trắc nghiệm" (testers). Trong số các trắc nghiệm nhân cách, Rorschach, TAT và MMPI chiếm vị trí nổi bật.

Trắc nghiệm nhân cách MMPI (Minnesota Multiphasic Inventory) ra đời năm 1943 và trải qua các đợt điều chỉnh, phiên bản của trắc nghiệm đang dùng phổ biến hiện nay là MMPI - II.

Mặc dù xuất hiện khá sớm, ngay từ đầu thế kỷ thứ XX, song mãi đến cuối những năm 50, tâm lý học hành vi mới thực sự vào cuộc. Đây chính là thời kỳ của chủ nghĩa hành vi bảo thủ (radical behaviourism). Theo các nhà tâm lý học hành vi, chỉ có thể đo được hành vi chứ không thể đo được nhân cách và các nét nhân cách.

Do ảnh hưởng to lớn của tâm lý học hành vi, nên việc lượng giá, chẩn đoán nhân cách trong tâm lý học lâm sàng vào những năm 60 đã chuyển sang hướng hành vi nhiều hơn.



THƯ VIỆN
Y HỌC

TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU VÀ PHÁT TRIỂN CÔNG NGHỆ Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC VÀ CÔNG NGHỆ Y
7/11/2015
THƯ VIỆN 17

Năm 1968, W. Mischel cho rằng, cái gọi là nét nhân cách chỉ tồn tại trong ý thức của nhà nghiên cứu hơn là trong hành vi của những người được quan sát. Chính các tình huống/hoàn cảnh (situation), chứ không phải là các phức bộ nét nhân cách quy định hành vi của con người.

Tuy nhiên đến những năm 80 - 90, các lượng giá về nét nhân cách lại được khẳng định trở lại vị trí của mình, vì thực tế vẫn có những nét nhân cách ổn định trong các tình huống khác nhau (Epstein & Obrien, 1985; Costa & McCrae, 1980).

Bước sang thế kỷ XXI, rất nhiều tiến bộ khoa học đã tạo điều kiện cho tâm thần học và tâm lý học y học phát triển. Nhiều vấn đề về chăm sóc sức khỏe tâm lý, chẩn đoán và điều trị, chăm sóc bệnh nhân tâm thần được giải quyết thoả đáng. Các thuốc điều trị bệnh nhân tâm thần ngày càng phong phú và đạt hiệu quả cao; các phương tiện chẩn đoán ngày càng hiện đại (như máy chụp cộng hưởng từ, máy chụp cắt lớp vi tính, điện não vi tính...); môi trường, cơ sở điều trị ngày càng khang trang, đủ tiện nghi; đội ngũ thầy thuốc, các chuyên gia tâm lý học y học được trang bị kiến thức, kinh nghiệm ngày càng đầy đủ hơn và do đó người bệnh được chăm sóc toàn diện hơn.

Sự phát triển tâm lý học y học ở Việt Nam cũng trải qua các cuộc thăng trầm như ở các nước khác trên thế giới. Trước đây, do ảnh hưởng của chế độ phong kiến, thực dân, do ảnh hưởng của chiến tranh nên y học và tâm lý học nói chung, tâm lý học y học nói riêng chậm phát triển, những quan niệm về bệnh tật còn rất lạc hậu. Nhiều người cho rằng bệnh tật, nhất là các bệnh rối loạn tâm thần, tâm lý là do “ma làm”, do “trời đánh”, do “động mỗ, động mã”, do nhiễm phải “bùa mê, thuốc lú”... Và để chữa trị những bệnh này phải nhờ đến các thầy mo, thầy cúng...

Sau khi cách mạng Tháng 8 năm 1945 thành công, y học và tâm lý học được phát triển một cách toàn diện, cả về tiếp thu và

phát triển những hệ thống lý luận tiên tiến của thế giới, cả về áp dụng và nâng cao những kỹ thuật vừa cổ truyền vừa hiện đại trong thực hành lâm sàng. Nhiều trường đại học y, nhiều viện nghiên cứu về y học và tâm lý học ra đời. Các thầy thuốc, các chuyên gia tâm lý được đào tạo một cách bài bản ở trong và ngoài nước...

Từ năm 1975, nền y học và tâm lý học của đất nước được thống nhất và phát triển rất mạnh mẽ. Nhiều thành tựu trong nghiên cứu lý thuyết, thực hành lâm sàng y học và tâm lý học ra đời. Sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tâm lý của nhân dân được đảm bảo chắc chắn hơn.

Sự phát triển toàn diện của tâm lý học y học gắn liền với sự phát triển của tâm lý học và y học. Sự tiếp cận tâm lý học y học ở nước ta thường diễn ra theo các con đường sau đây:

- Tập trung nghiên cứu sâu phân tâm lý học đại cương, sau đó đem vận dụng vào giải quyết một số vấn đề thực tế y học.
- Xây dựng các tài liệu, giáo trình của tâm thần học gồm hai phần: phần đại cương nói về các hiện tượng tâm lý bình thường và phần chính, bàn sâu về các triệu chứng, hội chứng rối loạn tâm thần (rối loạn tâm lý). Một số tài liệu của thần kinh học cũng trình bày tương tự logic này.
- Tiếp thu một số kỹ thuật chẩn đoán tâm lý, sau đó kết hợp với các phương pháp chẩn đoán thực thể lâm sàng, cận lâm sàng để khám bệnh, đánh giá bệnh tật.
- Tiếp thu lý luận, kỹ thuật của một số liệu pháp tâm lý và sau đó tiến hành độc lập hoặc kết hợp với các liệu pháp sinh học, được học, vật lý... để điều trị người bệnh.

Các chuyên gia về tâm lý học y học đi sâu nghiên cứu từng chuyên ngành cụ thể như tâm lý học lâm sàng, tâm lý bệnh học,

tâm lý liệu pháp, tâm lý học thần kinh, tâm lý học môi trường người bệnh, tâm lý thầy thuốc...

Bằng những con đường khác nhau, nhiều người đã đến với tâm lý học y học với tinh thần xây dựng cao và đã trở thành những chuyên gia sâu về tâm lý học y học ở nước ta.

Bắt đầu từ cuối những năm 70, đầu những năm 80 của thế kỷ XX, tâm lý học y học ở Việt Nam phát triển cả bề rộng và bề sâu, cả về lý luận và giải quyết những vấn đề thực tiễn lâm sàng, cả về xây dựng đội ngũ và nghiên cứu, giảng dạy...

Trường Đại học Quân y (nay là Học viện Quân y) là nơi đầu tiên xây dựng chương trình giảng dạy tâm lý học y học ở bậc đại học. Đây cũng là nơi lần đầu tiên thành lập bộ môn tâm lý học y học và đã cho xuất bản hai tập giáo trình về lý thuyết và thực hành tâm lý học y học đầu tiên ở Việt Nam (năm 1979). Một loạt các công trình nghiên cứu tâm lý y học cũng được thực hiện ở đây, như: trắc nghiệm Wechsler trong nghiên cứu trí nhớ bệnh nhân tâm thần phân lập; đánh giá trí tuệ, trí nhớ của trẻ em nhiễm chất độc dioxin; nghiên cứu tâm lý (nhân cách) người nhận và người cho trong ghép thận...

Trung tâm nghiên cứu tâm lý trẻ em (Trung tâm N - T) của Giáo sư Nguyễn Khắc Viện cũng là một trong những nơi sớm nghiên cứu và truyền bá tâm lý học y học ở nước ta.

Ngày nay, hầu hết các trường y đều có chương trình giảng dạy tâm lý học y học; một số khoa tâm lý học ở các trường đại học cũng có thêm một chương trình giảng dạy về tâm lý học y học; hầu hết các bệnh viện tâm thần và một số bệnh viện khác đã sử dụng chẩn đoán tâm lý để khám bệnh nhân, đánh giá bệnh tật và sử dụng liệu pháp tâm lý để hỗ trợ điều trị bệnh nhân.

Nhiều tác phẩm viết về tâm lý học y học được xuất bản, như:

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Sức khỏe, bệnh tật và tâm lý (NXB Trẻ, 1997) của BS. Nguyễn Khắc Viện.
- Tâm lý học y học (NXB Y học, xuất bản năm 1998, tái bản năm 2001) do TS. Nguyễn Văn Nhận (chủ biên) cùng TS. Nguyễn Sinh Phúc, PGS. TS. Nguyễn Bá Dương biên soạn.
- Thực hành điều trị tâm lý (NXB Y học, 2002) do TS. Võ Văn Bản biên soạn...
- Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng (NXB QĐND, 2004) do TS. Nguyễn Sinh Phúc (chủ biên) và PGS. TS. Nguyễn Văn Nhận biên soạn.

Còn rất nhiều việc phải làm để phát triển chuyên ngành tâm lý học y học ở Việt Nam ngang tầm với các chuyên ngành tâm lý học và y học trong nước và trên thế giới. Các nhà tâm lý học y học nước ta cần tập hợp lực lượng, thống nhất quan điểm, đầu tư công sức để giải quyết có hiệu quả các vấn đề lý luận và thực tiễn đang đặt ra trong tâm lý bệnh học, tâm lý học lâm sàng, tâm lý liệu pháp, môi trường tâm lý người bệnh và nhân cách người thầy thuốc...

Trên đây là những nét cơ bản về sự phát triển tâm lý học y học ở Việt Nam và trên thế giới. Chúng ta sẽ trở lại vấn đề này trong các phần bàn về các trường phái tâm lý học y học và tâm lý liệu pháp...



Chương 2

PGS.TS. Nguyễn Văn Nhận

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP TÂM LÝ Y HỌC

Tâm lý học y học là một bộ phận của y học và của tâm lý học. Đây là khoa học liên ngành, tập trung nghiên cứu tâm lý người bệnh, tâm lý nhân viên y tế trong hoạt động phòng, chữa bệnh, góp phần nâng cao cả sức khỏe thể chất và tâm lý cho con người.

Ngày nay, khi mà khoa học công nghệ phát triển như vũ bão, khi mà nền y học đang trên đà kỹ thuật hoá, không gian tiếp xúc giữa thầy thuốc và người bệnh ngày càng thêm rộng thì tâm lý học y học càng đóng vai trò quan trọng trong quá trình chăm sóc sức khỏe con người và trong đào tạo cán bộ y tế.

Một nền y học thực sự nhân đạo là nền y học đảm bảo cho người cán bộ y tế không chỉ có tri thức về thực thể người bệnh mà còn có cả những tri thức về tâm lý, nhân cách người bệnh.

1. ĐỐI TƯỢNG, NHIỆM VỤ CỦA TÂM LÝ HỌC Y HỌC

Cho đến nay, vấn đề đối tượng, nhiệm vụ và phạm vi nghiên cứu của tâm lý học y học còn nhiều ý kiến khác nhau.

- Các tác giả Đông Âu và Liên Xô trước đây cho rằng tâm lý học y học bao gồm tâm lý học người bệnh đại cương và các phần chuyên ngành sâu như tâm lý bệnh học, tâm lý học thần kinh...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Các tác giả Tây Âu lại quan tâm đến tâm lý học lâm sàng (clinical psychology). Thuật ngữ “clinical psychology” lần đầu tiên được Witmer sử dụng (năm 1896), khi ông thành lập Phòng khám Tâm lý tại Trường Đại học Tổng hợp Bang Pennsylvania (Mỹ). Và chức danh “nhà tâm lý lâm sàng” được thừa nhận vào những năm sau chiến tranh thế giới lần thứ hai.

– Các tác giả Mỹ lại nhấn mạnh tâm lý học lệch chuẩn (abnormal psychology). Đối tượng nghiên cứu chủ yếu của tâm lý học lệch chuẩn là những hành vi lệch chuẩn. Sự tiếp cận các hiện tượng tâm lý bệnh của tâm lý học lệch chuẩn cơ bản dựa trên cách phân loại bệnh tâm thần của Hội Tâm thần học Mỹ.

Liên quan mật thiết với tâm lý học người bệnh là tâm lý học thầy thuốc.

Căn cứ vào sự phát triển của tâm lý học y học trên thế giới; căn cứ vào tình hình thực tế đào tạo cán bộ y tế và hoạt động khám, chữa bệnh ở Việt Nam, chúng tôi xây dựng nội dung tâm lý học y học gồm các phần chính sau:

- Tâm lý học y học đại cương
- Tâm lý học người bệnh
- Tâm lý học thầy thuốc.

1.1. Tâm lý học y học đại cương

Phần này đề cập đến những vấn đề chung của tâm lý học y học và các hiện tượng tâm lý.

Nhiệm vụ của tâm lý học y học đại cương là cung cấp những tri thức về lịch sử phát triển chuyên ngành tâm lý học y học; quan điểm của các trường phái lớn trong tâm lý học y học; những nét đặc trưng như bản chất, quy luật... của các hiện

tượng tâm lý và những sai sót thường gặp trong phản ánh tâm lý của người bệnh...

1.2. Tâm lý học người bệnh

Đây là phần quan trọng nhất của tâm lý học y học.

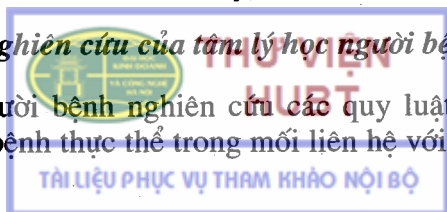
Theo quan niệm của I. M. Xêtrênốp, tâm lý học y học là tâm lý học của người bệnh thực thể - người bệnh nội khoa, ngoại khoa, da liễu... Những người bệnh này về mặt tâm thần hoàn toàn bình thường, không bị rối loạn, nghĩa là ở họ không có những rối loạn nghiêm trọng về sự phản ánh thế giới khách quan, về ý thức, về hành vi mà chỉ có những biến đổi về tâm lý. Có thể gọi phần này là tâm lý học lâm sàng.

Trong tâm lý học người bệnh có những chuyên ngành sâu như: tâm lý bệnh học (nghiên cứu bản chất và phân loại các rối loạn tâm lý ở người bệnh - khác với bệnh học tâm thần là nghiên cứu triệu chứng, hội chứng các bệnh tâm thần); tâm lý học thần kinh (tập trung nghiên cứu các quy luật tâm lý của người bệnh tổn thương não)...

Tâm lý học người bệnh vừa tham gia vào việc chẩn đoán tâm lý lâm sàng (xác định những biến đổi tâm lý ở người bệnh và nguyên nhân của những biến đổi đó; dự báo diễn biến tiếp theo của các biến đổi tâm lý...); vừa tham gia vào việc can thiệp tâm lý (nhằm tác động vào thành tố tâm lý, giúp cho người bệnh tự giải quyết những vấn đề của mình như xoá bỏ nguyên nhân, triệu chứng... của các biến đổi tâm lý).

1.2.1. Đối tượng nghiên cứu của tâm lý học người bệnh

Tâm lý học người bệnh nghiên cứu các quy luật hoạt động tâm lý của người bệnh thực thể trong mối liên hệ với bệnh tật và môi trường.



Những vấn đề tâm lý học người bệnh tập trung nghiên cứu là: các quy luật tâm lý người bệnh; học thuyết về sự tác động tương hỗ giữa tâm lý và thực thể; tác động qua lại giữa tâm lý người bệnh của các yếu tố tự nhiên, xã hội; học thuyết về nhân cách...

1.2.2. Nhiệm vụ cụ thể của tâm lý học người bệnh

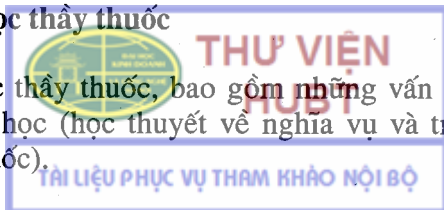
Tâm lý học người bệnh được chia thành hai phần tâm lý học bệnh sinh và tâm lý học môi trường người bệnh.

- Nhiệm vụ của tâm lý học bệnh sinh:
 - + Nghiên cứu những biểu hiện tâm lý của người bệnh.
 - + Vai trò của yếu tố tâm lý trong phát sinh, phát triển bệnh.
 - + Ảnh hưởng qua lại giữa bệnh và tâm lý.
 - + Vai trò tâm lý trong điều trị, phòng bệnh, củng cố sức khỏe.
 - + Sự khác nhau giữa tâm lý thường và tâm lý bệnh.
 - + Vấn đề tâm lý trong giám định lao động, quân sự, pháp y...
 - + Nguyên tắc, phương pháp nghiên cứu tâm lý trong lâm sàng.
- Nhiệm vụ của tâm lý học môi trường người bệnh:

Nghiên cứu hệ thống các mối quan hệ giữa người bệnh và thế giới xung quanh - với môi trường tự nhiên, xã hội như quan hệ giữa người bệnh và môi trường trong bệnh viện, giữa người bệnh và thầy thuốc...

1.3. Tâm lý học thầy thuốc

Tâm lý học thầy thuốc, bao gồm những vấn đề về luân lý y học và y đức học (học thuyết về nghĩa vụ và trách nhiệm của người thầy thuốc).



Đối tượng nghiên cứu của tâm lý học thầy thuốc là những đặc điểm tâm lý, nhân cách và hoạt động lao động của người thầy thuốc.

Tâm lý học thầy thuốc có nhiệm vụ nghiên cứu các vấn đề sau:

- Các quy luật hoạt động tâm lý của người thầy thuốc: năng lực hoạt động nghề nghiệp, đặc điểm tư duy, kỹ năng, kỹ xảo...
- Các phẩm chất tâm lý, nhân cách, uy tín... người thầy thuốc.
- Hoạt động giao tiếp, không khí tâm lý trong cơ sở điều trị.
- Tác động độc hại của nghề y
- Những thiếu sót của người thầy thuốc
- Sự hoàn thiện các phương pháp trong chẩn đoán, điều trị người bệnh...

2. NỘI DUNG CỦA TÂM LÝ HỌC Y HỌC

2.1. Nội dung phân tâm lý học y học đại cương

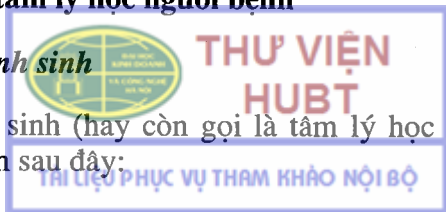
Phần này bao gồm các vấn đề sau:

- Lịch sử phát triển của tâm lý học y học.
- Đối tượng, nhiệm vụ, phương pháp của tâm lý học y học.
- Các trường phái chính trong tâm lý học y học.
- Những vấn đề cơ bản của các hiện tượng tâm lý.

2.2. Nội dung phân tâm lý học người bệnh

2.2.1. Tâm lý học bệnh sinh

Tâm lý học bệnh sinh (hay còn gọi là tâm lý học bệnh tật) gồm các vấn đề chính sau đây:



- Cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh.
- Hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh.
- Ý thức và bệnh tật.
- Trạng thái tâm lý người bệnh.
- Xúc cảm của người bệnh.
- Hoạt động nhận thức và bệnh tật.
- Nhân cách của người bệnh...
- Đặc điểm tâm lý người bệnh thực thể.

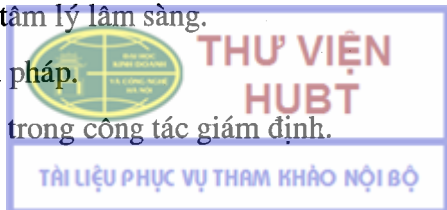
2.2.2. Tâm lý học môi trường người bệnh

Tâm lý học môi trường người bệnh bao gồm hai vấn đề lớn sau đây:

- Tâm lý người bệnh và các yếu tố của môi trường tự nhiên.
- Tâm lý người bệnh và các yếu tố của môi trường xã hội.

2.2.3. Một số chuyên ngành và chuyên đề của tâm lý học người bệnh

- Tâm lý bệnh học (pathopsychology).
- Tâm lý học thần kinh (neuropsychology).
- Một số vấn đề cơ bản về stress và vệ sinh tâm lý.
- Chẩn đoán tâm lý lâm sàng.
- Tâm lý liệu pháp.
- Tâm lý học trong công tác giám định.



2.3. Nội dung phân tâm lý học thầy thuốc

- Đặc điểm hoạt động của người thầy thuốc.
- Một số phẩm chất nhân cách người thầy thuốc.
- Giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh...

3. PHƯƠNG PHÁP TÂM LÝ HỌC Y HỌC

Phương pháp nghiên cứu tâm lý học y học được xây dựng trên cơ sở các phương pháp nghiên cứu khoa học nói chung, của tâm lý học nói riêng. Những phương pháp thường được sử dụng trong nghiên cứu tâm lý học y học là: quan sát, hỏi chuyện, phân tích sản phẩm, trắc nghiệm, thực nghiệm...

Sau đây chúng tôi tập trung trình bày những phương pháp của tâm lý học người bệnh (tâm lý học lâm sàng).

Có thể chia các phương pháp tâm lý học người bệnh thành hai nhóm chính: các phương pháp hỗ trợ và các phương pháp chủ đạo.

3.1. Các phương pháp hỗ trợ

3.1.1. Hỏi chuyện lâm sàng

Hỏi chuyện là phương pháp được sử dụng rộng rãi và là công cụ cơ bản của nhiều lĩnh vực nghiên cứu như xã hội học, y học....

Trong tâm lý học người bệnh thì phương pháp hỏi chuyện một mặt, nhằm thu thập thông tin về các lĩnh vực phát triển cơ thể, phát triển tâm lý - nhân cách và các mối quan hệ xã hội của người bệnh; mặt khác, hỏi chuyện còn nhằm tạo dựng sự tiếp xúc tâm lý cũng như tiến hành liệu pháp tâm lý cho người bệnh.

– Các mức độ của phương pháp hỏi chuyện:

Dựa vào cấu trúc các vấn đề, các câu hỏi, chúng ta có thể chia hỏi chuyện thành ba mức độ:

Mức 1: hỏi chuyện được tiến hành hầu như không theo một cấu trúc có sẵn, bệnh nhân có thể tự kể về những vấn đề của mình. Phương pháp này giúp cho các nhà nghiên cứu thu được những thông tin chân thực, tự nhiên, song thường tốn nhiều thời gian và người bệnh dễ kể lan man, khó xác định những vấn đề trọng tâm cần nghiên cứu.

Mức 2: hỏi chuyện được tiến hành trên cơ sở chỉ có định hướng chính, không có các hướng dẫn chi tiết, cụ thể. Kết quả của cuộc hỏi chuyện giúp cho các nhà nghiên cứu thu thập được những thông tin chân thực và nắm bắt dễ dàng các vấn đề trọng tâm mà người bệnh nêu ra.

Mức 3: hỏi chuyện theo một hệ thống câu hỏi chặt chẽ. Phương pháp này còn được gọi là phỏng vấn (hỏi chuyện) có cấu trúc. Kết quả của phương pháp được xử lý theo thang điểm, giúp cho các nhà nghiên cứu dễ so sánh, đánh giá về người bệnh.

– Một số vấn đề cần lưu ý trong hỏi chuyện:

+ Không được coi đây là cuộc nói chuyện thông thường nhằm đạt được sự thoả mãn hoặc nâng cao uy tín cá nhân. Cuộc hỏi chuyện cần dừng lại khi đã thu thập đủ thông tin cần thiết; xây dựng được thái độ, niềm tin đến chừng mực cho phép.

+ Hỏi chuyện cần có tính mục đích và tính tổ chức cao.

+ Cần nhạy bén, linh hoạt khi hỏi chuyện và tạo điều kiện tiếp cận cá nhân một cách rộng rãi để thu thập cứ liệu cụ thể, chân thực.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Maloney và Ward (1976) đã nêu ra 5 dạng câu hỏi chính trong quá trình hỏi chuyện (xem bảng 2.1).

Bảng 2.1.

NĂM DẠNG CÂU HỎI KHI HỎI CHUYỆN

Dạng	Tầm quan trọng	Ví dụ
<i>Câu mở</i>	Nâng cao trách nhiệm của bệnh nhân và mở rộng phạm vi khi trả lời	Anh có thể kể về những ngày sống trong quân ngũ!
<i>Câu cụ thể</i>	Giúp bệnh nhân điều chỉnh và duy trì hướng hỏi chuyện	Anh có thể nói thêm về vấn đề này được không?
<i>Câu sàng lọc</i>	Khuyến khích sự sàng lọc hoặc mở rộng câu chuyện cho bệnh nhân	Tôi đoán rằng điều này anh đã cảm thấy...
<i>Câu đối lập</i>	Chỉ ra mâu thuẫn và sự trái ngược	Lúc trước anh lại nói rằng...
<i>Câu trực tiếp</i>	Câu hỏi sẽ có ích khi quan hệ, trách nhiệm đối thoại đã xác lập	Anh nói thế nào khi anh ấy phê phán sự lựa chọn của anh?

Ngày nay, với công nghệ hiện đại, người ta có thể sử dụng các phương tiện ghi âm, ghi hình trong buổi hỏi chuyện. Tuy nhiên cách làm này lại nảy sinh một số vấn đề: nếu không có sự thoả thuận của người bệnh thì đây là việc làm vi phạm đời tư mà luật pháp chưa cho phép; nếu có sự đồng ý của bệnh nhân thì dù sao họ cũng không thật sự thoải mái và họ có thể cố ý bỏ qua những chi tiết quan trọng trong cuộc nói chuyện. Trong thực tế, băng hình hoặc băng ghi âm giúp ích rất nhiều cho quá trình khám và điều trị bệnh nhân.

3.1.2. Quan sát

Quan sát được sử dụng nhằm theo dõi, nhận xét về hành vi của người bệnh. Trong lâm sàng, quan sát thường được dùng kết hợp với các phương pháp trắc nghiệm, thực nghiệm và đặc biệt là phương pháp hỏi chuyện.

Quan sát trong hỏi chuyện, qua kênh ngôn ngữ và phi ngôn ngữ, các nhà nghiên cứu có thể thu thập được những thông tin quan trọng về cảm xúc của người bệnh. Ví dụ:

- Sự lo âu thể hiện qua các dấu hiệu cận ngôn ngữ (như nói nhanh, mắc một số lỗi trong diễn đạt...) hoặc qua các dấu hiệu phi ngôn ngữ (tư thế cứng nhắc, tăng động chân tay...).
- Trầm cảm thường gắn với việc giảm ngôn ngữ, giảm trương lực cơ.
- Sự phục tùng hoặc thụ động thể hiện ở giảm tiếp xúc bằng ánh mắt...
- Thay đổi cảm xúc thường thể hiện qua sự thay đổi chủ đề của câu chuyện. Vì trạng thái cảm xúc thường là tâm điểm của các khó khăn về tâm lý nên trong trường hợp này, nếu ở bệnh nhân không có sự thay đổi cảm xúc thì cần phải lưu ý đến sự nghèo nàn cảm xúc của họ.
- Quan sát cách ăn mặc, xưng hô, điệu bộ cũng cho chúng ta nhiều thông tin để đánh giá tâm lý người bệnh.
- Quan sát kiểu nhận thức (cognitive style) - cách thức tiếp nhận thế giới và giải quyết các vấn đề; cách làm chủ cảm xúc của bệnh nhân cũng có thể cho những thông tin quan trọng để đánh giá hành vi của họ. Ví dụ, có những người né tránh các cảm xúc không dễ chịu bằng cách gắn các vấn đề với những khía cạnh như: học vấn, nói tới những lĩnh vực cao siêu hoặc sử dụng ngôn ngữ cầu kỳ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.3. Phân tích sản phẩm hoạt động

Mọi sản phẩm hoạt động của con người đều mang dấu ấn nhất định về những đặc điểm tâm lý - nhân cách của chủ thể. Thông qua việc phân tích các sản phẩm hoạt động như bút tích, bức vẽ..., chúng ta cũng có thể có những nhận xét nhất định về người bệnh.

3.1.4. Phân tích tiểu sử

Phân tích tiểu sử là một trong những phương pháp thu thập tư liệu về sự phát triển tâm lý - nhân cách của chủ thể qua từng thời kỳ.

3.2. Các phương pháp chủ đạo

Các phương pháp chủ đạo của tâm lý học y học gồm có trắc nghiệm và thực nghiệm. Chúng ta xem xét các phương pháp này trên hai góc độ: cách tiếp cận và hệ thống phương pháp cụ thể.

3.2.1. Thực nghiệm tâm lý

Thực nghiệm tâm lý là quá trình tác động vào đối tượng một cách chủ động, trong những điều kiện đã được khống chế để gây ra ở đối tượng những biểu hiện về quan hệ nhân - quả, về tính quy luật, cơ cấu, cơ chế của các hiện tượng tâm lý, nhân cách người bệnh.

- Một số nét đặc trưng của thực nghiệm:
- + Thực nghiệm có thể lặp đi lặp lại nhiều lần để đo đạc, định lượng, định tính một cách khách quan các hiện tượng cần nghiên cứu.
- + Trong thực nghiệm, nhà nghiên cứu đóng vai trò chủ động, tích cực (khác về cơ bản so với trắc nghiệm).

+ Thực nghiệm tiến hành phân tích định tính là chính (tất nhiên, không loại trừ tính định lượng, vì chúng quan hệ rất mật thiết với nhau).

– Phân loại thực nghiệm tâm lý:

+ Theo hình thức thực hiện chúng ta có thực nghiệm tự nhiên và thực nghiệm trong phòng thí nghiệm.

+ Theo mục đích thực nghiệm, chúng ta có thực nghiệm phát hiện (xác định) và thực nghiệm hình thành.

Trong thực hành tâm lý học y học, thường sử dụng thực nghiệm trong phòng thí nghiệm và thực nghiệm xác định.

3.2.2. Trắc nghiệm tâm lý

Nguyên nghĩa của từ trắc nghiệm (test) là sự lượng giá, là một phép đo các hiện tượng tâm lý cần nghiên cứu.

Đã có thời kỳ, một số tác giả cho rằng có sự đối lập giữa thực nghiệm và trắc nghiệm, xem chúng như là hai cách tiếp cận hoàn toàn riêng biệt nhau. Thực ra, hai phương pháp này có mối quan hệ chặt chẽ với nhau, như nhà tâm lý học Tiệp Khắc nổi tiếng J. Svancara (1978) đã nhận xét: trắc nghiệm là một tình huống mô hình, nhờ nó mà chúng ta có thể thu nhận được các mẫu hành vi hoặc trải nghiệm (hành động, các câu trả lời) mà chúng ta cho đó là tập hợp (phức hợp) các chỉ số của một dấu hiệu được nghiên cứu. Với góc độ này, trắc nghiệm là một dạng sơ đẳng của thực nghiệm mà chúng ta phải thực hiện nó trong những điều kiện chuẩn, bởi những nhân viên đã được hướng dẫn, đào tạo.

– Các yêu cầu của trắc nghiệm:

+ Tính chuẩn: trắc nghiệm phải được thực hiện trong điều kiện chuẩn và có những thang điểm chuẩn trên cơ sở kết quả của các nhóm đại diện cho một quần thể về lứa tuổi, văn hoá, chủng tộc, nghề nghiệp v.v...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Tính hiệu lực: trắc nghiệm phải đo được chính cái mà trắc nghiệm cần đo.

+ Độ tin cậy: thể hiện ở chỗ trên cùng một đối tượng với các lần đo khác nhau; trên cùng những đối tượng tương đồng hoặc trên các phiên bản khác nhau của cùng một trắc nghiệm phải cho kết quả giống nhau.

– Các phương pháp trắc nghiệm: hiện nay có rất nhiều phương pháp trắc nghiệm khác nhau. Ví dụ như: các phương pháp khảo sát trí nhớ; các phương pháp khảo sát chú ý; các trắc nghiệm trí tuệ; các phương pháp khảo sát cảm xúc; các phương pháp khảo sát nhân cách...

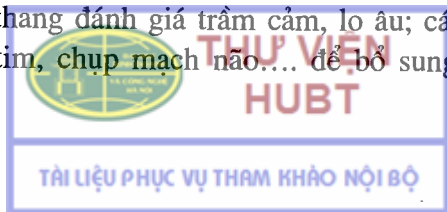
Trong số những phương pháp này, các trắc nghiệm trí tuệ và trắc nghiệm nhân cách chiếm một phần lớn.

3.3. Phương pháp tâm lý lâm sàng

Trong tâm lý học người bệnh, trên cơ sở tổng hợp các phương pháp nghiên cứu chủ đạo và bổ trợ của tâm lý học y học, chúng ta xây dựng thành một phương pháp tổng hợp, sát với thực tiễn khám chữa bệnh, nhằm đánh giá đầy đủ tâm lý, nhân cách người bệnh... Có thể gọi đây là phương pháp lâm sàng tâm lý người bệnh. Phương pháp gồm các bước chính sau đây:

– Thu thập các thông tin về phân hành chính: qua đàm thoại, thu thập những thông tin về hành chính của người bệnh: tuổi tác, giới tính, nghề nghiệp, văn hoá, quê quán... Việc thu thập những thông tin này vừa để có thêm căn cứ phân tích tâm lý người bệnh, vừa để tạo điều kiện thuận lợi cho việc hình thành mối quan hệ tâm lý giữa thầy thuốc và người bệnh trong quá trình khám và chữa bệnh.

- Thu thập thông tin qua phần kể bệnh: trong phần kể bệnh của bệnh nhân, chúng ta cần chú ý đánh giá trạng thái chung của người bệnh, tình trạng rối loạn giấc ngủ, thay đổi khí sắc... Trong thực tế, có rất nhiều bệnh nội khoa, những thay đổi về tâm lý và tình trạng chung của cơ thể nhiều khi diễn ra trước cả những triệu chứng khách quan của bệnh.
- Khai thác tiền sử bệnh: trong phần này cần hỏi bệnh nhân: bệnh xuất hiện khi nào, bắt đầu và diễn biến ra sao; họ tưởng tượng ra hình ảnh lâm sàng thực thể của bệnh như thế nào, suy nghĩ gì về bệnh tật; thử tìm nguyên nhân và tiên lượng của bệnh...
- Khai thác tiền sử đời sống của người bệnh: đây là phần có ý nghĩa đặc biệt trong nghiên cứu nhân cách người bệnh. Qua quan sát, đàm thoại, chúng ta tìm hiểu thế giới nội tâm, lịch sử và tính cách... của người bệnh. Cũng qua phần này, mối quan hệ tình cảm giữa thầy thuốc và người bệnh được hình thành và phát triển.
- Thu thập thông tin trong khám triệu chứng khách quan: trong phần này cần chú ý đánh giá ý thức, đặc điểm tâm lý vận động, ngôn ngữ, tư duy, trí nhớ... của người bệnh. Có thể sơ bộ đánh giá mức độ phát triển trí tuệ, khí chất, nét tính cách chủ yếu... và đặc biệt cần mô tả về khí sắc, phản ứng xúc cảm của người bệnh.
- Tiến hành các khám xét chuyên biệt: có thể sử dụng các trắc nghiệm về trí tuệ và nhân cách (xem thêm phần chẩn đoán tâm lý lâm sàng); các thang đánh giá trầm cảm, lo âu; các xét nghiệm điện não, điện tim, chụp mạch não.... để bổ sung cho tài liệu nghiên cứu.



– Kết luận về chẩn đoán tâm lý: kết quả thăm khám người bệnh phải được thể hiện trong các chẩn đoán về bệnh tật và chẩn đoán về tâm lý. Về chẩn đoán tâm lý, nhân cách, cần chỉ ra những nét đại cương, song rất quan trọng như:

+ Nhân cách hướng ngoại (dễ tiếp xúc, cởi mở, hồn nhiên...) hay hướng nội (trầm tính, kín đáo, thận trọng...). Kiểu nhân cách nghệ sĩ (giàu xúc cảm, tưởng tượng sinh động...) hay kiểu lý trí (suy diễn, đa nghi...). Và nêu lên những nét đặc trưng, điển hình trong nhân cách người bệnh.

+ Xác định trạng thái tâm lý người bệnh.

+ Hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh.

+ Đánh giá sự hợp tác, tiếp xúc của người bệnh...

– Đề ra nghệ thuật giao tiếp, kế hoạch phòng và chữa bệnh

Cuối mỗi buổi khám bệnh cần đề ra cho thầy thuốc nghệ thuật giao tiếp với người bệnh; hướng tiếp theo của việc thăm khám và điều trị; đề ra chương trình phòng bệnh, kế hoạch tâm lý liệu pháp và phục hồi sức khoẻ cho người bệnh...



Chương 3

PGS.TS. Nguyễn Văn Nhận

TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH

Khi bị bệnh, tâm lý người bệnh không thể không bị thay đổi. Sự thay đổi tâm lý người bệnh thường diễn ra trên hai bình diện:

- Bình diện thứ nhất là mối quan hệ tương hỗ giữa tâm lý người bệnh với bệnh tật (kể cả bệnh thực thể và các bệnh chức năng, tinh thần).
- Bình diện thứ hai là mối quan hệ giữa tâm lý người bệnh và môi trường xung quanh (kể cả môi trường tự nhiên và môi trường xã hội).

Có thể phân định một cách tương đối: mối quan hệ giữa tâm lý người bệnh với bệnh tật là mối quan hệ bên trong và mối quan hệ giữa tâm lý người bệnh với môi trường là mối quan hệ bên ngoài người bệnh. Phần tâm lý học y học nghiên cứu tâm lý người bệnh trong hai mối quan hệ này được gọi là tâm lý học người bệnh.

Những vấn đề lý thuyết và thực hành của tâm lý học người bệnh, trong chừng mực nhất định, không những giúp các thầy thuốc đi sâu tìm hiểu sự phát sinh, phát triển của bệnh; có những chẩn đoán và phương pháp điều trị hợp lý, toàn diện mà còn giúp người bệnh có nhận thức và thái độ đúng đắn về bệnh tật của mình; tích cực hợp tác cùng thầy thuốc trong dự phòng và điều trị bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1. CẤU TRÚC CĂN NGUYÊN TÂM LÝ CỦA BỆNH

Để hiểu biết một cách khái quát các quy luật, các cơ chế cơ bản vận hành mối quan hệ giữa tâm lý người bệnh với bệnh tật và giữa tâm lý người bệnh với môi trường, chúng tôi xin đề cập đến vấn đề cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh (xem sơ đồ 3.1).

– Phân cơ bản nhất trong cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh là nhân cách người bệnh, với các thành tố chủ yếu là xu hướng, khí chất, tính cách, năng lực, tri thức, kỹ năng, kỹ xảo, kinh nghiệm... và mối liên hệ khăng khít giữa các thành tố này. Do ảnh hưởng của bệnh tật mà nhân cách người bệnh có thể bị biến đổi. Ngược lại, nhân cách và những biến đổi nhân cách cũng tác động lên tình trạng bệnh tật, làm cho bệnh nặng lên hoặc dịu đi.

Một vấn đề cần quan tâm trong nhân cách của người bệnh là ở đó thường xuyên diễn ra sự đấu tranh giữa một bên là các biến đổi bệnh lý và một bên là sự nỗ lực ý chí.

– Yếu tố được coi là trung tâm trong cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh là cảm xúc. Bệnh tật và cảm xúc thường xuyên tác động lên nhau và có thể gây ra những biến đổi sâu sắc trong nhân cách của người bệnh.

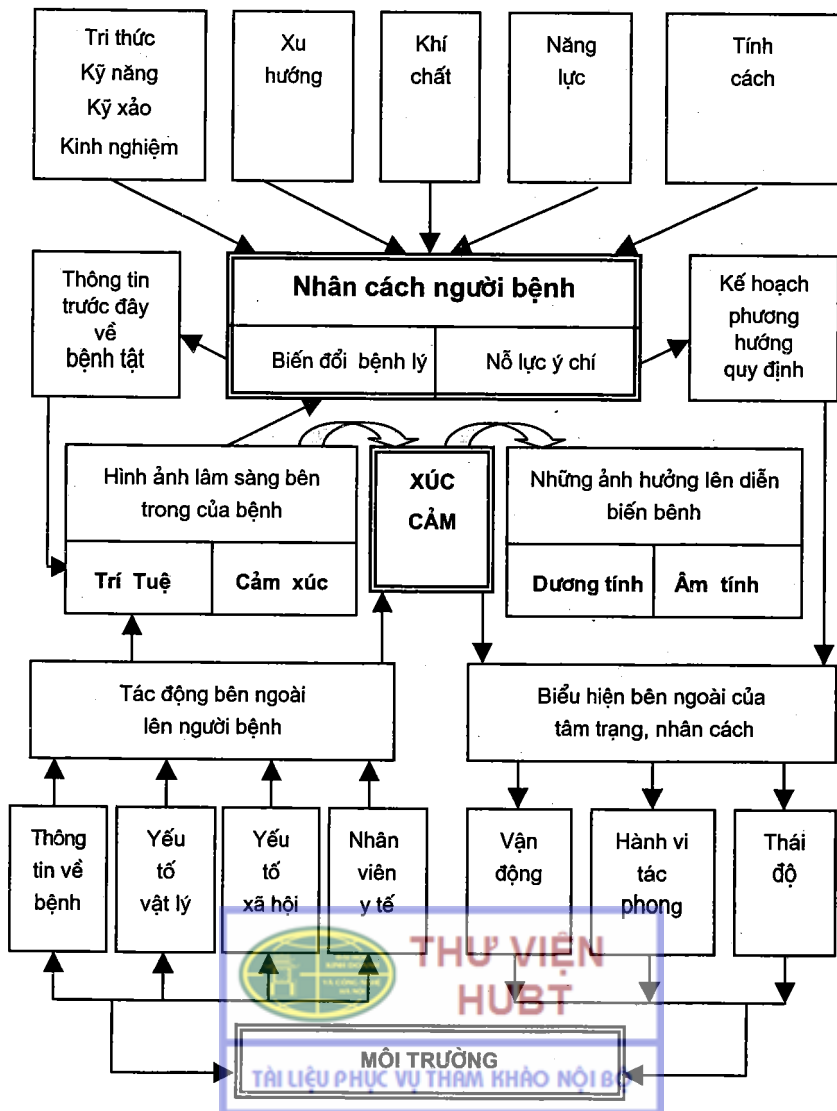
– Kết quả tác động qua lại giữa bệnh tật với hoạt động nhận thức và với ý thức của người bệnh đã làm nảy sinh hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh. Đây chính là sự nhận thức, thái độ của người bệnh đối với bệnh tật. Nhiều khi hình ảnh lâm sàng chủ quan này chi phối toàn bộ hoạt động tâm lý của người bệnh.

– Những yếu tố tự nhiên, xã hội... của môi trường bên ngoài đi theo con đường hướng tâm, tác động lên người bệnh.

– Phức hợp những kế hoạch, dự kiến, quyết định... và những biểu hiện bên ngoài của tâm trạng, nhân cách, bằng con đường ly tâm, tác động lên hành vi, thái độ, tác phong của người bệnh.

Sơ đồ 3.1:

CẤU TRÚC CĂN NGUYÊN TÂM LÝ CỦA BỆNH (GOIBAN)



Chúng ta cũng có thể xem xét căn nguyên tâm lý của bệnh theo cấu trúc tầng: tầng dưới cùng là những cảm giác, vận động... nhằm đáp ứng tác động của môi trường và bệnh tật; tầng giữa là hệ thống tiếp nhận, xử lý thông tin từ môi trường bên ngoài và từ cơ thể (nhất là từ ổ hưng phần ưu thế bệnh lý) để tạo ra sự đáp ứng của tâm trạng, cảm xúc...; tầng trên cùng là cấu trúc nhân cách người bệnh.

Các yếu tố trong cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh tác động lẫn nhau và tác động mạnh mẽ đến bệnh tật của người bệnh. Ngược lại, chính diễn biến của bệnh đã tác động thường xuyên và làm đậm nét thêm cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh. Những mối quan hệ giữa các thành tố trong cấu trúc căn nguyên tâm lý của bệnh, giữa căn nguyên tâm lý với bệnh tật và môi trường là mối quan hệ nhiều chiều, có thực và thường xuyên biến động.

Phân tâm lý học người bệnh nghiên cứu hệ thống các mối quan hệ người bệnh và bệnh tật được gọi là tâm lý học bệnh sinh, hay tâm lý học bệnh tật. Đây là phần nghiên cứu về các mối quan hệ bên trong, giữa thế giới nội tâm của người bệnh (nhân cách, ý thức, nhận thức, xúc cảm, các trạng thái tâm lý...) với bệnh tật.

Phân tâm lý học người bệnh nghiên cứu mối quan hệ tương hỗ bên ngoài, giữa người bệnh và môi trường xung quanh là tâm lý học môi trường người bệnh.

2. TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH VÀ BỆNH TẬT

Sự biến đổi tâm lý dưới tác động của bệnh tật và ngược lại, bệnh tật chịu ảnh hưởng nhất định của tâm lý người bệnh là những hiện tượng thường gặp trong lâm sàng.

Bệnh tật có thể làm cho người bệnh thay đổi từ điềm tĩnh, tự chủ, khiêm tốn thành cầu kinh, khó tính, nóng nảy; từ người chu đáo, thích quan tâm đến người khác thành người ích kỷ; từ người vui tính, hoạt bát thành người đăm chiêu, uể oải, nghi

bệnh; từ người lạc quan thành người bi quan, tàn nhẫn; từ người lịch sự, nhã nhặn thành người khắt khe, hoành hành người khác; từ người có bản lĩnh, độc lập thành người bị động, mê tín, tin vào lời bói toán, số mệnh...

Cũng có khi bệnh tật lại làm thay đổi tâm lý người bệnh theo hướng tích cực, làm cho họ thương yêu, quan tâm tới người khác hơn; có ý chí và quyết tâm cao hơn...

Có những bệnh chỉ làm thay đổi nhẹ về cảm xúc, song cũng có những bệnh làm biến đổi mạnh mẽ, sâu sắc toàn bộ nhân cách người bệnh. Nhìn chung, bệnh càng nặng, càng kéo dài thì sự biến đổi tâm lý càng trầm trọng.

Tâm lý người bệnh ảnh hưởng trở lại bệnh tật đến mức nào là tùy thuộc vào đời sống tâm lý vốn có của người bệnh. Mỗi người bệnh có những thái độ khác nhau đối với bệnh tật. Có người cho bệnh tật là điều bất hạnh không thể tránh được, đành cam chịu, mặc cho bệnh tật hoành hành. Có người kiên quyết đấu tranh, khắc phục bệnh tật. Có người không sợ bệnh tật, không quan tâm tới bệnh tật. Có người sợ hãi, lo lắng vì bệnh tật. Đôi khi chúng ta gặp những người thích thú với bệnh tật, dùng bệnh tật để “tô vẽ” cho thế giới quan của mình. Bên cạnh những người giả vờ mắc bệnh, lại có người giả vờ như không bị bệnh tật...

Thái độ đối với bệnh tật nói riêng và đời sống tâm lý của người bệnh nói chung ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng huy động sinh lực của bản thân người bệnh trong phòng và chữa bệnh cũng như trong khắc phục hậu quả bệnh tật.

Những diễn biến bệnh tật và biến đổi tâm lý của người bệnh tác động lẫn nhau theo vòng xoắn luân hồi. Khi một trong hai thành tố này mất đi (trường hợp tốt nhất là bệnh tật không còn nữa và trường hợp xấu nhất là đời sống tâm lý của người bệnh ngưng trệ) thì vòng luân hồi cũng ngừng hoạt động.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đối tượng nghiên cứu của tâm lý học bệnh sinh là quy luật vận hành của vòng xoắn luân hồi này, nghĩa là nghiên cứu quy luật tác động tương hỗ giữa tâm lý người bệnh và bệnh tật. Nội dung tâm lý học bệnh sinh gồm các vấn đề cơ bản như: hoạt động nhận thức và bệnh tật, ý thức và bệnh tật...

2.1. Hoạt động nhận thức và bệnh tật

2.1.1. Những biến đổi chung của hoạt động nhận thức

Những biến đổi hoạt động nhận thức, trí tuệ của người bệnh là do hậu quả tác động của ổ hưng phần ưu thế bệnh lý làm mất sự tập trung chú ý; do những xúc cảm âm tính tác động lên quá trình tư duy và do hậu quả tác động của các yếu tố độc hại đi kèm với quá trình bệnh tật lên toàn bộ hoạt động nhận thức của người bệnh.

Người bệnh có biểu hiện giảm trí nhớ và tưởng tượng; đáng trí, không tập trung chú ý; giảm khả năng sáng tạo, giảm khả năng lao động; các chức năng nhận thức cấp cao như phân tích, tổng hợp bị suy yếu...

Khi những xung động cảm xúc tăng lên, ý chí giảm đi, ở người bệnh có thể xuất hiện tình trạng "tự động tâm lý" (mức độ thấp, nhưng tinh vi hơn tình trạng "tự động bệnh lý" - hội chứng Kandinsky); các ý nghĩ, liên tưởng trở nên lộn xộn, dễ bị ám thị...

Sự liên tưởng của người bệnh bị biến đổi dưới dạng mở rộng liên tưởng, hồi tưởng, mong ước... do trương lực não bị giảm sút, giống như khi người khỏe mạnh có giấc ngủ chập chờn, không sâu.

Tình trạng dễ bị ám thị tăng lên, người bệnh bị động, phụ thuộc. Thậm chí những người vô thần, những nhà trí thức cũng cầu cứu đến nhà thờ, chùa chiền, tin vào số mệnh, phù phép; nhờ cậy cả những lang vườn... Đây chính là hiện tượng quay về hoạt động tâm lý giống nòi phát sinh từ cổ xưa; theo đuổi những logic cảm xúc không xuất phát từ quy luật tư duy.

Trong tình trạng lo sợ và thiếu tin tưởng bệnh sẽ khỏi, người bệnh muốn thoát khỏi hiện tại, chạy theo bất kỳ những hiểu biết, kinh nghiệm nào mà họ cho là cứu cánh; có khi quá tin vào những điều tâm thường, thậm chí thiếu khoa học, miễn là chúng tạo được niềm hy vọng mong manh cho họ.

2.1.2. Hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh

Một trong những thành phần quan trọng của tâm lý học bệnh sinh là hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh. Theo Luria và Golitsayder, hình ảnh lâm sàng của bất cứ bệnh nào cũng bao gồm hình ảnh lâm sàng bên ngoài và hình ảnh lâm sàng bên trong, hay còn gọi là hình ảnh lâm sàng khách quan và hình ảnh lâm sàng chủ quan.

Hình ảnh lâm sàng bên ngoài bao gồm sự biến đổi thực thể về giải phẫu, sinh lý, sinh hoá..., thể hiện bằng những dấu hiệu bệnh lý lâm sàng và cận lâm sàng khách quan của các cơ quan, tổ chức cơ thể. Ví dụ như, hình ảnh siêu âm ổ viêm mủ trong gan; hình ảnh X quang ổ loét hành tá tràng; hình ảnh rách da, chảy máu của các vết thương...

Hình ảnh lâm sàng bên trong chính là sự nhận thức, thái độ cảm xúc của người bệnh về bệnh tật. Một mặt nó được hình thành trên cơ sở những cảm giác chung của cơ thể và những cảm giác từ ổ bệnh; một mặt khác, nó được hình thành từ những biểu tượng, quan niệm, ý nghĩ và thái độ cảm xúc của người bệnh về bệnh tật.

Hình ảnh lâm sàng bên trong bao gồm phần cảm giác bệnh và phần trí tuệ. Những xung động đau, những xung động nội tạng xuất phát từ ổ bệnh; những cảm giác mệt mỏi, khó chịu... sẽ hợp thành phần cảm giác bệnh và được phản ánh trong lời than phiền của người bệnh. Những biểu tượng, suy tưởng, lập luận, thái độ cảm xúc... về cảm giác đó sẽ hợp thành bộ phận trí tuệ trong hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Để có phân trí tuệ, ngoài những kinh nghiệm, năng lực trí tuệ của bản thân, người bệnh phải thu thập thông tin từ sách báo, từ bạn bè, từ nhân viên y tế và từ những người bệnh khác... Họ đặc biệt quan tâm đến kết quả của các xét nghiệm và những thăm khám chuyên biệt; họ tò mò tìm hiểu ý nghĩa của các thuật ngữ chuyên môn và cố gắng ghép chúng vào một mô hình tưởng tượng về bệnh tật của mình. Người bệnh tự đưa ra những chẩn đoán và tiên lượng bệnh, tự tìm ra nguyên nhân của bệnh, thử phán đoán sự kết thúc, hậu quả của bệnh...

Nếu phân trí tuệ trong hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh chiếm ưu thế thì sẽ gây khó khăn cho việc chẩn đoán và điều trị. Người bệnh sẽ kể cho thầy thuốc về tiền sử và những dấu hiệu của bệnh theo sự suy nghĩ của mình (thường là thiếu cơ sở khoa học và không căn cứ vào thực chất những biểu hiện của bệnh). Như thế, thầy thuốc sẽ không có được những thông tin chính xác về người bệnh; và bản thân người bệnh, do những suy diễn không đúng mà có thể bị các sang chấn tâm lý nguy hiểm. Những thuật ngữ y học như: tim nhỏ, thận di động, dạ dày sa... không được người bệnh hiểu đầy đủ, sẽ kích thích trí tưởng tượng của họ, gây ra lo lắng, sợ hãi, làm ảnh hưởng xấu đến sức khỏe và diễn biến bệnh tật của người bệnh.

Hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh, căn nguyên tâm lý của bệnh thực chất là kết quả xử lý về phương diện nhận thức và trí tuệ những thông tin, những tín hiệu từ ổ bệnh, từ cơ thể và những tác động từ môi trường của người bệnh.

Người thầy thuốc phải tìm hiểu kỹ hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh để nắm được triệu chứng đích thực của bệnh, biết được những suy nghĩ, lo lắng của người bệnh và trên cơ sở đó tiến hành những phương pháp điều trị thích hợp.

Mặt khác, người thầy thuốc phải giúp người bệnh xây dựng hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh một cách chính xác, gắn

với thực tế bệnh tật, để họ có thái độ đúng đắn với bệnh tật và sẵn sàng hợp tác cùng thầy thuốc trong phòng và chữa bệnh, đặc biệt trong tiến hành các liệu pháp tâm lý hợp lý, khoa học.

2.2. Ý thức và bệnh tật

Hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh có thể không được xây dựng một cách rõ ràng hoặc không xuất hiện đầy đủ trong ý thức của người bệnh. Hiện tượng này thường gặp ở những người bệnh sau đây:

- Người bệnh tâm thần, mất trí, do họ mất nhận thức bệnh hoặc nhận thức sai về bệnh.
- Một số người mắc bệnh thực thể, nhưng những biến đổi chức năng cơ thể và các cảm giác về bệnh (nhất là cảm giác đau) còn chưa rõ ràng. Ví dụ, do tình cờ người bệnh nhìn thấy nước tiểu của mình khi khô đi để lại những vết trắng mà đi khám bệnh. Sau khi có kết quả xét nghiệm, họ mới hay là bị bệnh đái tháo đường và dần dần họ mới có ý thức đầy đủ về bệnh tật của mình.
- Một số người bệnh cao huyết áp chỉ khi được thầy thuốc thông báo mới biết mình bị bệnh; một số người mắc bệnh hiểm nghèo, ở giai đoạn cuối (như người bệnh xuất huyết não có liệt nửa người) cũng không ý thức được mức độ nặng nhẹ của bệnh, thậm chí còn không biết được là mình đang bị liệt.
- Một số người bệnh có những xung động từ ổ bệnh thấp, dưới ngưỡng kích thích; hoặc những xung động đã được não tri giác, nhưng chưa rõ ràng đối với ý thức cũng không phản ánh đầy đủ bệnh tật vào ý thức của mình.

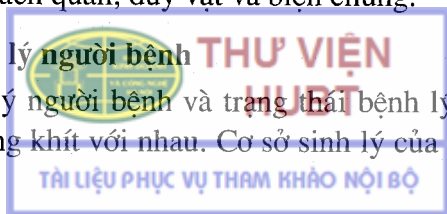
Trong thực tế có những trường hợp ý thức hoàn toàn tỉnh táo, nhưng người bệnh vẫn không nhận thức được đầy đủ nguyên nhân, diễn biến của một số hiện tượng bệnh lý trong cơ thể. Trái lại, khi trong trạng thái tiềm thức, trạng thái thôi miên, họ lại phản ánh bệnh tật khá rõ ràng và đầy đủ.

Sự tồn tại có thực (chứ không phải là hiện tượng thần bí) và khả năng có thể nghiên cứu được của tiềm thức đã được nhiều công trình nghiên cứu của tâm lý học và sinh lý học... khẳng định. Chẳng hạn như, có thể thành lập được phản xạ có điều kiện ở người trước những kích thích dưới ngưỡng của ý thức; có thể định hướng tâm lý tiềm thức vào tri giác những đối tượng nhất định... Người ta cũng có thể ghi nhớ những thông tin mới trong giấc ngủ thôi miên (dạy học trong khi ngủ). Các quan sát lâm sàng có thể cho thấy một số trường hợp có điểm báo trước về bệnh tật. Đó là khi não bộ ngủ ở giai đoạn nghịch đảo, các xung động bệnh lý yếu được khuếch đại và chuyển thành giấc mơ.

Tất nhiên cho đến nay, giá trị chẩn đoán bệnh của giấc mơ còn chưa được xác nhận, mới dừng lại ở sự đánh giá đặc điểm chung của giấc mơ: giấc mơ đẹp, giấc mơ thú vị, giấc mơ sợ hãi... Những giấc mơ thú vị thường báo hiệu tình trạng cơ thể khỏe mạnh, tiên lượng tốt về bệnh tật. Những giấc mơ liên quan đến lửa đốt, ngột ngạt, nóng bức có khi dự báo những phản ứng gây sốt... Những nghiên cứu về giấc mơ, về phân tích tâm lý trong trạng thái thôi miên (tiền ý thức) của Freud và trường phái phân tâm học có ý nghĩa thực tiễn lâm sàng nhất định. Những nghiên cứu này sẽ có giá trị lớn hơn, nếu như được dựa trên những quan điểm khách quan, duy vật và biện chứng.

2.3. Trạng thái tâm lý người bệnh

Trạng thái tâm lý người bệnh và trạng thái bệnh lý thực thể có mối quan hệ khăng khít với nhau. Cơ sở sinh lý của trạng thái



tâm lý là các hệ thống chức năng cơ động của phức hợp các tế bào thần kinh có hoạt động thống nhất theo nguyên tắc ưu thế. Những trạng thái này được giới hạn trong những chức năng nhất định và tồn tại trong một thời gian dài sau khi các xung động từ môi trường, từ ổ bệnh gây ra nó không còn tác động. Khi có kích thích, não đáp ứng trở lại. Song cũng có khi não không đáp ứng trong một thời gian dài đối với kích thích (như trong phản xạ không kết thúc, phản xạ cụt). Ngược lại, có những xung động thần kinh tự nhiên xuất hiện, không do bất kỳ một kích thích nào tác động vào giác quan. Những dạng hoạt động này của hệ thần kinh tạo nên cơ sở sinh lý của trạng thái tâm lý người bệnh.

Các hoạt động nhận thức, ý chí... của người bệnh đều gắn liền với những trạng thái chú ý, ý chí và cảm xúc.

2.3.1. Trạng thái biến đổi tâm lý

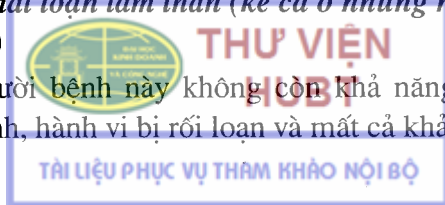
Đây là trạng thái nhẹ nhất và có thể gặp ở bất kỳ người bệnh nào. Những biến đổi tâm lý ở đây còn trong giới hạn bình thường. Người bệnh có biểu hiện hơi khó chịu, lo lắng hoặc thiếu nhiệt tình trong công việc...

2.3.2. Trạng thái loạn thần kinh chức năng

Trong trạng thái này có sự gián đoạn và rối loạn các quá trình hoạt động thần kinh cấp cao, được biểu hiện thành các hội chứng như suy nhược, nghi bệnh, ám ảnh, lo âu, rối loạn phân ly... nhưng chưa bị rối loạn ý thức. Họ vẫn còn thái độ phê phán đối với bệnh tật và sức khỏe của mình.

2.3.3. Trạng thái loạn tâm thần (kể cả ở những người mắc bệnh thực thể)

Những người bệnh này không còn khả năng phản ánh thế giới xung quanh, hành vi bị rối loạn và mất cả khả năng phê phán



đối với bệnh tật. Biểu hiện đặc trưng của trạng thái này là các hội chứng hoang tưởng và rối loạn ý thức.

Trong thực tế, chúng ta rất khó xác định ranh giới giữa các trạng thái tâm lý của người bệnh.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến trạng thái tâm lý người bệnh, như đặc điểm các giai đoạn phát triển và những dấu hiệu đặc trưng của bệnh, đặc điểm nhân cách, các yếu tố nhiễm trùng, nhiễm độc, các yếu tố môi trường... Các yếu tố này dẫn đến những biến đổi đặc biệt như: thay đổi hứng thú, tư duy; thay đổi tri giác đối với thế giới bên ngoài và bản thân; thay đổi sự chọn lọc quan hệ với người xung quanh; tập trung chú ý vào bệnh tật, ích kỷ; giảm sút ý chí, có khuynh hướng tự động, ám thị; hồi tưởng nhiều về quá khứ, hay xúc động; thay đổi nét mặt, giọng nói... Các dấu hiệu biến đổi tập hợp thành hội chứng tâm lý không đặc hiệu của bệnh thực thể.

Cấu trúc của hội chứng tâm lý không đặc hiệu bao gồm các thành tố (là các biến đổi tâm lý) có quan hệ nhân quả mật thiết với nhau, mà hạt nhân của nó là ổ hưng phấn bệnh lý ưu thế (được thể hiện bằng hình ảnh lâm sàng chủ quan). Sự hưng phấn bệnh lý ưu thế hình thành một cách không tự ý và làm cho người bệnh quan tâm nhiều hơn đến chức năng hoạt động của cơ thể, đến những thông tin y học, hoạt động của thầy thuốc và đến những người bệnh cùng cảnh ngộ. Bản thân bệnh tật và những gì liên quan tới bệnh tật trở thành ổ hưng phấn ưu thế trên vỏ não, lôi cuốn mạnh mẽ sự chú ý của người bệnh, làm thay đổi tâm lý người bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.4. Xúc cảm của người bệnh

Xúc cảm của người bệnh được hình thành từ những cảm giác về bệnh, từ sự nhận thức về bản chất và những vấn đề liên quan đến bản chất của bệnh.

Thông thường, đi kèm với bệnh tật là những xúc cảm âm tính, làm người bệnh giảm khí sắc, buồn rầu, ưu tư... Nhiều trường hợp xuất hiện xung cảm dưới dạng stress, khiến người bệnh lo âu, sợ hãi quá mức, có khi khiếp đảm, hoảng loạn.

Những xúc cảm âm tính vừa và nhẹ có tác dụng bảo vệ người bệnh trước bệnh tật, làm giảm hoạt tính, bảo tồn sinh lực. Mặt khác, xúc cảm sợ hãi, lo lắng là những phản ứng tự nhiên của con người, có tác dụng kích thích hệ thần kinh - nội tiết, tạo ra hội chứng thích nghi không đặc hiệu, tác động dương tính lên những quá trình bệnh lý trung bình.

Xúc cảm của người bệnh và tình trạng bệnh tật thường quan hệ với nhau theo ba hướng sau:

2.4.1. Xúc cảm phù hợp về dấu và cường độ

Đây thường là những xúc cảm âm tính, ở mức độ trung bình, có tác dụng bảo vệ người bệnh và điều trị bệnh tật.

2.4.2. Xúc cảm không phù hợp về dấu và cường độ

Đây là những xúc cảm vui tươi, sáng khoái; người bệnh không đánh giá đúng mức độ và diễn biến bệnh tật của mình mà tỏ ra nông nổi, thiếu cân nhắc...

2.4.3. Xúc cảm phù hợp về dấu, không phù hợp về cường độ

Đây là những loại xúc cảm âm tính: buồn rầu, sợ hãi, thất vọng, hoảng hốt... quá mức. Chúng có thể là nguồn gốc của những bệnh có căn nguyên tâm lý và làm cho diễn biến của bệnh xấu đi.

Hai loại xúc cảm sau rất cần đến những liệu pháp tâm lý và sự tổ chức thực hiện các quy định về đạo đức y học của người thầy thuốc. Những xúc cảm âm tính lo lắng, sợ hãi, hốt hoảng... xảy ra cùng với bệnh tật thường dẫn đến chấn thương tâm lý. Các sang chấn tâm lý hay xảy ra trong giai đoạn đầu của bệnh. Những chẩn đoán mắc bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe (giang mai, lao...), đối với tính mạng (ung thư, viêm cầu thận mạn tính, bệnh bạch cầu tủy cấp...) đều có thể gây ra sang chấn tâm lý. Người bệnh bị tàn phế về cơ thể, mất khả năng lao động, thường kéo theo chấn thương về tâm lý, dễ dẫn đến loạn thần phản ứng. Các xung đột tâm lý cũng dẫn đến khí sắc u ám, đăm chiêu và làm cho người bệnh có ý định tự sát.

Trong quá trình chữa bệnh thực thể, người thầy thuốc phải rất quan tâm đến việc nâng cao sức khỏe tâm lý nói chung và bồi dưỡng cảm xúc tích cực nói riêng cho người bệnh. Có như vậy, hiệu suất điều trị mới được nâng cao và kết quả điều trị mới toàn diện.

2.5. Nhân cách của người bệnh

Nhân cách là sản phẩm lịch sử của các quan hệ xã hội, là tượng trưng cho sự thống nhất giữa mặt sinh vật và xã hội trong mỗi con người. Các thành tố nhân cách bao giờ cũng được phản ánh vào toàn trạng của người bệnh. Tất cả các thành tố này tác

động lên sự phát sinh, phát triển của bệnh. Ngược lại, một trạng thái bệnh mạn tính, dần dần cũng có thể trở thành thuộc tính của nhân cách và một quá trình bệnh lý có thể tác động lên toàn bộ nhân cách, làm biến đổi nhân cách của người bệnh.

2.5.1. Khí chất của người bệnh

Đây là mặt động thái nhân cách, có cơ sở vật chất là các kiểu hoạt động thần kinh cấp cao. Ngày nay, khi mà xã hội phát triển, đời sống tâm lý của người bệnh càng phức tạp, thì chúng ta càng khó có thể tìm thấy những kiểu khí chất thuần nhất ở bất kỳ người bệnh cụ thể nào. Kiểu khí chất của mỗi người được tạo thành trên cơ sở một kiểu khí chất chủ đạo và pha trộn với nó là những nét đặc trưng của các kiểu khí chất khác.

Bệnh tật, kể cả những bệnh không phải của hệ thần kinh, cũng được phản ánh vào các hoạt động phản xạ thần kinh, làm hưng phấn hay ức chế hệ thần kinh, từ đó làm thay đổi đặc điểm khí chất vốn đã thành thuộc tính của người bệnh. Ví dụ, những người bệnh nhiễm trùng, có sốt cao, co giật sẽ dễ có những phản ứng mạnh mẽ, nóng nảy và thiếu cân bằng. Những người bệnh bị thiếu năng tuyến giáp trạng, thường có biểu hiện ù lì, phản xạ chậm chạp.

Ngược lại, những biến đổi khí chất sẽ ảnh hưởng đến các phản xạ thần kinh, đến sự lưu thông khí huyết... và qua đó mà ảnh hưởng đến quá trình bệnh tật của người bệnh.

Thông thường, những người bệnh có nét đặc trưng của kiểu khí chất không cân bằng, không linh hoạt và yếu sẽ rất dễ bị tổn thương do tác động của bệnh. Họ dễ bị các bệnh nặng, kéo dài;

hay gặp khó khăn trong điều trị và bệnh dễ phát triển theo chiều hướng ngày càng xấu đi. Những người có khí chất linh hoạt, cân bằng, mạnh mẽ sẽ có những đáp ứng hợp lý với bệnh tật, sẵn sàng hợp tác cùng thầy thuốc tìm những phương pháp có hiệu quả để điều trị bệnh tật.

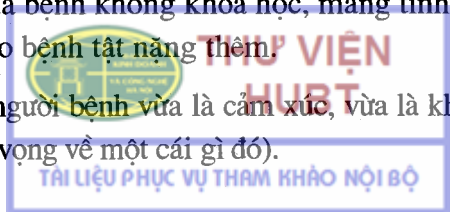
2.5.2. Xu hướng nhân cách của người bệnh

Đây là thuộc tính tâm lý bao gồm những quan điểm, niềm tin, khát vọng, khuynh hướng, thế giới quan, sự say mê, hứng thú... của người bệnh. Các thuộc tính này tham gia tích cực vào hình thành động cơ hoạt động của họ.

Bệnh tật có khi làm thay đổi cả những quan điểm sống và cách xem xét thế giới xung quanh của người bệnh. Có khi làm cho họ nhìn cuộc đời một cách ảm đạm, bế tắc. Cách xem xét thế giới của những người bệnh này bị những nguyên nhân, diễn biến, tiên lượng của bệnh chi phối. Họ chuyển trọng tâm hứng thú, sự say mê, khát vọng... về cuộc sống, về công việc hàng ngày của họ sang theo dõi bệnh tật và tìm mọi cách để phòng và chữa bệnh.

Mặt khác, chính những suy sụp niềm tin, khát vọng sẽ làm cho người bệnh chán chường. Chính từ cách nhìn nhận nguyên nhân, tiên lượng của bệnh không khoa học, mang tính thần bí, bi quan mà đã làm cho bệnh tật nặng thêm.

Sự hy vọng của người bệnh vừa là cảm xúc, vừa là khái niệm có nội dung cụ thể (hy vọng về một cái gì đó).



Trong tâm hồn người bệnh luôn luôn có sự đấu tranh gay gắt giữa hy vọng và thất vọng. Niềm hy vọng khỏi bệnh sẽ tạo nên sức mạnh tinh thần, vật chất giúp người bệnh vượt qua giai đoạn khó khăn của bệnh tật. Người thầy thuốc phải biết gieo niềm hy vọng thực sự có lợi cho người bệnh.

2.5.3. Năng lực hoạt động

Bao gồm cả tri thức, kỹ năng, kỹ xảo, bản năng và kinh nghiệm của người bệnh. Những hoạt động sáng tạo, sự tiếp thu kiến thức mới, sự khéo léo trong công việc, sự đáp ứng hoạt động bản năng... của người bệnh bị giảm đi. Sự thay đổi về năng lực, vốn sống, kinh nghiệm, kiến thức bị biến dạng này đã tạo ra những khó khăn trong việc phòng, chữa bệnh và làm cho bệnh nặng thêm.

2.5.4. Tính cách và bệnh tật

Đây là hệ thống thái độ bền vững, điển hình của người bệnh đối với môi trường tự nhiên, xã hội và đối với bản thân khi bị bệnh, được biểu hiện trong hành vi, cử chỉ, cách nói năng...

Bệnh tật có thể làm thay đổi tính cách vốn có của người bệnh; có khi tạo ra những nét tính cách mới đặc trưng cho nhân cách bệnh tật của họ, phá vỡ sự hài hòa của các nét tính cách. Trái lại, những nét tính cách bị biến đổi, những thái độ, hành vi không bình thường sẽ tác động xấu lên bệnh tật của người bệnh. Một sự hồ đồ, thiếu chín chắn khi tiên lượng bệnh, rất có thể dẫn đến những kết cục xấu cho người bệnh. Một sự lạc quan tếu, coi thường bệnh tật sẽ làm cho người bệnh nhanh chóng bị suy sụp, nhất là khi bệnh đột ngột nặng thêm... Sau đây là một số nét tính cách đặc biệt của người bệnh:

– *Nét tính cách hysteria*: Những người mang nét tính cách này thường có xúc cảm mạnh mẽ, ấn tượng sâu sắc, mơ mộng, ích kỷ, thích được chiều chuộng, hành vi thì điệu bộ, cư xử thất thường, dễ bực bội, sâu muộn, ủy mị, dễ bị ám thị... Họ thường khuyếch trương bệnh tật của mình, lo lắng vì bệnh tật và đòi hỏi mọi người quan tâm khi mình bị bệnh, song họ dễ dàng nghe theo những hướng dẫn điều trị của thầy thuốc.

– *Nét tính cách nghi ngờ lo sợ*: thường hay lý sự, thiếu kiên quyết, dễ có những ý nghĩ ám ảnh... Phân trí tuệ trong hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh tăng cao. Thầy thuốc cần hết sức chú ý trong chẩn đoán bệnh cho những người bệnh này, vì những lời nói, những động tác, những thông báo kết quả xét nghiệm... thiếu thận trọng sẽ dễ làm cho bệnh tình của người bệnh nặng thêm.

– *Nét tính cách suy nhược*: thường nhút nhát, yếu đuối, bị động, xúc cảm không ổn định, đa sầu, đa cảm, mơ mộng, khó tự chủ, dễ nản chí, nhưng lại có óc quan sát tinh tế, có lòng hào hiệp... Bệnh tật đối với những người này là một gánh nặng. Họ rất nhạy cảm với đau đớn, lo sợ bệnh tật, đánh giá bi quan về kết thúc của bệnh. Họ cần nhận được sự quan tâm giúp đỡ nhiều hơn của thầy thuốc và của những người xung quanh.

– *Tính thống nhất, trọn vẹn, tổng thể*... của nhân cách đôi khi cũng bị bệnh tật làm ảnh hưởng và ngược lại, một nhân cách hoàn chỉnh như thế nào thì cũng sẽ để lại trên bệnh tật những dấu ấn như thế ấy.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.5.5. Bệnh tật và một số kiểu nhân cách

2.5.5.1. Kiểu nhân cách theo Pavlov

Những người có nhân cách kiểu trí tuệ có hệ thống tín hiệu thứ hai mạnh, hoạt động lý trí cao, có tư duy trừu tượng, lô gíc và chủ động được cảm xúc... thường ít bị những tác động của bệnh tật.

Những kiểu người nghệ sĩ có hệ thống tín hiệu thứ nhất phát triển mạnh, tri giác sinh động, sắc sảo, tư duy nặng về hình tượng, nhạy cảm... nên dễ bị tổn thương tâm lý khi mắc bệnh, nhất là những bệnh xảy ra đột ngột, cấp tính.

Nhìn chung, những kiểu người trí tuệ ít nhiều có khả năng chống đỡ bệnh tật tốt hơn kiểu người nghệ sĩ và kiểu người trung gian.

2.5.5.2. Kiểu nhân cách của Jung

Những người hướng nội có nét đặc trưng là trầm lặng, điềm tĩnh, kín đáo, khó hiểu... Những người hướng ngoại thì hồn nhiên, cởi mở, bộc trực, dễ tiếp xúc... Cho nên bệnh tật của người hướng nội có biểu hiện kín đáo và các thầy thuốc khó khai thác tiền sử, bệnh sử để chẩn đoán, điều trị hơn ở những người có nhân cách hướng ngoại.

2.5.5.3. Kiểu nhân cách của Kretschmer

Kretschmer đã dựa vào thực tế lâm sàng bệnh tâm thần để chia nhân cách thành hai nhóm:

Nhân cách kiểu phân liệt có đặc trưng kín đáo, lạnh nhạt, tư duy tự kỷ độc đáo, ngại tiếp xúc và những người này thường có vóc dáng gầy, dong dỏng cao...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nhân cách kiểu hưng trầm cảm chu kỳ có đặc trưng cõi mở, sôi nổi, hay dao động khí sắc, có vóc người lùn, béo mập...

Về sau, sự phân loại này được bổ sung thêm nhóm nhân cách kiểu động kinh với đặc trưng bảo thủ, định kiến, độc ác, ích kỷ, nóng nảy, tư duy bay nhảy, lai dai, hay yêu sách...

Tương ứng với mỗi kiểu nhân cách là mỗi loại bệnh (Ví dụ: người có kiểu nhân cách động kinh đặc quan tâm đến sức khỏe, đến những chỉ định điều trị và lời khuyên của thầy thuốc. Họ kể bệnh một cách dài dòng, cặn kẽ, hay yên sách, quấy rầy nhân viên y tế, dễ nổi khùng, phản nộ, hờn dỗi...).

Tuy các cách phân loại nhân cách trên đây đều phiếm diện, song phần nào cũng giúp chúng ta hình dung được mối liên quan mật thiết giữa nhân cách người bệnh và bệnh tật của họ.

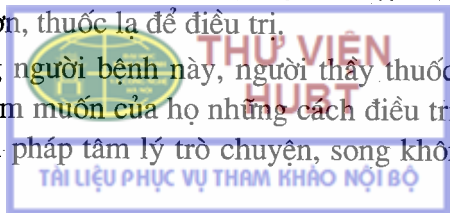
2.5.6. Phản ứng nhân cách lên bệnh tật

Trong thực tế, chúng ta thường gặp hai loại phản ứng nhân cách lên bệnh tật:

2.5.6.1. Phản ứng phủ nhận bệnh tật

Đây là những phản ứng âm tính và hay gặp trong các bệnh nặng, ác tính, tăng kích thích não và trong một số bệnh tâm thần. Người bệnh không thấy hết mức độ nặng, nhẹ của bệnh; không chịu được những tác động xấu của bệnh đến xung quanh. Họ giải thích bệnh tật và cách điều trị bằng những lời lẽ làm tăng thêm ý nghĩa của bệnh. Người bệnh dễ từ chối sự điều trị chính thống và đi tìm các lang vườn, thuốc lạ để điều trị.

Đối với những người bệnh này, người thầy thuốc phải khéo léo tìm từ trong ham muốn của họ những cách điều trị thích hợp, phải tiến hành liệu pháp tâm lý trò chuyện, song không nên giải



thích cần kể những điều gây ảnh hưởng xấu đến bệnh tật; đồng thời phải làm cho cả người thân của người bệnh hiểu về người bệnh để giúp thêm trong điều trị.

2.5.6.2. *Phản ứng quá mức lên bệnh tật*

Loại phản ứng này hay gặp trong các bệnh xảy ra đột ngột, để lại những hậu quả xấu như làm giảm nghiêm trọng khả năng lao động; cuộc sống bị đảo lộn, mất sinh động; ảnh hưởng đến thẩm mỹ... Phản ứng lúc đầu là trạng thái trầm cảm, sau đến là sự thờ ơ, thao túng, ghen tỵ với những người lành lặn ở xung quanh và có ý định tự sát...

Đối với những người bệnh này, người thầy thuốc cần tổ chức tốt tâm lý liệu pháp, trao đổi, giải thích cho họ về nguyên nhân bệnh tật và tạo niềm tin về diễn biến khả quan của quá trình điều trị.

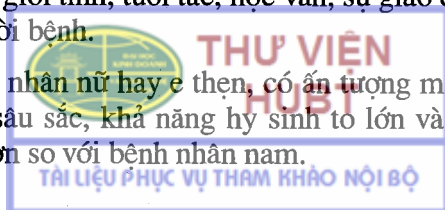
Tóm lại, căn nguyên tâm lý của bệnh bao gồm các phạm trù như hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh, trạng thái tâm lý do bệnh gây ra (hội chứng tâm lý không đặc hiệu), các đặc điểm về nhân cách, cảm xúc, hành vi, ý thức... của người bệnh. Đây chính là phần tâm lý học bệnh sinh (tâm lý học bệnh tật).

2.6. Tâm lý và một số yếu tố chung của người bệnh

2.6.1. Tâm lý và các yếu tố dịch tễ học

Mối quan hệ giữa bệnh tật và tâm lý còn chịu ảnh hưởng của các yếu tố như giới tính, tuổi tác, học vấn, sự giáo dục, dân tộc, tôn giáo... của người bệnh.

Ví dụ, bệnh nhân nữ hay e thẹn, có ấn tượng mạnh mẽ, có lòng thương người sâu sắc, khả năng hy sinh to lớn và cần có sự quan tâm chu đáo hơn so với bệnh nhân nam.



Bệnh nhân trẻ em hồn nhiên, vô tư, hiếu động, ích kỷ, mơ mộng, dễ bị ám thị hơn bệnh nhân là người lớn.

Những người bệnh già thường có tâm lý bảo thủ, đa nghi, khó tính, bi quan, trí nhớ giảm, hay rối trí, hay yêu sách, khó thích nghi với hoàn cảnh mới...

2.6.2. Tâm lý và yếu tố đau

Đau là yếu tố thường gặp nhất và đôi khi là yếu tố mang tính bao trùm nhất trong một số bệnh. Cảm giác đau mang ý nghĩa thích nghi và bảo vệ người bệnh. Đau có vị trí khu trú hoặc lan toả, có cường độ khác nhau tùy theo bệnh tật và mức độ biến đổi tâm lý của người bệnh.

Trung khu ở đồi thị tri giác các kích thích đau mãnh liệt, dữ dội. Trung khu ở vỏ não nhận thức một cách tinh tế về chất lượng, đặc điểm, mức độ và vị trí của kích thích đau.

Lúc đầu đau kích thích hoạt động của cơ thể, tác động lên các cơ quan phân tích. Về sau, đau làm cho ngưỡng cảm giác đau giảm, thị giác và thính giác kém đi, hoạt động phản xạ có điều kiện bị ức chế (do quy luật cảm ứng âm tính). Đau mạnh và kéo dài sẽ làm cho các chức năng liên kết của vỏ não bị rối loạn nghiêm trọng, ức chế trong bị suy yếu và xuất hiện hiện tượng giai đoạn. Đau thường đi kèm với tăng trương lực hệ thần kinh giao cảm và hệ nội tiết tuyến yên (tăng tiết adrenalin). H. Selye cho đây là một trong những cơ chế chủ yếu của hội chứng thích nghi không đặc hiệu, mà biểu hiện của nó là da xanh tái (do co thắt mạch), tăng huyết áp, giãn đồng tử, vô niệu...

Biểu hiện bên ngoài của cơn đau tập trung ở nét mặt đau khổ: cơ trên lông mày, cơ trán cơ mạnh làm cho lông mày kéo lệch lên trên và về phía trong, hạ xuống ở phía ngoài, tạo nên một nếp thẳng đứng. Trên trán xuất hiện nhiều nếp nhăn, các cơ trên

lông mày rung nhẹ (có lúc, đây là dấu hiệu duy nhất của cơn đau ngầm bên trong). Sau đó là các biểu hiện như môi mím chặt, mồm meo xệch, đồng tử giãn, mắt nhắm, chảy nước mắt, rên la; các cơ căng cứng, vã mồ hôi, run lạt bặt...

Đau dữ dội và kéo dài buộc người bệnh phải giãy giụa, tìm cách đánh lạc hướng đau (hai tay nắm chặt, cắn răng, hoặc gây đau ở chỗ khác...). Đôi khi đau làm trụy tim mạch, gây sốc cho người bệnh (hay gặp ở những người suy nhược, nhạy cảm cao với cơn đau và ở những người kiểm chế thể hiện cảm giác đau ra bên ngoài).

Chúng ta cần chú ý những trường hợp giảm trương lực não do đau đốn, suy nhược, loạn thần kinh kéo dài, dẫn đến nhạy cảm và cường điệu hóa cảm giác đau. Những người này rất khổ sở khi phải chịu đựng sự đau đốn.

Đau làm thay đổi trạng thái tâm lý và khả năng lao động của con người. Nó làm giảm chất lượng các hoạt động chú ý, tư duy, trí nhớ... Những cơn đau trung bình (đau răng, đau do nứt hậu môn, đau do sẹo chai...) cũng làm cho người bệnh mất vui, giảm tri giác thẩm mỹ và hoạt động sáng tạo. Những người phải chịu đựng đau đốn kéo dài thường trở nên nóng nảy, thô bạo, lạnh nhạt, độc ác, không thích đùa, không hài lòng khi thấy người khác vui; thế giới nội tâm và ý thức bị thu hẹp, thậm chí có trường hợp dẫn đến trầm cảm điển hình với ý định tự sát hoặc bị các rối loạn tâm thần khác. Ngay từ năm 1897 Tocarxki đã viết: "Đau làm rối loạn quá trình tâm lý, mọi ý nghĩ hình như bị ngắt quãng một thời gian ngắn và trong ý thức chỉ còn cảm giác đau là rõ rệt nhất".

Con người vật lộn với cơn đau và dùng tâm lý để khắc phục cơn đau. Vỏ não đóng vai trò điều chỉnh cơ thể trong đấu tranh với cơn đau theo quy luật cảm ứng hưng phấn ưu thế. Trong lâm sàng phẫu thuật mắt hăm, vô cảm bằng âm nhạc với âm thanh

có cường độ lớn, có thể đạt kết quả tới 90% trường hợp. Trong thực tế, có rất nhiều bằng chứng chứng minh khả năng dùng tâm lý để khắc phục cơn đau một cách kỳ diệu. Người thầy thuốc dùng thuốc và liệu pháp tâm lý giúp người bệnh thoát khỏi sự đau đớn. Khi dùng thuốc giảm đau phải chú ý không được gây nghiện cho người bệnh.

2.6.3. Tâm lý và yếu tố nhiễm độc

Các biến đổi tâm lý do nhiễm độc rất đa dạng, phụ thuộc nhiều vào đặc điểm, liều lượng, cường độ tác dụng của chất độc.

Có loại thuốc gây khoái cảm, tăng khí sắc (như rượu, ê-te, dinitroacid, thuốc giảm đau); có loại kích thích thần kinh (như strychnin, pecvitin, phenamin); có loại gây ức chế (như CO_2 , bebamin); có loại gây trầm cảm (như reserpin, aminazin) và có loại gây ảo giác (như atropin, mescalín)...

Ngày nay có rất nhiều loại thuốc mới tác động chọn lọc lên tâm lý con người.

2.7. Tâm lý người bệnh và các giai đoạn phát triển bệnh

2.7.1. Giai đoạn đầu của bệnh

Nếu bệnh khởi phát đột ngột, sẽ kéo theo những biến đổi dữ dội các hoạt động tâm lý, làm thay đổi chức năng điều tiết, phá vỡ định hình cũ, thiết lập định hình mới. Đây là giai đoạn hình thành ổ hưng phấn ưu thế bệnh lý kèm theo những thay đổi tâm lý. Các nhân tố xúc cảm stress gây tác động mạnh trên người bệnh.

2.7.2. Giai đoạn toàn phát

Giai đoạn này được đặc trưng bởi sự hình thành căn nguyên tâm lý của bệnh; xuất hiện khả năng thích nghi (do cân bằng xúc cảm được lập đi lập lại); diễn ra cuộc đấu tranh gay gắt giữa hy vọng và thất vọng; tình trạng âm thị ở người bệnh tăng lên...

2.7.3. Giai đoạn cuối

- Nếu bệnh tiến triển tốt thì xúc cảm dương tính của người bệnh tăng cao, khí sắc tươi vui, phấn chấn, tri giác nhạy bén. Họ nhìn về tương lai với niềm lạc quan, cảm thấy mình khỏe mạnh, sức sống dồi dào, mở rộng phạm vi hứng thú, tích cực tăng và có khi đánh giá quá mức về khả năng của mình...
- Nếu bệnh tiến triển xấu thì sự biến đổi tâm lý trầm trọng sẽ xảy ra đồng thời với những biến đổi thực thể, cường độ cảm xúc âm tính tăng, thế giới nội tâm khô cạn, tích cực bị suy sụp và có thể xuất hiện trạng thái bất mãn, thất vọng...
- Khi bệnh chuyển sang giai đoạn mạn tính, hoặc người bệnh bị tàn phế, mang khuyết tật về thẩm mỹ, thiếu hụt về chi thể, mất chức năng của cơ quan phân tích, mất khả năng lao động nghề nghiệp..., thì cơ chế thích nghi, vai trò bù trừ của các căn nguyên tâm lý, nhân cách có một ý nghĩa rất to lớn.

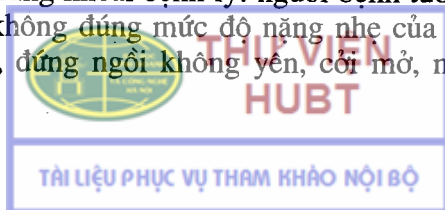
3. TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁC BỆNH THỰC THỂ

3.1. Đặc điểm tâm lý người bệnh tim mạch

3.1.1. Người bị bệnh động mạch vành, nhồi máu cơ tim

Theo Côxencô và Paramônôva, biến đổi tâm lý ở những người bệnh này diễn ra theo ba hội chứng sau:

- Hội chứng sáng khoái bệnh lý: người bệnh tươi tỉnh, tăng khí sắc, đánh giá không đúng mức độ nặng nhẹ của bệnh, tay chân luôn vận động, đứng ngồi không yên, cởi mở, nói nhiều, phán đoán nông cạn.



– Hội chứng nghi bệnh, loạn cảm giác: người bệnh có cảm giác tê, buồn, co thắt ở vùng ngực và vùng cổ; kim châm ở vùng tim. Họ hay hốt hoảng, lo sợ, ngủ đứt quãng, suy nhược và dễ bị xúc động.

– Hội chứng giống suy nhược thần kinh: người bệnh khó chịu với ánh sáng và tiếng động, khí sắc không ổn định, hay giận hờn, hay cáu gắt, dễ bị kích động, có khi khóc suốt mướt, suy nhược nặng, làm việc kém hiệu quả.

3.1.2. Bệnh cao huyết áp

Người bệnh thường trong trạng thái u ám, dễ bị kích thích, dễ mặc cảm và thờ ơ với xung quanh. Chúng ta rất khó giao tiếp với những người bệnh này.

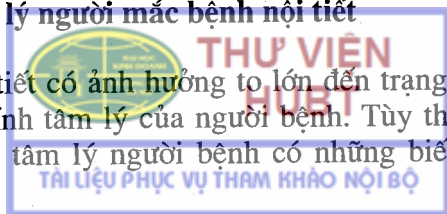
3.1.3. Bệnh xơ vữa mạch não

Người bệnh dễ xúc động, khó kiềm chế những hành động bột phát; có khi nói năng ba hoa, có thái độ khoan dung, song lại là người bảo thủ và giảm khả năng lao động sáng tạo.

Những người có tính cách mạnh, có ý chí vươn lên đạt mục đích, không thỏa mãn trong công việc... thường dễ mắc bệnh tim mạch. Để ngăn ngừa bệnh này, theo viện sĩ J. Tschaeen, cần tránh căng thẳng tâm lý, tình cảm; tránh bị rối loạn điều hòa thần kinh; không hút thuốc lá và có chế độ làm việc, ăn uống hợp lý...

3.2. Đặc điểm tâm lý người mắc bệnh nội tiết

Các yếu tố nội tiết có ảnh hưởng to lớn đến trạng thái, thậm chí đến cả thuộc tính tâm lý của người bệnh. Tùy theo loại nội tiết bị rối loạn mà tâm lý người bệnh có những biến đổi khác nhau.



3.2.1. Người bệnh cường tuyến giáp

Theo X. P. Bothin, B. N. Giavadovxki, S. K. Kraxnuxki và E. Kraepelin..., người bệnh có khí sắc không ổn định, có những cơn buồn rầu, sợ hãi mang tính chu kỳ; có ý định không muốn sống thay vì tinh thần sáng khoái.

Sự nhiễm độc thyroxin có biểu hiện như: hưng phấn vận động - ngôn ngữ; động tác nhanh, ngắt quãng; tri giác nhanh nhưng chính xác; tính tình cởi mở, cơ thể suy nhược, khó ngủ song trí tuệ thường không bị rối loạn.

3.2.2. Người bệnh nhược năng tuyến giáp

Trí nhớ và trí tuệ giảm; thính giác và thị giác kém; nhịp điệu hoạt động tâm lý và vận động giảm; lượng từ nghèo nàn, ngôn ngữ đơn điệu; vô cảm, khó tiếp xúc, nét mặt thờ ơ, luôn có biểu hiện của người đang thiu thiu ngủ...

3.2.3. Người bệnh thiếu năng tuyến sinh dục

Người bệnh có biểu hiện nhĩ tính, ngây thơ, phán đoán nông cạn, tính cách phụ thuộc, yếu đuối, hiền lành, khả năng hoạt động sinh dục kém.

3.2.4. Người bệnh đái tháo đường

Có tới 50% số người bệnh bị biến đổi về tâm lý. Sự biến đổi tâm lý của họ theo chiều hướng tăng xúc cảm, nhiều lời, hay kể về cái cũ, dễ va chạm với người xung quanh, cáu gắt và dễ thực hiện những hành động không tính toán.

3.3. Đặc điểm tâm lý bệnh nhân gan - mật, dạ dày, tá tràng

3.3.1. Đặc điểm tâm lý bệnh nhân gan - mật

Những người bệnh suy gan, xơ gan, viêm gan, viêm đường dẫn mật, túi mật... thường rất nóng nảy, khó tính, hay cáu gắt,

bực tức, nặng về xúc cảm âm tính. Đặc biệt người bệnh hay mĩa mai, nhạo báng, độc ác và đa nghi, tiêu cực.

Bệnh nguyên, bệnh sinh của những rối loạn tâm lý này rất phức tạp. Đa số các nghiên cứu cho rằng, đây là hiện tượng nhiễm độc gan của cơ thể, nhất là của hệ thần kinh. Chất độc trong máu tăng lên khác thường ở người bị bệnh gan, có thể do các cơ chế sau:

- Chức năng khử độc của gan bị suy giảm nên những chất độc của cơ thể không được thanh lọc, chúng ngày càng tồn đọng trong cơ thể.
- Chức năng chuyển hóa của gan rối loạn nên các sản phẩm chuyển hóa bị dở dang của protid, lipid, glucid (không thành những sản phẩm cuối cùng) được đưa thẳng vào máu và gây độc cho cơ thể.
- Hệ thống mật bị tổn thương (tế bào gan bị vỡ, đường dẫn mật bị tắc...) nên sắc tố mật, muối mật đổ trực tiếp vào máu và trở thành những chất gây độc cho cơ thể.

Lượng chất độc tăng cao trong máu đã làm nhiễm độc hệ thần kinh và toàn cơ thể người bệnh. Tùy theo mức độ nhiễm độc mà tâm lý của người bệnh biến đổi nhiều hay ít, mạnh mẽ hay từ từ.

3.2.2. Đặc điểm tâm lý người mắc bệnh dạ dày - tá tràng

Những người bệnh viêm dạ dày mạn tính thường hay thờ ơ, lạnh nhạt, vô cảm; có khi trầm cảm, nghi bệnh, sợ hãi.

Những người bệnh loét dạ dày - tá tràng có tính khí thất thường, thiếu kiên trì, nhẩn nại, khó kiềm chế, dễ nổi khùng, kích động, rất nóng tính, hưng phấn mạnh hơn ức chế, lảm nhảm. Người bệnh khó làm chủ thói quen, không bỏ được thói quen

uống rượu, ăn ớt cay, hút thuốc lá... và khó chấp hành các chế độ ăn kiêng.

3.4. Đặc điểm tâm lý người mắc bệnh truyền nhiễm

3.4.1. Tâm lý chung người bệnh nhiễm trùng

Tâm lý người bệnh chịu ảnh hưởng rất lớn của yếu tố nhiễm trùng. Có khi những nhiễm trùng nhẹ cũng gây ra biến đổi tâm lý rõ rệt. Những nhiễm trùng nặng thường sinh ra rối loạn tâm thần.

– Người bệnh nhiễm trùng có sốt cao: tâm lý biến đổi theo hướng sảng khoái, hưng phấn vận động, ngôn ngữ; giảm hoạt động trí tuệ và thiếu nỗ lực ý chí. Đây là hiện tượng tăng giả tạo, hoặc chỉ là những phản ứng ban đầu.

Một số thể nhiễm trùng nặng, kéo dài thường gây ra ức chế các hoạt động tâm lý. Người bệnh bị suy kiệt, hành động thiếu logic và nỗ lực ý chí giảm.

– Người bệnh thương hàn: có tâm trạng buồn rầu, uể oải, bơ phờ; ý thức lơ mơ, có khi vô cảm...

– Người bị bệnh brucellasis: do hệ thần kinh bị tổn thương nên người bệnh đau đầu; đau dữ dội dọc theo các dây thần kinh; bị kích thích và mất ngủ.

3.4.2. Tâm lý của bệnh nhân lao

Có nhiều nghiên cứu về những biến đổi tâm lý ở người bị bệnh lao, nhất là lao phổi, song kết quả của những nghiên cứu này rất khác nhau.

E. Kraepelin nhận thấy ở những người bệnh này có biến đổi nhẹ về khí sắc và ý chí, hay cáu gắt, nhạy cảm với những sang chấn tâm lý và vật lý, cả tin một cách kỳ lạ, rất ích kỷ, trí tuệ

giảm sút ở mức độ nhất định dẫn đến giảm khả năng phê phán, gặp nhiều khó khăn trong giải quyết những vấn đề bức thiết; có khuynh hướng sợ hãi, ảo giác phản ứng và tự đề cao thể lực của bản thân.

Lenhien - Lavaxtin lại nhận thấy các thuộc tính tâm lý cơ bản của người bệnh bị lao bị biến đổi trầm trọng. Người bệnh đa sầu, đa cảm, ích kỷ, khó tính, song lại có sự tìm tòi, sáng tạo độc đáo.

Có tác giả cho rằng, những chất độc đang tràn ngập ở não và hệ thần kinh đã kích thích, làm cho người bệnh có trí tuệ xuất sắc, có đời sống tâm hồn đẹp đẽ và khả năng rung cảm cao...

Cũng có ý kiến nhận xét rằng, sự tế nhị và tinh vi về tâm lý, đang đang trong cuộc sống là những đặc điểm nổi bật ở những người bệnh này. Trong trạng thái hấp hối, người bệnh có trạng thái sáng khoái, đánh giá cao khả năng bản thân, kích động, lạc quan tếu, hưng phấn mãnh liệt...

T. P. Xiaxon nhận thấy tâm lý của trẻ em bị lao biến đổi theo kiểu tâm thần phân liệt hoặc loạn thần kinh chức năng (kín đáo, lạnh lùng, độc ác...).

3.5. Đặc điểm tâm lý người bệnh ung thư, đa liễu

3.5.1. Đặc điểm tâm lý người bệnh ung thư

Những người bệnh này thường không được biết chính xác về kết quả chẩn đoán bệnh. Họ tò mò tìm hiểu nơi thầy thuốc và những người xung quanh. Họ sợ bị bệnh ung thư, sợ chết. Họ có trạng thái suy nhược, tăng ám thị (sẵn sàng nghe theo bất kỳ ai, miễn là giúp họ khỏi bệnh, hoặc làm dịu cơn đau). Nhiều người tỏ ra thất vọng, tiêu cực, sợ trở thành gánh nặng đối với người thân, thậm chí đi đến không thiết sống, tự sát...

3.5.2. Đặc điểm tâm lý người bị bệnh da liễu

Những người bệnh da liễu (nhất là những người bị bệnh hoa liễu) có tâm lý ngượng ngùng, sợ sự tò mò của người xung quanh, tự cách ly khỏi xã hội, không cho người khác biết bệnh của mình và thường tự chữa bệnh một cách lén lút. Họ lo lắng cho viễn cảnh sau này của gia đình, của bản thân; lo ảnh hưởng đến công việc, uy tín cá nhân. Có người chán chường, thậm chí nảy sinh ý định làm lây bệnh hại người khác.

3.6. Đặc điểm tâm lý người rối loạn dinh dưỡng

– Giữa thức ăn và nhân cách, tính cách con người có những mối liên quan nhất định.

Những người ăn nhiều rau quả, không ăn thịt động vật, kể cả tôm, cua thường ít khi bị béo phì, tính tình điềm đạm, thần kinh ổn định và có sức lực bền bỉ, dẻo dai.

Người ta đã làm thí nghiệm trên động vật và thấy rất rõ "tính cách" con vật thay đổi theo từng loại thức ăn: những con vật ăn nhiều thịt thường hay gây gổ, dễ bị kích thích, có khi trở nên dữ tợn; nếu ăn nhiều rau, đậu, hoa quả, con vật sẽ có biểu hiện hiền lành, chịu đựng, ngoan ngoãn, tốt bụng...

Những món ăn cay kích thích tim bơm máu mạnh hơn. Trong quả chuối có chất làm hưng phấn não bộ, tăng lòng tự tin. Những quả cà chua, táo, ôliu... đồng nghĩa với sự cảm dỗ, tình yêu.

– Những người bệnh do tổn thương bộ máy tiêu hoá, không hấp thu được thức ăn; những người bệnh chán ăn kéo dài; những người bị bông diện rộng, thoát nhiều dịch và huyết tương, suy kiệt nặng; những người tuyệt thực hoặc bị bỏ đói kéo dài; những trẻ em rối loạn dinh dưỡng..., tùy theo từng mức độ thiếu dưỡng mà có những biến đổi tâm lý như sau:

+ Mặt trắng bệch, đôi khi da vàng nhợt hoặc xám xịt, mất hết sinh khí; các cử động yếu ớt, chậm chạp, uể oải; giọng nói khàn khàn, đều đều, bước đi chậm, giảm các cử động phối hợp; thân thể lem luốc, bẩn thỉu.

+ Giảm sút ý chí, ý thức u ám, suy nhược chú ý; trí tuệ và trí nhớ tổn thương thứ phát; phê phán phiếm diện, đề cao ý kiến bản thân, thiếu sáng suốt, ngôn ngữ lộn xộn; hưng phấn xúc cảm giảm, lạnh nhạt, thờ ơ, vô cảm; coi thường yêu cầu đạo đức, không biết xấu hổ; hứng thú bị thu hẹp, hứng thú sinh dục giảm hoặc mất, hay đi giải, phụ nữ thường mất kinh; thường nghĩ đến những bữa ăn thịnh soạn, những thực đơn hấp dẫn.

Có trường hợp người bệnh tranh cướp thức ăn của nhau; nhưng ngược lại, có trường hợp cự tuyệt ăn uống cho đến chết...

Người bệnh tuy vẫn giữ được định hướng về tinh thần, song bao trùm lên tất cả là những lo lắng, băn khoăn cá nhân. Người bệnh ít quan tâm tới hoàn cảnh xung quanh.

3.7. Đặc điểm tâm lý người bị bóng

Về lâm sàng, người bệnh thường có các hội chứng như: đau; thoát và mất dịch cơ thể qua vết bóng; nhiễm trùng, nhiễm độc; hoại tử da; suy mòn, suy kiệt... Theo V. Đ. Fedotov và I. V. Borisov, tâm lý của những người bệnh này biến đổi theo ba giai đoạn của bệnh:

3.7.1. Giai đoạn đầu

Người bệnh có phản ứng hoảng sợ, sống sờ, tự dần vặt mình, nhất là khi bị bóng do tự mình vô ý gây ra.

3.7.2. Giai đoạn bệnh phát triển

Người bệnh có những đánh giá khác nhau về mức độ nặng nhẹ của bệnh. Những người bị bóng nông, do kích thích đau

tăng, nên thường cho là mình bị bỏng nặng. Ngược lại, những người bị bỏng diện rộng; diện bỏng sâu (từ độ III trở lên)-lớn, đôi khi mất hết cảm giác đau, bị choáng cương; bị nhiễm trùng nặng..., thì họ lại không thấy hết mức độ nặng, nhẹ của bệnh và thường có những lạc quan giả tạo.

3.7.3. Giai đoạn hồi phục

Người bệnh lo lắng khi có những di chứng về chức năng (nhất là những di chứng ở các giác quan, ở cơ quan vận động...) và thực thể (nhất là khi để lại sẹo trên mặt, sẹo lồi, sẹo co kéo hoặc thay đổi màu của da...).

Những người bị bỏng acid, bỏng lửa xăng, bỏng cồn... vì sự ghen tuông, thù oán, ngoài những buồn phiền do tổn thương về chức năng, thực thể, họ còn phải chịu một vết thương lòng rất lớn và sẽ càng đau khổ khi có lời chê bai, nhận xét không hay của những người xung quanh.

3.8. Đặc điểm tâm lý người bệnh tiết niệu

3.8.1. Đặc điểm tâm lý chung

Phản ứng của người bệnh phụ thuộc vào khả năng bảo tồn chức năng của các cơ quan tiết niệu, sinh dục. Nhìn chung, những người bệnh này lúc đầu e thẹn, ngại tiếp xúc với thầy thuốc hoặc ngại đến những chỗ đông người. Khi bệnh chuyển sang mạn tính, phản ứng của họ luôn thay đổi, có khi không còn biết lo sợ, không còn thấy xấu hổ. Những người tăng nhận thức bệnh thường rất quan tâm đến những kết quả chẩn đoán, điều trị và kết quả xét nghiệm; đến những lời giải thích của bác sĩ và những thái độ, hành vi của người xung quanh. Đôi khi người bệnh rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, từ chối ăn uống, từ chối điều trị...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.8.2. Tâm lý người bệnh cho và ghép thận

Tâm lý người bệnh ghép thận rất phức tạp. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý của người nhận cũng như của người cho thận trong cả hai thời kỳ trước và sau ghép. Những chức năng tâm lý của họ lại tác động không nhỏ trở lại quá trình dung nạp hay đào thải thận ghép ở người nhận, đến sự hăng hụt do mất một thận ở người cho; đến sức khỏe, đến quá trình thích nghi xã hội... của cả người cho và người nhận thận.

– Tâm lý người nhận thận: những người cần được ghép thận thường là người cả hai thận đều mất hoặc giảm trầm trọng khả năng lọc và bài tiết các chất thải của cơ thể qua đường nước tiểu. Urê và một số chất độc ứ đọng trong cơ thể sẽ làm cho người bệnh giảm sút trí tuệ, giảm khả năng tập trung chú ý, sự điều phối cảm giác - vận động bị hạn chế và có khi còn gây ra hiện tượng cuồng sáng.

Chạy thận nhân tạo và một số biện pháp khác có thể thay thế phần nào việc lọc và bài tiết của thận. Song sự phụ thuộc hoàn toàn vào máy chạy thận nhân tạo đã phá vỡ nhịp điệu cuộc sống của người bệnh và có thể còn gây ra các rối loạn stress. Dubovski và Penn (1980) đã thông báo, tỷ lệ tự sát ở người chạy thận nhân tạo cao gấp 100 lần và tỷ lệ tử vong cao gấp 400 lần so với người bình thường.

Trong thời kỳ chờ đợi ghép thận, trầm cảm là trạng thái cảm xúc thường gặp và được coi là dấu hiệu báo trước sự cần thiết phải tiếp tục chạy thận nhân tạo ở người nhận thận. Mức độ nhẹ, trầm cảm như là một phản ứng bình thường của con người trước việc thận mất chức năng hoạt động; mức độ nặng, trầm cảm là một bệnh lý. Người bệnh mất khả năng tự phục vụ, khép kín những suy nghĩ, cảm xúc, đôi khi có cơn bùng phát, có ý định tự

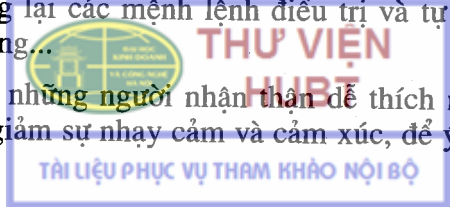
sát; trước khi ghép thận 1 - 2 ngày trầm cảm càng tăng cao. Có thể coi đây là một phản ứng của cơ thể trước việc phải chấp nhận quả thận mới.

Sau khi được ghép, người bệnh có tâm trạng phấn chấn, sáng khoái như được hồi sinh. Nếu ca ghép thành công, những biến đổi tâm lý sau ghép xuất hiện ở mức độ thấp. Trầm cảm sẽ giảm dần cùng với sự giải quyết ổn thỏa các biến chứng và sự cải thiện về thể chất ở người bệnh. Trầm cảm sau ghép cũng có thể gặp khi người bệnh chờ đợi, hy vọng quá cao về tiềm năng thể chất của thận ghép. Trầm cảm diễn ra cùng với quá trình thải ghép cấp hoặc mạn tính.

Sự sợ hãi, lo âu cũng tăng cao ở người được ghép thận. Sự lo lắng liên quan mật thiết với quá trình chờ đợi tuyển chọn người cho thận, với quá trình lọc máu trước khi được ghép và nhất là với quá trình thải ghép. Người được ghép thận vừa có biểu hiện sợ chết, sợ thải thận ghép, vừa lo cho quá trình sống tiếp diễn với sự thiếu hụt và bệnh tật. Chính những điều này đã ngăn cản họ hòa nhập vào cuộc sống xã hội.

Sự lệ thuộc suốt đời vào thuốc ức chế miễn dịch để chống lại sự thải ghép cũng gây ra những biến đổi tâm lý ở người nhận thận. Một trong những tác dụng phụ của thuốc loại steroid là gây ra hiện tượng giống hội chứng Cushing: mặt tròn như mặt trăng, có nhiều mụn trứng cá, lông và râu rậm hơn... Những thay đổi cơ thể này làm cho người bệnh đau khổ và rối loạn cảm xúc. Corticosteroid cũng có thể gây ra trầm cảm, thậm chí còn gây ra những pha loạn thần steroid, người bệnh có những cơn cuồng sáng, dọa chống lại các mệnh lệnh điều trị và tự hủy hoại bản thân, hoang tưởng...

Nhìn chung, những người nhận thận dễ thích nghi với hoàn cảnh bệnh tật, giảm sự nhạy cảm và cảm xúc, dễ ý đến thất bại,



sợ hãi, lo âu và căng thẳng nội tâm. Có người mang mặc cảm "tội lỗi" về sự đau đớn của người cho thận và cảm thấy mình không xứng đáng với hành động cao thượng của người đó.

Người bệnh chấp nhận thận mới về mặt tâm lý hơn là về mặt sinh lý. Lúc đầu, họ coi thận mới là vật sở hữu của người cho hơn là của chính mình. Họ thấy cơ quan mới thật buồn cười và tin rằng mình đang mang một vật thể mỏng manh, dễ vỡ, không nên xô đẩy; sau đó là quá trình sáp nhập cục bộ, người bệnh không để ý đến thận mới và không thấy có sự ngoại lai trong cơ thể mình; cuối cùng là sự sáp nhập hoàn toàn.

Sự thích nghi với cuộc sống có thêm một thận mới ở người được ghép thận được thể hiện ở chỗ: về mặt thể chất, họ thấy được cải thiện một bước; về mặt cảm xúc, họ làm chủ được số phận của mình, hài lòng với vai trò của mình trong cuộc sống; về mặt xã hội, họ thấy mình cần được tiếp tục làm việc và học tập, mặc dù kết quả lao động của họ không cao.

– Tâm lý người cho thận: đặc điểm tâm lý của người cho thận có những nét giống như người bệnh ngoại chung. Trong thời kỳ chuẩn bị ghép, họ rất căng thẳng nội tâm. Sự lo lắng, căng thẳng này, có thể do người bệnh phải chịu những khám xét lâm sàng và cận lâm sàng phức tạp để đánh giá sức khỏe, đánh giá chức năng thận và nhất là để đánh giá mức độ phù hợp về miễn dịch - tế bào giữa người cho và người nhận.

Quyết định cho thận được coi là hành động bùng phát, do tích tụ cảm xúc cao độ. Yếu tố quyết định của hành động tự nguyện này là mối quan hệ tình cảm giữa người cho và người nhận, cùng với những ràng buộc cá nhân khác.

Trong số những đôi ghép thận vừa qua ở Việt Nam, người cho đều là những người sống bình thường và có quan hệ huyết

thống với người nhận. Sau phẫu thuật ghép, người cho thích ứng nhanh với cuộc sống chỉ còn một thận. Họ lo lắng về kết quả phẫu thuật, về sức khỏe; và cùng với người nhận thận, họ quan tâm, theo dõi tỷ mỉ hoạt động của thận ghép.

Nếu ca ghép thành công, người cho cảm thấy hài lòng về hành động vì người khác của mình. Nếu ca ghép có biến chứng, họ lo lắng, buồn rầu. Họ cảm thấy cô đơn, đau khổ và cho mình là người phải gánh chịu trách nhiệm khi sự thải thận ghép xảy ra ở người nhận.

Nhìn chung, người cho thận giàu cảm xúc, vị tha, can đảm, thích quan tâm đến người khác và cũng muốn được mọi người quan tâm đối với mình.

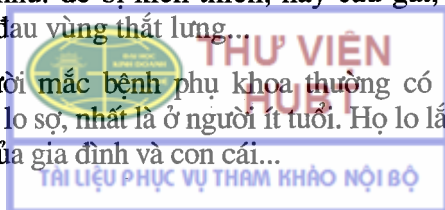
Có nhiều vấn đề tâm lý trong ghép thận nói riêng và trong ghép tạng nói chung còn chưa được tìm hiểu đầy đủ, song vai trò của yếu tố tâm lý đã được thực tế khẳng định là quan trọng, không kém gì những vấn đề về kỹ thuật, về kinh tế và xã hội...

Nếu cả người nhận và người cho được chuẩn bị tốt về tâm lý trước khi ghép và tiến hành nghiêm túc tâm lý liệu pháp, tạo được môi trường tâm lý thuận lợi sau ghép, thì chắc chắn kết quả ghép sẽ được mỹ mãn.

3.9. Đặc điểm tâm lý người bệnh sản - phụ khoa

– Những thời kỳ thay đổi về sinh lý kinh nguyệt (lần đầu thấy kinh, tắt kinh, rối loạn kinh nguyệt...) đều kéo theo những thay đổi về tâm lý như: dễ bị kích thích, hay cáu gắt, lo lắng, dễ mệt mỏi, đau đầu, đau vùng thắt lưng...

– Những người mắc bệnh phụ khoa thường có tâm lý kín đáo, ngượng ngùng, lo sợ, nhất là ở người ít tuổi. Họ lo lắng đến tương lai của bản thân, của gia đình và con cái...



– Khi phụ nữ mang thai, tâm lý phụ thuộc vào số lần mang thai, vào đặc điểm của thai nhi, đặc điểm tâm lý của bản thân, của chồng, của người thân trong gia đình và phụ thuộc vào các yếu tố kinh tế, đạo đức, xã hội... Khi mang thai, do nhu cầu phát triển của thai nhi và chuẩn bị cho việc sinh con, nuôi con bằng sữa khiến cơ thể người mẹ có những thay đổi rõ rệt.

Tử cung phát triển cùng với sự lớn lên của bào thai. Trọng lượng tử cung tăng khoảng 33 lần (từ 30g tăng lên 1000g); sức chứa tăng gấp 500 lần (tăng lên 4 - 5 lít); niêm mạc dày lên, cổ tử cung và âm đạo mềm mại.

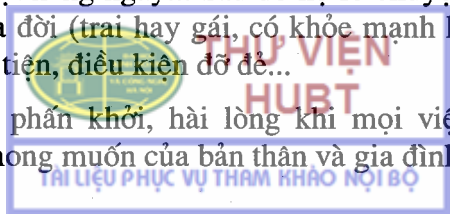
Bầu vú căng to, tuyến sữa phát triển.

Tuần hoàn máu tăng lên (cuối thời gian mang thai tăng khoảng 30% so với bình thường); tim đập nhanh hơn, phổi làm việc nhiều hơn, lượng máu lọc qua thận tăng khoảng 30 - 50%, đi tiểu tiện nhiều lần.

Hệ xương, cơ và các dây chằng thay đổi để giữ thăng bằng cho cơ thể. Hệ tiêu hoá có sự rối loạn nhu động ruột kém, dạ dày tăng tiết (táo bón, chán ăn, nôn ọe, buồn nôn); hệ nội tiết thay đổi (tuyến yên rộng ra, tuyến giáp trạng tăng 30 - 40%...); hoạt động của hệ thần kinh cũng thay đổi (háo ngủ, tâm trạng không ổn định).

Lúc đầu, họ lo lắng khi thấy cơ thể phát triển khác thường, thiếu hấp dẫn đối với chồng, ảnh hưởng đến các thói quen thể thao, vận động, đi lại hàng ngày... Sau đó họ lo chuyện sinh đẻ: lo về thai nhi khi ra đời (trai hay gái, có khỏe mạnh không); lo lắng về các phương tiện, điều kiện đỡ đẻ...

Nhìn chung, họ phần khởi, hài lòng khi mọi việc diễn ra thuận lợi, hợp với mong muốn của bản thân và gia đình.



3.10. Đặc điểm tâm lý của người bệnh phẫu thuật

Đối với phẫu thuật, thái độ của người bệnh hoặc là quá lo sợ (sợ biến chứng, sợ chết), hoặc là không tin tưởng vào chẩn đoán và kết quả phẫu thuật... Cũng có người cố tình phủ nhận bệnh tật, che giấu triệu chứng, không thích mổ; cũng có người quá lạc quan, cho rằng sau mổ là khỏi bệnh hoàn toàn...

Theo A. N. Baculev, phẫu thuật không phải là sự kết thúc điều trị, mà chỉ là tạo nền tảng cho một điều trị mới tiếp theo.

Sự biến đổi tâm lý của người bệnh phụ thuộc rất nhiều vào các giai đoạn phẫu thuật.

3.10.1. Khi chuẩn bị phẫu thuật

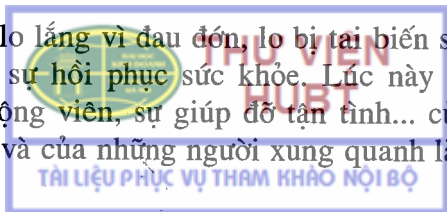
Người bệnh hay lo lắng về chỗ nằm trước và sau mổ; quan tâm đến những lời bàn tán về trình độ của bác sĩ phẫu thuật chính, về cách mổ và những điều khác liên quan đến cuộc mổ.

3.10.2. Giai đoạn tiền phẫu thuật và trong phẫu thuật

Trong giai đoạn này, những người bệnh được châm tê hoặc gây tê, gây mê không hoàn toàn (ý thức còn tỉnh, chỉ mê cơ và giảm đau) lo lắng vì tiếng va chạm của dụng cụ; họ chú ý theo dõi "không khí tâm lý" trong cuộc mổ và những lời bàn tán của phẫu thuật viên...

3.10.3. Trong giai đoạn hậu phẫu

Người bệnh lo lắng vì đau đớn, lo bị tai biến sau mổ, lo cho sự lành sẹo và sự hồi phục sức khỏe. Lúc này thái độ khách quan, lời nói động viên, sự giúp đỡ tận tình... của thầy thuốc, của người thân và của những người xung quanh là rất cần thiết,



có tác dụng hỗ trợ cho người bệnh vượt qua những khó khăn của phẫu thuật và bệnh tật.

Rõ ràng là, bệnh tật có quan hệ mật thiết và phức tạp với tâm lý người bệnh, thông qua trước hết là hoạt động của hệ thần kinh và hệ nội tiết. Trong thực hành lâm sàng, đa số các trường hợp, chúng ta khó có thể phân định giữa tâm lý và bệnh tật, yếu tố nào là tác động tiên phát, yếu tố nào là tác động thứ phát.

Trong bệnh Basedow, tăng huyết áp, loét dạ dày... các sang chấn tâm lý có thể là nguyên nhân gây ra bệnh hoặc là yếu tố tác động làm cho diễn biến của bệnh phức tạp thêm.

Ngược lại, những bệnh thực thể khởi đầu một cách đột ngột hoặc diễn biến kéo dài sẽ gây ra những biến đổi tâm lý sâu sắc trên người bệnh, thậm chí dẫn đến bệnh tâm thần.

Trong quá trình khám và chữa bệnh, người thầy thuốc phải biết tác động vào khâu chủ yếu của vòng quan hệ ảnh hưởng lẫn nhau giữa bệnh tật và tâm lý bằng hóa dược, bằng liệu pháp sinh học hoặc bằng tâm lý liệu pháp... để giúp người bệnh khắc phục bệnh tật và nâng cao cả sức khỏe thể chất, tâm lý, tinh thần.

4. TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH VÀ MÔI TRƯỜNG

Tâm lý người bệnh và môi trường xung quanh có mối quan hệ mật thiết với nhau. Bộ phận tâm lý học y học nghiên cứu mối quan hệ qua lại giữa tâm lý người bệnh và hoàn cảnh sống (môi trường tự nhiên và môi trường xã hội) được gọi là tâm lý học môi trường người bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.1. Tâm lý người bệnh và các yếu tố môi trường tự nhiên

Môi trường tự nhiên xung quanh con người bao gồm những yếu tố như nhiệt độ, màu sắc, âm thanh mùi vị, thời tiết, khí hậu và các yếu tố địa lý khác... Những yếu tố này tác động mạnh, làm thay đổi trạng thái tâm lý, khí sắc, sức khỏe, trương lực sống và tình trạng bệnh tật... của người bệnh.

4.1.1. Tâm lý người bệnh và màu sắc

Từ thời Hyppocrates, người ta đã biết màu sắc có tác động đến tâm lý người bệnh và đã dùng màu sắc để chữa bệnh.

- Phương thức tác động của màu sắc lên tâm lý người bệnh có thể theo hai cách: hoặc là tác động trực tiếp, nghĩa là màu sắc tạo ra cho người bệnh những phản ứng trực tiếp (ví dụ, màu vàng tạo ra cảm giác lạnh, mát; màu xẫm tạo cảm giác nóng, ấm); hoặc là tác động gián tiếp, nghĩa là tác động qua liên tưởng (ví dụ, màu vàng da cam làm con người liên tưởng tới lửa, từ đó có cảm giác nóng; màu trắng, liên hệ đến tuyết, nên có cảm giác lạnh; màu xanh, liên hệ đến cây, nên có cảm giác mát mẻ).
- Thứ tự tác động thích hợp của màu sắc lên tâm lý người bệnh giảm dần theo hướng sau: màu xanh da trời, xanh lá cây, màu đỏ, màu đen. Một màu sắc đơn độc, dù thích hợp với mắt đến mấy, song tác động lâu cũng gây ức chế tâm lý. Cách trang trí thích hợp là phối hợp hài hòa nhiều màu với nhau.

Kết quả tác động của một số màu sắc như sau:

Màu hồng tạo không khí tung bừng, kích thích thần kinh người nóng tính, kích thích sản xuất hồng cầu. Thời trung cổ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

người ta thường vẩy nước màu hồng lên người ốm. Dân vùng Capcadơ thường cho người ốm đắp chăn màu hồng...

Theo một số tác giả, màu hồng là màu của những người mơ mộng, giàu tình cảm, vị tha. Sự ưa chuộng màu hồng thường là biểu hiện tính cách của những người thiếu tự tin và cần sự bảo vệ.

Màu đỏ là màu của sức khỏe, của niềm vui. Những người ưa thích màu đỏ thường là người năng nổ, dễ kích động, thích tranh luận và có tính tự kỷ.

Những đồ vật có màu hồng, màu đỏ thường làm cho chúng ta có cảm giác như chúng to hơn.

Màu vàng được coi là màu gây nhiều mâu thuẫn nhất. Có người cho rằng, đây là màu chứa đựng mầm mống của sự kích thích. Những người hay mang đồ màu vàng thường có tư duy mạch lạc, song dễ nổi nóng. Cũng có tác giả cho rằng đây là màu của sự anh minh và trí tưởng tượng. Một số người lại có nhận xét, đây là màu của những người hay "phóng đại" khả năng của mình, trịch thượng, hợm hĩnh...

Màu vàng có tác dụng kích thích tiêu hoá. Song, màu vàng đậm lại gây nôn.

Màu nâu thường gây ức chế, buồn rầu, làm người bệnh ăn mất ngon.

Từ lâu, màu đen đã là biểu hiện của sự bí ẩn, độc ác và buồn đau. Những người ưa màu đen thường thích gây ấn tượng mạnh và hay che giấu những ý định, phẩm chất đích thực của mình. Có tác giả cho rằng, đây còn là màu gợi tình.

Màu xám thường là màu của những người không thích nổi bật, nhưng thích sự tế nhị và không xác định.

Ngược lại, màu tím thường bị coi là màu của những người thích chơi trội, khác người. Ở châu Âu, theo Goethe, màu tím còn bị coi là màu đơn côi, gợi nỗi buồn nhớ. Còn đối với chúng ta, màu tím thường là màu biểu hiện của tình yêu.

Màu da cam là màu dành cho những người chững chạc, thận trọng và có vai trò quan trọng. Song những người ưa màu này thường khó thích ứng với những điều kiện, hoàn cảnh mới và hay gặp "vấn đề" trong những tình huống bất thường...

Màu xanh lam hạ huyết áp, giảm căng thẳng thần kinh. Màu xanh đậm làm cho người bệnh có cảm giác an toàn. Màu xanh da trời tạo cảm giác yên tĩnh, làm mất sự suy yếu của cơ bắp do màu hồng gây ra. Những người thích màu xanh lơ thường là người nghiêm khắc, có khả năng thích ứng cao với hoàn cảnh, trung thực, ổn định, không ưa tranh luận, đối đầu.

Màu xanh lá cây được coi là màu của sự tin cậy. Những người thích nó thường khiêm nhường, mực thước, nhẫn nại, không bộc lộ những tình cảm sôi động. Nhìn vào màu xanh lá cây, lúc đầu chúng ta có cảm giác dễ chịu, song về sau, nếu nhìn lâu sẽ bị ức chế, thậm chí bị rơi vào tình trạng trầm cảm.

Những ánh sáng màu lục làm cho người bệnh hoạt động kém hơn so với những ánh sáng màu đỏ.

Màu trắng thường gây phản ứng trung tính. Đôi khi nó làm cho những người bệnh nhức đầu, thấp khớp, những người bệnh thần kinh bị khó ngủ và chóng mặt dễ tái phát. Sự kết hợp khéo léo màu trắng với các màu khác là sự biểu lộ một tính cách bình ổn và giàu sức sáng tạo.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Theo Giac Vieno, nhà tô màu nổi tiếng người Pháp, màu sắc có đủ khả năng, có thể sinh ra ánh sáng, tạo nên sự yên tĩnh hoặc phấn chấn, làm tâm hồn êm dịu hay bão tố, đem lại cảm giác thanh bình hay thảm họa.

4.1.2. Tâm lý người bệnh và âm thanh

- Âm thanh tác động rất lớn đến xúc cảm. Những tiếng ồn mạnh và kéo dài sẽ gây ra cảm giác khó chịu, mệt mỏi, thậm chí dẫn đến rối loạn tâm thần. Trái lại, nếu quá yên tĩnh sẽ gây ức chế.
- Âm nhạc tạo nên xúc cảm tích cực cho người bệnh, làm thay đổi khí sắc, gây lòng sung sướng hoặc buồn rầu. Mặt khác, âm nhạc tạo ra một nhịp điệu sinh hoạt đều đặn. Âm điệu và nhịp điệu của âm nhạc có khả năng làm biến đổi tần số hô hấp, nhịp đập của tim và tác động lên quá trình trao đổi chất của cơ thể. Leptonxtôi đã nói: "Âm nhạc là tốc ký của tình cảm".
- Trong lâm sàng thần kinh và tâm thần, các thầy thuốc đã sử dụng âm nhạc để điều trị. Ngoài ra âm nhạc còn được dùng làm phương tiện giảm đau. Sự tri giác âm nhạc sâu sắc phụ thuộc vào sự rèn luyện, năng khiếu thẩm mỹ và nhất là vào trạng thái tâm lý của người bệnh. Vì vậy, việc sử dụng âm nhạc để điều trị phải phù hợp với từng người bệnh cụ thể.

V. M. Béchtereov nói: âm nhạc làm chủ xúc cảm của chúng ta. Bằng âm nhạc, thầy thuốc có thể tạo ra được khí sắc nhất định, giảm được hưng phấn, biến được trạng thái buồn rầu thành vui tươi, tác động lên hô hấp và tuần hoàn, làm đỡ mệt mỏi, tạo cho mọi người có một sinh lực dồi dào.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.1.3. Tâm lý người bệnh và một số yếu tố khác của môi trường tự nhiên

- Mùi tác động lên cơ quan khứu giác và qua đó tác động lên tâm lý người bệnh. Mùi của những chất nồn, chất thải; mùi của một số thuốc, hóa chất... làm người bệnh khó chịu, sợ hãi. Có một số người bệnh luôn nhớ về một mùi nhất định, ví dụ người bị bệnh bạch hầu thường nhớ mùi bánh mứt, người bị bệnh dịch hạch thường nhớ đến mùi táo v.v...
- Mùi thơm của hoa quả, của thảo mộc, của nước thơm... làm người bệnh phấn chấn. Mùi tinh dầu hồi, long não... kích thích tuần hoàn, hô hấp của người bệnh. Mùi chanh làm người bệnh đỡ mệt mỏi, tinh thần sáng khoái; mùi hoa hồng sẽ tạo nên cảm giác êm dịu, tĩnh tại...
- Vệ sinh thân thể, trang phục của người bệnh ảnh hưởng không nhỏ đến khí sắc. Những quần áo cũ, rách, không đúng cỡ... làm cho người bệnh cảm thấy buồn cho thân thể ốm đau của mình. Đối với những trường hợp này, nên cho người bệnh dùng một số đồ dùng cá nhân, miễn là được giữ gìn sạch sẽ.
- Tình hình khí hậu và vi khí hậu ảnh hưởng quan trọng đến tâm lý người bệnh. Không khí trong lành, áp lực khí quyển vừa phải, không nóng quá, không lạnh quá... sẽ ảnh hưởng tốt đến khí sắc người bệnh. Quang cảnh bệnh viện thoáng mát, trang trí buồng bệnh hài hòa, chậu hoa, cây cảnh ở cửa sổ đẹp dễ... sẽ làm cho người bệnh có cảm giác gần gũi với thiên nhiên, thêm yêu cuộc sống và tinh thần vui vẻ...

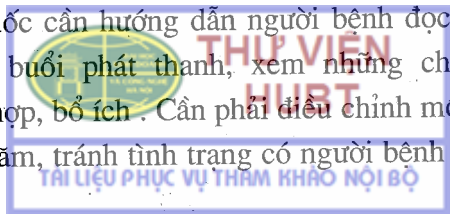
4.2. Tâm lý người bệnh và các yếu tố môi trường xã hội

Con người là một thực thể xã hội, vì vậy tồn tại xã hội và môi trường xã hội xung quanh là những yếu tố có ý nghĩa rất đặc biệt. Người bệnh tuy nằm trên giường bệnh, ngoài quan hệ chặt chẽ với nhân viên và người bệnh khác, họ còn gắn bó chặt chẽ với cuộc sống của gia đình, người thân, bạn bè, với tình hình lao động sản xuất, công tác, học tập, chiến đấu của đơn vị, của đất nước, với các sự kiện đang diễn ra trên khắp hành tinh của chúng ta. Những mối quan hệ này trực tiếp, hoặc gián tiếp tác động tới người bệnh, bằng phương tiện ngôn ngữ, hoặc phi ngôn ngữ. Mối quan hệ xã hội của người bệnh rất đa dạng, nhiều chiều và kết quả tác động của nó lên tâm lý cũng như bệnh tật rất khác nhau, có khi là những tác động tự phát, tiêu cực, cũng có khi là những tác động chủ định, tích cực...

4.2.1. Tác động tâm lý của môi trường xã hội ngoài bệnh viện

– Những tác động này thường gián tiếp, qua nghe đài, xem tivi, đọc sách báo, thư từ và qua lời kể của người đến thăm, của nhân viên y tế... Những thông tin, tư liệu ở đây thường tự phát, chưa được chọn lọc cho phù hợp với từng người bệnh. Cho nên người thầy thuốc phải biết cách hướng những thông tin này vào mục đích điều trị, gây ảnh hưởng tốt nhất cho sự hồi phục sức khỏe người bệnh.

– Người thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh đọc những bài báo, nghe những buổi phát thanh, xem những chương trình truyền hình thích hợp, bổ ích. Cần phải điều chỉnh một cách hợp lý các cuộc đến thăm, tránh tình trạng có người bệnh phải vất vả



tiếp nhiều cuộc viếng thăm hình thức, lấy lòng, vô bổ, trong khi những người bệnh khác buồn tẻ, không có ai thăm hỏi. Người thầy thuốc cũng cần nhắc nhở những người đến thăm, để họ tiếp thêm lòng hăng hái, vui vẻ, quyết tâm khắc phục bệnh tật cho người bệnh.

Larrey - bác sĩ phẫu thuật của quân đội thời Napoleon đã nói rất đúng rằng vết thương liền nhanh hơn trong quân đội của những người chiến thắng.

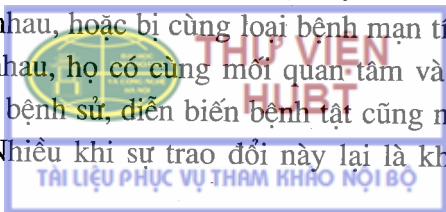
– Thông qua những người đến thăm, thông qua cách giao tiếp của người bệnh với môi trường xã hội bên ngoài, người thầy thuốc hiểu thêm người bệnh và bệnh tật của họ, để có những phương pháp điều trị hợp lý. Qua mối quan hệ tiếp xúc với môi trường bên ngoài, người bệnh gần gũi với cuộc sống thường ngày và đây là sự chuẩn bị tốt để sau khi khỏi bệnh, họ nhanh chóng hòa nhập với cuộc sống.

4.2.2. Tác động tâm lý của môi trường xã hội trong bệnh viện

Mối quan hệ xã hội bên trong bệnh viện được tập trung vào quan hệ giữa những người bệnh với nhau và giữa người bệnh với nhân viên y tế.

4.2.2.1. Quan hệ người bệnh với người bệnh

Những người mắc cùng một loại bệnh, nhất là cùng bị khuyết tật như nhau, hoặc bị cùng loại bệnh mạn tính, thường có thiện cảm với nhau, họ có cùng mối quan tâm và rất thích trao đổi với nhau về bệnh sử, diễn biến bệnh tật cũng như về phương pháp điều trị. Nhiều khi sự trao đổi này lại là khởi nguồn của



những mối quan hệ thân thiện, gắn bó về sau. Họ tự tổ chức những hội không chính thức (câu lạc bộ) để thông báo cho nhau về phương pháp điều trị mới, chia sẻ với nhau về diễn biến của sức khỏe, bệnh tật...

Những người bệnh ở cùng một phòng cần có sự tương đồng về tâm lý. Người thầy thuốc phải biết bố trí hợp lý, phải đối xử bình đẳng theo bệnh tật những người bệnh trong cùng phòng; phải biết đề phòng những tác động xấu do người bệnh gây ra cho nhau. Người bệnh chuẩn bị mổ nên xếp nằm cùng phòng với người bệnh đã mổ đạt kết quả tốt, sắp ra viện. Người bệnh mới nên xếp cùng phòng với "cựu bệnh nhân" có thái độ tích cực và chấp hành nghiêm chế độ điều trị. Không nên để những người bệnh có mâu thuẫn, hiềm khích, ác cảm với nhau nằm chung một phòng. Những người bệnh nặng, phải xử lý cấp cứu nhiều lần, những người bệnh hấp hối... nên xếp nằm riêng ở phòng cấp cứu để không gây ảnh hưởng xấu đến những người bệnh khác. Những người bệnh thiếu vốn hiểu biết, lại có nhân cách nghi bệnh, cần được quan tâm thích đáng, tránh để họ mắc thêm những bệnh mới do bị ám thị bởi những người bệnh khác.

Không khí tâm lý hài hòa trong buồng bệnh là rất cần thiết cho quá trình điều trị. Người thầy thuốc phải tạo nên sự thông cảm, quan tâm, giúp đỡ lẫn nhau giữa những người bệnh; động viên họ cùng nhau chấp hành nghiêm túc mệnh lệnh điều trị và các nội quy, quy định của bệnh viện; giúp họ thực hiện có hiệu quả liệu pháp tâm lý nhóm; tránh những phản ứng ngầm hoặc những phản ứng mang tính tập thể không có lợi cho việc điều trị.

4.2.2.2. Quan hệ giữa người bệnh và nhân viên y tế

Mối quan hệ này được nhiều khoa học nghiên cứu theo nhiều góc độ khác nhau. Ở đây chúng ta chỉ xét đến những ảnh hưởng của nhân viên y tế lên trạng thái tâm lý, nhân cách, hứng thú... của người bệnh là rất lớn.

Mục đích tác động tâm lý của nhân viên y tế lên người bệnh là loại trừ hoặc làm giảm tối đa những tác hại của bệnh tật và tạo nên những yếu tố có lợi cho quá trình điều trị. Yêu cầu đặt ra cho nhân viên y tế là điều trị nhanh, an toàn và làm vừa lòng người bệnh. Người bệnh đòi hỏi ở nhân viên y tế chủ nghĩa nhân đạo và lương tâm. Người thầy thuốc không được gây phiền hà; không được làm những thăm khám, xét nghiệm không cần thiết và tốn kém cho người bệnh; không được kê đơn những thuốc đắt tiền, khó tìm kiếm, vượt quá khả năng của người bệnh... Thầy thuốc phải tránh những tác động có hại lên tâm lý người bệnh. Một lời nói thiếu thận trọng, thái độ coi thường ý kiến của người bệnh, thảo luận về bệnh với đồng nghiệp trước mặt người bệnh, nét mặt không bình thường khi đọc bệnh án, khi xem các kết quả xét nghiệm... tất cả đều có tác động không tốt đến tâm lý người bệnh. Nói cho người bệnh biết những chẩn đoán nguy hại hoặc tiên lượng xấu của bệnh, không để ý đến hình ảnh lâm sàng bên trong của bệnh, bỏ qua những biến đổi trạng thái tâm lý, nhân cách của người bệnh, không chú ý đến những tác động của môi trường xung quanh, không coi trọng những chuẩn mực y đức... đều có thể mang lại hậu quả bất lợi cho người bệnh. Giữ bí mật về bệnh tật cho người bệnh nếu điều đó không có hại cho xã hội mà lại

bảo vệ được sự trong sạch tâm lý là điều rất quan trọng. Cần hết sức tránh để người bệnh mắc những bệnh do chính thầy thuốc gây ra.

Nhân viên y tế không những không được tác động xấu lên người bệnh mà còn phải tạo ra những tác động dương tính, giúp họ đấu tranh với bệnh tật.

Cần tiến hành liệu pháp tâm lý, hướng dẫn vệ sinh tâm lý, dự phòng các bệnh tâm thần cho người bệnh và giúp họ khắc phục các yếu tố gây stress.

Mối quan hệ giữa nhân viên y tế với người bệnh là mối quan hệ giữa con người với con người, giữa nhân cách với nhân cách.

Điều trị người bệnh một cách toàn diện nghĩa là người thầy thuốc đồng thời với quá trình tích cực cứu chữa bệnh tật phải hết lòng chăm lo, nâng đỡ tâm lý, tinh thần cho người bệnh.

4.3. Sự thích nghi của người bệnh với môi trường

Có ba loại thích nghi của người bệnh với môi trường xung quanh, nhất là môi trường xã hội:

4.3.1. Người bệnh thích nghi được với môi trường

Những người bệnh này luôn tìm cách khắc phục bệnh tật về mặt tâm lý. Họ coi bệnh tật chỉ là một quá trình sinh vật và vẫn giữ nguyên các giá trị xã hội của mình.

Có trường hợp bệnh tật kích thích ý chí của cá nhân, giúp họ huy động mọi khả năng để khắc phục khó khăn và duy trì các hoạt động sáng tạo. Có nhiều người tàn tật nhưng do khổ công rèn luyện nên đã làm được những việc phi thường. Khả năng bù trừ tâm lý của họ là rất lớn.

Phương pháp thích nghi xã hội của người bệnh cũng vô cùng phức tạp, mang tính cá biệt và phụ thuộc rất nhiều vào nhân cách cá nhân, vào sự giáo dục và điều kiện xã hội.

Việc thành lập các trường dành riêng cho những người khuyết tật; tổ chức các cuộc thi thể thao, văn hóa cho những người tàn tật... vừa thể hiện sự quan tâm, lòng nhân đạo của xã hội, vừa tạo điều kiện để người tàn tật thích nghi với cuộc sống và để họ tiếp tục cống hiến nhiều hơn.

4.3.2. Người bệnh không thích nghi được

Đây là những người không có khả năng khắc phục bệnh tật về mặt tâm lý, đầu hàng bệnh tật, tuyệt vọng, tự coi mình là thứ bỏ đi. Họ là người nhu nhược ý chí, ngại đấu tranh với bệnh tật, đi tìm sự bù trừ trong rượu và thuốc ngủ; tự dày vò, than vãn về số phận. Có người bệnh chìm trong đau khổ, sống cô đơn, ích kỷ; song ngược lại, có người bệnh phô trương, cường điệu bệnh tật, ỷ lại, đòi ưu đãi, quấy rầy gia đình, bệnh viện, xã hội...

4.3.3. Sự thích nghi đang tiếp diễn

Đây là dạng thích nghi hay gặp hơn cả, bao gồm những người bệnh có quá trình thích nghi chưa hoàn chỉnh, chưa bền vững (sự thích nghi còn đang tiếp diễn). Với những người bệnh này, thầy thuốc phải hướng dẫn cho họ biết cách nghỉ ngơi, lao động, rèn luyện tâm lý, thể lực. Đây chính là những biện pháp giáo dục y học mà các thầy thuốc cần tiến hành để giúp người bệnh ngày càng thích nghi với môi trường.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 4

PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

TÂM LÝ THẦY THUỐC

Một trong những nhiệm vụ trung tâm, chiến lược của nhiều quốc gia trên thế giới là chăm sóc sức khỏe, kéo dài tuổi thọ cho con người. Đây là công việc khó khăn, phức tạp của toàn xã hội, song trước hết là công việc của đội ngũ những người thầy thuốc.

Nghề thầy thuốc là một nghề cao quý. Người thầy thuốc phải không ngừng trau dồi, rèn luyện cả thể chất và tâm lý - nhân cách để ngày càng đáp ứng tốt hơn yêu cầu của nghề nghiệp vinh quang này.

1. ĐẶC ĐIỂM HOẠT ĐỘNG CỦA NGHỀ Y

Trong xã hội có rất nhiều nghề khác nhau. Nghề nào cũng có những yêu cầu nhất định về tâm lý - nhân cách đối với chủ thể nhằm đảm bảo hiệu quả hoạt động. Những yêu cầu này xuất phát từ đặc điểm hoạt động nghề nghiệp.

1.1. Sự tiếp xúc thường xuyên với bệnh tật

Trị bệnh cứu người - đó là nét đặc trưng trong hoạt động nghề nghiệp của người thầy thuốc. Chính họ là người phải thường xuyên, trực tiếp đối mặt với các loại bệnh và người bệnh khác nhau.

Sự tiếp xúc thường xuyên với bệnh tật luôn ảnh hưởng đến sức khỏe, thậm chí đến tính mạng người thầy thuốc. Nguy cơ lây

nhiễm bệnh tật từ những người bệnh là rất cao. Ví dụ, theo kết quả điều tra tại một cơ sở điều trị lao và bệnh phổi ở nước ta năm 1997, tỷ lệ cán bộ, nhân viên làm việc ở đây bị lây nhiễm lao cao gấp 10 lần so với người bình thường và cao gấp 6 lần so với ở các cơ sở điều trị khác.

Hiện nay, khi mà y học chưa có các biện pháp hữu hiệu để phòng chống HIV/ AIDS thì nguy cơ lây nhiễm HIV ở những thầy thuốc đang điều trị, chăm sóc bệnh nhân AIDS là đáng lo ngại.

Sự tiếp xúc thường xuyên với bệnh tật không chỉ là mối đe dọa sức khỏe thể chất mà cả sức khỏe tâm lý của người thầy thuốc. Bên cạnh việc chứng kiến niềm vui, hạnh phúc của người bệnh được điều trị khỏi, thầy thuốc cũng luôn gặp phải những đau khổ, sự bất lực trước bệnh tật, trước cái chết của họ. Sự dằn vặt, day dứt của thầy thuốc có thể còn kéo dài, thậm chí suốt đời nếu như cái chết của người bệnh lại do sơ xuất, sai lầm của họ gây ra.

1.2. Tính đa dạng, phức tạp của đối tượng hoạt động

Nghề thầy thuốc thuộc nhóm ngành nghề hoạt động giữa con người với con người (chủ thể và đối tượng hoạt động đều là con người). Đối tượng con người của nghề y, xét về cấp độ sinh học, vừa mang nét đặc trưng của loài, vừa có đặc điểm riêng, không lặp lại ở từng cá thể. Nếu xét về cấp độ tâm lý - xã hội, mỗi con người đều là một nhân cách, vừa có những đặc điểm tâm lý - xã hội chung của nhóm, của cộng đồng (của giai cấp, của dân tộc...), mang dấu ấn văn hoá, lịch sử của một quốc gia, một vùng lãnh thổ..., lại vừa có những nét riêng của chính con người đó.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong nghề y, con người vừa là khách thể, chịu sự tác động của các yếu tố tự nhiên, xã hội vừa là chủ thể tác động lên người khác.

Nghề y là một nghề đặc biệt, vì đối tượng hoạt động là người bệnh chứ không đơn thuần là bệnh tật. Ở người bệnh, quá trình sinh học bị chi phối bởi những tác nhân gây bệnh khác nhau. Song, vì con người là một hệ thống cấu trúc thống nhất nên các tác nhân gây bệnh không chỉ tạo ra sự bất bình thường của quá trình sinh học mà còn làm ảnh hưởng đến các quá trình tâm lý. Ngược lại, những tác nhân gây biến đổi tâm lý sẽ kéo theo những biến đổi về sinh học trên người bệnh.

Với đối tượng hoạt động này, không cho phép thầy thuốc có thái độ làm việc tắc trách, qua loa; không cho phép thầy thuốc phạm sai lầm, dù là sai lầm rất nhỏ. Những sai lầm của thầy thuốc sẽ gây tác hại trực tiếp đến tính mạng của người bệnh và thầy thuốc sẽ có rất ít cơ may để chuộc lại lỗi lầm.

Muốn hành nghề có hiệu quả, người thầy thuốc phải được đào tạo và thường xuyên được đào tạo lại một cách nghiêm túc, phải không ngừng rèn luyện cả đức và tài, sao cho xứng đáng với lời Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: "Người thầy thuốc giỏi, đồng thời phải là như người mẹ hiền".

1.3. Là một nghề nhân đạo

Con người là giá trị cao nhất trong các giá trị xã hội. Song, con người chỉ có thể hoạt động sáng tạo ra các giá trị vật chất và tinh thần khi có một sức khỏe đầy đủ. Chăm sóc sức khỏe cho con người, đó không chỉ đơn thuần là một nghề, mà còn là một trọng trách, mang đầy tính nhân đạo.

Tính nhân đạo của nghề y thể hiện trước hết là đem lại sức khỏe, cuộc sống cho người bệnh. Việc chữa bệnh, cứu người nhiều khi làm hao tổn sức lực, tâm trí, có khi đe dọa cả tính mạng của người thầy thuốc. Người có bệnh, tất phải tìm đến thầy thuốc. Người thầy thuốc không bao giờ cho phép mình từ chối lời đề nghị giúp đỡ của người bệnh. Nơi nào có bệnh dịch, nơi ấy đòi hỏi thầy thuốc có mặt. Càng những căn bệnh nguy hiểm, càng đòi hỏi thầy thuốc phải thật sự tận tâm, tận lực và không được phó mặc cho người bệnh với bệnh tật.

Biểu tượng ngọn nến đang cháy (như người thầy thuốc đang tự đốt cháy mình để chiếu sáng cho mọi người - do một thầy thuốc người Hà Lan đề xướng từ thế kỷ thứ XVII) đã nói lên tính nhân đạo cao quý của nghề y.

1.4. Mọi hành vi, cử chỉ, lời nói... của thầy thuốc đều tác động mạnh mẽ đến người bệnh

Khi nói nghề y thuộc loại hình nghề nghiệp Người - Người, điều đó cũng đã bao hàm mối quan hệ giao tiếp giữa con người với nhau trong hoạt động nghề nghiệp. Điều đặc biệt trong giao tiếp này là người thầy thuốc thường giữ vai trò chủ đạo. Mỗi lời nói, hành vi của thầy thuốc đều tác động mạnh mẽ lên tâm lý người bệnh. Nếu như người thầy thuốc biết gây thiện cảm, biết khơi dậy mọi tiềm năng của người bệnh, hiểu thấu những suy tư trong lòng họ... và đưa ra những lời khuyên hợp lý thì quá trình điều trị sẽ gặp nhiều thuận lợi. Nhiều khi tác động tâm lý mạnh đến mức có thể làm mờ đi, thậm chí xóa bỏ hẳn một hoặc một số triệu chứng của bệnh. Dựa trên cơ sở của tác động này mà người

ta đã xây dựng chuyên ngành liệu pháp tâm lý, nhằm tổ chức những tác động tâm lý theo hướng điều trị tích cực, có lợi cho người bệnh.

Tuy nhiên cũng có trường hợp, do thầy thuốc thiếu cân nhắc, thiếu thận trọng trong lời nói, hành vi mà đã tạo nên những phản ứng tâm lý trái ngược với kết quả điều trị, gây hại cho người bệnh.

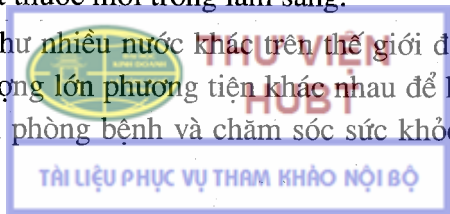
Nếu liệu pháp tâm lý cho thấy lợi ích to lớn của những tác động có kế hoạch, có cân nhắc chu đáo của thầy thuốc lên tâm lý người bệnh, thì "bệnh do thầy thuốc" (iatrogenia) cũng cảnh báo những tác hại không nhỏ do những sai sót của thầy thuốc trong hoạt động nghề nghiệp gây ra cho người bệnh.

1.5. Có sự trợ giúp của nhiều phương tiện, công cụ

Trong sự phát triển xã hội, những tiến bộ mới nhất của khoa học - kỹ thuật thường sớm được con người áp dụng vào lĩnh vực y tế, từ máy chụp X - quang đến các phương tiện chẩn đoán bằng siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ... Và gần đây nhất, những thành tựu trong lĩnh vực tin học cũng được con người khai thác nhằm phục vụ hoạt động nghề nghiệp của người thầy thuốc.

Bên cạnh những phương tiện kỹ thuật tiên tiến được áp dụng, sự phát triển mạnh mẽ của hóa dược cũng đang cung cấp cho thầy thuốc hàng loạt thuốc mới trong lâm sàng.

Nước ta cũng như nhiều nước khác trên thế giới đã và đang huy động một số lượng lớn phương tiện khác nhau để hỗ trợ các chương trình, dự án phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân.



Có thể nhận thấy ít có dạng hoạt động nghề nghiệp nào lại có nhiều phương tiện hỗ trợ đến như vậy.

Chính các đặc điểm hoạt động nghề nghiệp đòi hỏi người thầy thuốc phải không ngừng hoàn thiện những phẩm chất tâm lý - nhân cách cần thiết của mình, để đáp ứng ngày một tốt hơn yêu cầu của nghề nghiệp.

2. MỘT SỐ PHẨM CHẤT NHÂN CÁCH NGƯỜI THẦY THUỐC

Nhân cách của người thầy thuốc là hệ thống các phẩm chất của chủ thể hoạt động nghề y. Những phẩm chất này được xem xét qua 4 nhóm thuộc tính lớn: xu hướng, khí chất, tính cách và năng lực.

2.1. Xu hướng nghề nghiệp của người thầy thuốc

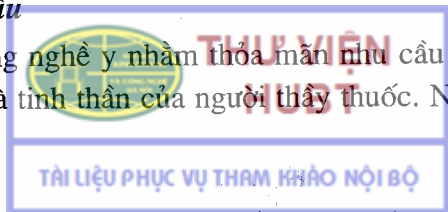
Toàn bộ hoạt động nghề nghiệp của người thầy thuốc được thúc đẩy bởi các động cơ nhằm thỏa mãn những nhu cầu nhất định của cá nhân. Những động cơ này nằm trong một hệ thống thống nhất, có cấu trúc phức tạp và tương đối ổn định, tạo nên xu hướng nghề nghiệp của người thầy thuốc.

Xu hướng nghề y là một bộ phận quan trọng của xu hướng nhân cách, quy định tính tích cực và sự lựa chọn thái độ của người thầy thuốc trong các hoạt động.

Xu hướng nghề y được thể hiện qua các mặt nhu cầu, hứng thú, lý tưởng... của người thầy thuốc.

2.1.1. Nhu cầu

Hoạt động nghề y nhằm thỏa mãn nhu cầu ngày càng tăng về vật chất và tinh thần của người thầy thuốc. Người thầy thuốc



hoạt động một mặt nhằm có thu nhập cao; mặt khác nhằm thỏa mãn khao khát được đem lại sức khỏe, hạnh phúc cho người bệnh. Nghề y mang tính xã hội, tính nhân đạo rất cao.

2.1.2. Hứng thú nghề nghiệp

Sự phức tạp, tính đa dạng của người bệnh luôn tạo ra tình huống có vấn đề, bắt buộc người thầy thuốc phải suy nghĩ, sáng tạo, tìm cách giải quyết. Kết quả lao động của người thầy thuốc được thể hiện qua kết quả chữa bệnh, cứu người. Nét mặt rạng rỡ của người bệnh cũng chính là niềm vui của người thầy thuốc.

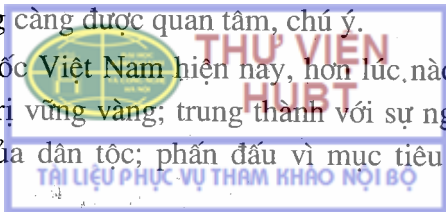
Để nắm bắt được bệnh tật của người bệnh, người thầy thuốc phải không ngừng học tập nâng cao kiến thức, sử dụng điều luyện các phương tiện điều trị. Chính những khát vọng hiểu biết là động lực thúc đẩy mạnh mẽ người thầy thuốc vươn lên, tạo niềm vui, sự say mê trong hoạt động nghề nghiệp của họ.

2.1.3. Lý tưởng nghề nghiệp

Lý tưởng là một biểu tượng hoàn thiện, mẫu mực để con người vươn tới; là sự thể hiện tập trung cao nhất của xu hướng nhân cách. Lý tưởng nghề là sự thể hiện cụ thể của lý tưởng chung trong hoạt động nghề của chủ thể.

Trong giai đoạn hiện nay, khi nền kinh tế đất nước đang có những thay đổi lớn, khi nhiều hình thức quản lý y tế khác nhau xuất hiện thì vấn đề lý tưởng nói chung, lý tưởng nghề của người thầy thuốc nói riêng càng được quan tâm, chú ý.

Người thầy thuốc Việt Nam hiện nay, hơn lúc nào hết, phải có bản lĩnh chính trị vững vàng; trung thành với sự nghiệp cách mạng của Đảng, của dân tộc; phấn đấu vì mục tiêu dân giàu,



nước mạnh, xã hội công bằng, văn minh; vì sự sống, hạnh phúc, sức khỏe và sự phát triển hài hòa của con người Việt Nam.

Lòng yêu nước là truyền thống, là tình cảm thiêng liêng của dân tộc. Người thầy thuốc phải có lòng yêu nước, phải biết hy sinh lợi ích của riêng mình cho sự sống của đất nước, của dân tộc.

Đối với người thầy thuốc, lòng nhân ái, thương người phải là gốc rễ cho những suy nghĩ, hành động nghề nghiệp của mình. Phải biết "thương người như thể thương thân" và phải làm đúng như lời Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: "Cần phải thương yêu, săn sóc người bệnh như anh em ruột thịt của mình, coi họ đau đớn cũng như mình đau đớn" (Hồ Chí Minh Toàn tập, T4, NXB Sự thật, Hà Nội 1987, tr 167).

Phải tôn trọng nhân cách và quyền được chăm sóc y tế của người bệnh, không được coi chữa bệnh là sự ban ơn, thương hại hoặc để vụ lợi cho riêng mình. Không được coi người bệnh là một thứ hàng hóa của kinh tế thị trường tự do. Phải đối xử với người bệnh bình đẳng, trên cơ sở bệnh tật nặng nhẹ chứ không phải vì thân sơ, giàu nghèo, quyền thế.

2.2. Tính cách người thầy thuốc

2.2.1. Yêu nghề, say mê lao động nghề nghiệp

Bất kỳ làm nghề gì, nếu không có lòng yêu nghề, thì con người không thể làm tốt công việc của mình. Lòng yêu nghề của người thầy thuốc không phải là cảm tính, nhất thời, vì sự hấp dẫn của hình tượng "áo choàng trắng" hoặc vì những gì mà xã hội tôn vinh, đánh giá cao đối với nghề y. Lòng yêu nghề phải được xây dựng trên cơ sở nhận thức rõ về vai trò, trách nhiệm, về

những khó khăn, gian khổ và sự hy sinh thầm lặng mà người thầy thuốc phải chịu đựng.

Lòng yêu nghề chỉ có được khi các hoạt động nghề nghiệp của người thầy thuốc được thúc đẩy bởi hệ thống các động cơ đúng đắn: phục vụ nhân dân, phục vụ Tổ quốc, phục vụ xã hội. Người thầy thuốc phải có xu hướng nghề nghiệp rõ ràng, trong sáng; phải có lòng say mê lao động nghề nghiệp, tận tụy, sáng tạo, có tính kế hoạch, tính mục đích rõ ràng trong phòng và chữa bệnh cho con người...

2.2.2. Tinh thần trách nhiệm

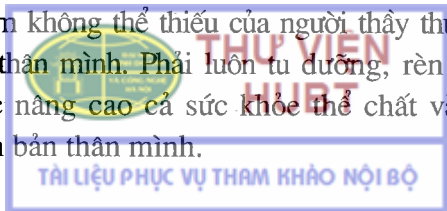
Người thầy thuốc phải có trách nhiệm đối với nghề nghiệp của mình, biết giữ gìn truyền thống và tính chất nhân đạo của nghề y...

Phải có trách nhiệm cao đối với người bệnh, phải tận tình, thận trọng, tỉ mỉ trong công tác thăm khám và cứu chữa người bệnh, không bị ràng buộc bởi những điều kiện quyền lợi cá nhân.

Người thầy thuốc phải có trách nhiệm rõ ràng đối với đồng nghiệp, có tinh thần tương trợ, giúp đỡ, vì sự tiến bộ chung và vì người bệnh.

Trách nhiệm đối với xã hội của người thầy thuốc cũng rất to lớn. Họ phải quan tâm chăm sóc sức khỏe của nhân dân, của cộng đồng; phải biết tuyên truyền mọi người tham gia phòng bệnh, chữa bệnh; phải biết khẩn trương dập tắt các vụ dịch...

Một trách nhiệm không thể thiếu của người thầy thuốc là trách nhiệm đối với bản thân mình. Phải luôn tu dưỡng, rèn luyện bản thân, chăm lo việc nâng cao cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần cho chính bản thân mình.



2.2.3. Tính trung thực

Đây là một trong những phẩm chất nhân cách cơ bản của người thầy thuốc. Người thầy thuốc phải giữ gìn bí mật bệnh tật cho người bệnh. Song, trong những trường hợp nhất định, không nên che giấu người bệnh tất cả tình trạng nặng, tiên lượng xấu của bệnh. Không được phép đưa ra những lời hứa không có căn cứ. Tất nhiên, điều này hoàn toàn không mâu thuẫn với lời nói, cử chỉ động viên người bệnh và người thân của họ.

2.2.4. Sự dũng cảm

Sự dũng cảm của thầy thuốc thể hiện trong nhiều hoàn cảnh khác nhau, từ những việc tưởng chừng nhỏ (như một ca trực đêm), đến những việc khó khăn, nguy hiểm như tham gia phòng chống dịch, cấp cứu khi thảm họa xảy ra.

2.2.5. Tính tự chủ

Trong rất nhiều trường hợp, thầy thuốc cần phải hết sức tự chủ, bình tĩnh để đấu tranh với bệnh tật, cứu sống con người.

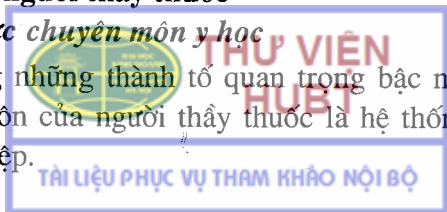
2.2.6. Tính khiêm tốn

Y học ngày nay đã có được những bước tiến lớn. Tuy vậy, không phải mọi bệnh tật chúng ta đã có thể kiểm soát được. Mặt khác mỗi thầy thuốc đều có những mặt mạnh và mặt chưa mạnh. Khiêm tốn học hỏi, khiêm tốn trong công việc cũng là một đức tính quý báu của người thầy thuốc.

2.3. Năng lực người thầy thuốc

2.3.1. Năng lực chuyên môn y học

Một trong những thành tố quan trọng bậc nhất trong năng lực chuyên môn của người thầy thuốc là hệ thống kỹ năng, kỹ xảo nghề nghiệp.



Kỹ xảo là hành động đã được tự động hóa một cách có ý thức, nhờ luyện tập. Những hành động này được thực hiện mà không cần có sự kiểm soát trực tiếp của ý thức. Khác với thói quen, kỹ xảo mang tính chất kỹ thuật thuần túy.

Kỹ năng là trình độ, năng lực vận dụng các kiến thức, kỹ xảo một cách đúng đắn, sáng tạo trong các tình huống khác nhau.

Người thầy thuốc phải làm chủ được các kỹ năng, kỹ xảo thiết yếu, chung cho ngành nghề (ví dụ kỹ năng chẩn đoán, kỹ năng xử trí các tình huống cấp cứu...), đồng thời phải có được các kỹ năng, kỹ xảo đặc thù của từng chuyên khoa (ví dụ như kỹ xảo phẫu thuật, kỹ xảo đọc phim X- quang v.v...).

2.3.2. Năng lực giao tiếp

Trong hoạt động nghề nghiệp, người thầy thuốc phải thường xuyên tiếp xúc với nhiều người bệnh khác nhau và với người thân của họ. Một điều rõ ràng là, để thu được đầy đủ các tư liệu tin cậy về bệnh, thầy thuốc không thể hỏi người bệnh hoặc người thân của họ một cách cứng nhắc theo kiểu thẩm vấn.

Năng lực giao tiếp của thầy thuốc thể hiện ở chỗ biết cách gợi mở để người bệnh mô tả một cách chân thực những cảm giác chủ quan về bệnh; biết hướng dẫn họ đi vào tìm hiểu bệnh tật mà không gò vào ý muốn chủ quan hoặc phán đoán ban đầu, đồng thời cũng không bỏ qua những chi tiết tưởng chừng như vụn vặt, không đáng kể về người bệnh.

Khi giao tiếp với người bệnh, thầy thuốc không nên gợi ý quá nhiều về một triệu chứng làm người bệnh lo lắng; không nên để người bệnh xem bệnh án hoặc nghe những nhận xét, đọc

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

những kết quả xét nghiệm không có lợi cho quá trình điều trị. Thầy thuốc không nên để cho người bệnh biết được cảm xúc riêng tư của mình; không nên kê đơn thuốc một cách bao vây, không phù hợp với bệnh tật và khả năng của người bệnh...

Năng lực giao tiếp của người thầy thuốc còn thể hiện trong sử dụng khéo léo, nhuần nhuyễn các phương tiện giao tiếp mà trong đó có ngôn ngữ. Các phương tiện phi ngôn ngữ như cử chỉ, điệu bộ, nét mặt... cũng có vai trò to lớn trong giao tiếp của người thầy thuốc.

2.3.3. Biết nghiên cứu khoa học và tổ chức hoạt động thực tiễn

Người thầy thuốc phải đi sâu nghiên cứu bệnh căn, bệnh sinh của bệnh, tìm ra những thuốc mới, phương pháp chữa bệnh mới phù hợp với người bệnh; phải biết ứng dụng những thành tựu khoa học, công nghệ mới và khai thác vốn y học cổ truyền dân tộc... Mục đích của nghiên cứu y học là đảm bảo chẩn đoán bệnh sớm, chính xác; điều trị, chăm sóc người bệnh kịp thời, có hiệu quả và hạn chế tối đa những tai biến, tai nạn cho người bệnh.

Bên cạnh những nghiên cứu, tìm tòi về chuyên môn y học, người thầy thuốc còn phải không ngừng nâng cao cho mình năng lực tổ chức, quản lý, điều hành trong hoạt động ngành nghề.

Chúng ta biết rằng, làm việc với thầy thuốc còn có các đồng nghiệp, các nhân viên thuộc các lĩnh vực chuyên môn khác như các nhà sinh vật học, sinh hóa học, các chuyên gia về môi trường, các nhân viên về điều dưỡng... Người thầy thuốc phải biết tổ chức lực lượng một cách khoa học để cùng hoạt động đạt tới mục đích cứu chữa người bệnh và không ngừng nâng cao sức

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

khỏe con người. Mặt khác, người thầy thuốc còn phải biết tổ chức, quản lý, điều hành người bệnh, để họ thực hiện một cách đầy đủ các mệnh lệnh điều trị và có sự hợp tác tích cực trong quá trình khám và chữa bệnh.

2.3.4. Cơ sở tâm lý của năng lực người thầy thuốc

2.3.4.1. Kiến thức

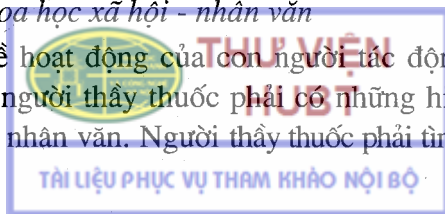
Kiến thức chuyên môn

Bất kỳ ngành nghề nào cũng đòi hỏi chủ thể phải có kiến thức chuyên môn về ngành nghề vừa sâu vừa rộng. Song do tính đặc thù của nghề y nên người thầy thuốc muốn hoạt động tốt, phải trau dồi cho mình một lượng kiến thức y học sâu hơn, rộng lớn hơn. Người bác sĩ được đào tạo lâu hơn những người học nghề khác và khi ra trường họ phải thường xuyên được đào tạo lại cho kịp với sự phát triển của y học. Trong quá trình đào tạo và đào tạo lại, ngoài những kiến thức chung của y học, rất nhiều thầy thuốc phải học thêm kiến thức chuyên khoa sâu, kiến thức mới, hiện đại và học cả những kinh nghiệm dùng thuốc, chữa bệnh cổ truyền, dân tộc... Họ phải học cách tổ chức cấp cứu kịp thời người bệnh trong mọi tình huống, cách phòng chống dịch bệnh, cách tuyên truyền vận động mọi người phòng và chữa bệnh...

Hình thức đào tạo người thầy thuốc rất phong phú, đa dạng, trong đó không thể không tính đến hình thức tự đào tạo của chính người thầy thuốc.

Hiểu biết về khoa học xã hội - nhân văn

Nghề y là nghề hoạt động của con người tác động lên con người, nên đòi hỏi người thầy thuốc phải có những hiểu biết về khoa học xã hội và nhân văn. Người thầy thuốc phải tìm hiểu xem



các ngành khoa học này tiếp cận đối tượng nghiên cứu là con người như thế nào.

Đối tượng hoạt động nghề nghiệp của thầy thuốc là người bệnh, trong đó các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội tác động qua lại với nhau. Do đó những hiểu biết về tâm lý, xã hội rất cần cho hoạt động của người thầy thuốc. Các bộ môn như tâm lý học y học, y - xã hội học, giáo dục học y học, triết học, kinh tế xã hội học... là những môn khoa học xã hội và nhân văn rất cần thiết đối với hoạt động y học.

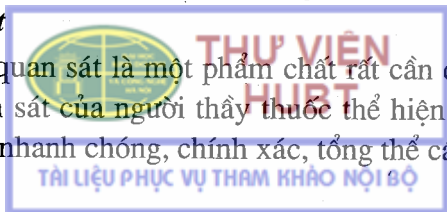
2.3.4.2. Phẩm chất nhân thức cảm tính

Độ nhạy cảm cao

Sự nhạy cảm của các giác quan (bao gồm nhạy cảm tuyệt đối và nhạy cảm sai biệt) là điều kiện cần thiết để người thầy thuốc dễ dàng phát hiện những diễn biến bất thường (dù là nhỏ) ở người bệnh trong quá trình thăm khám lâm sàng. Ngày nay, bên cạnh những phương tiện, máy móc hiện đại, trong lâm sàng vẫn rất cần đến sự nhạy cảm của các thầy thuốc, trước hết là sự nhạy cảm của xúc giác, thính giác và thị giác (những giác quan được sử dụng để nhìn, sờ, gõ, nghe khi thăm khám người bệnh). Bằng cách thăm khám, kết hợp với kinh nghiệm nghề nghiệp, người thầy thuốc nhiều khi phát hiện rất nhanh và chính xác bệnh tật của người bệnh để có biện pháp điều trị kịp thời, giúp cho người bệnh thoát khỏi những cấp cứu hiểm nghèo..

Óc quan sát

Năng lực quan sát là một phẩm chất rất cần đối với nghề y. Năng lực quan sát của người thầy thuốc thể hiện ở khả năng tri giác một cách nhanh chóng, chính xác, tổng thể các đối tượng.



Trong thực tế, mỗi người có những cách quan sát khác nhau. Có người quan sát từ tổng thể đến chi tiết, có người ngược lại, đi từ chi tiết đến tổng thể. Nghề y đòi hỏi các thầy thuốc không những phải biết cách quan sát, mà còn phải có "óc quan sát", nghĩa là phải quan sát một cách nhạy bén, phát hiện nhanh những cái cần phải phát hiện.

Những kết quả cảm giác, tri giác là chất liệu cảm tính, không thể thiếu của quá trình nhận thức lý tính tiếp theo. Nếu chất liệu này nghèo nàn, hời hợt, thiếu các cứ liệu quan trọng hoặc là một "mớ hỗn độn", thì sẽ đưa đến quá trình tư duy sai lầm, bế tắc.

2.3.4.3. Tư duy lâm sàng

Quá trình tư duy cho phép con người nhận thức những dấu hiệu bản chất, những mối liên hệ mang tính qui luật của sự vật, hiện tượng.

Chẩn đoán bệnh là kết quả hoạt động tư duy của người thầy thuốc. Đây là quá trình dựa trên cơ sở các chất liệu nhận thức cảm tính hoặc dựa trên cơ sở các biểu tượng được trí nhớ lưu giữ.

Tư duy lâm sàng của thầy thuốc là tư duy biện chứng. Nó được thực hiện thông qua một loạt các thao tác phân tích, tổng hợp, so sánh, khái quát hoá... các triệu chứng, hội chứng và chỉ ra bản chất bệnh tật của người bệnh.

Nói đến tư duy lâm sàng, chúng ta không thể không quan tâm đến quá trình tư duy sáng tạo. Đối với thầy thuốc, mỗi ca bệnh là một tình huống, một "bài tập" tư duy không có lời giải

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đáp trước. Cùng là một bệnh, song sự thể hiện của nó ở từng người lại khác nhau, sự khởi bệnh và diễn biến cũng khác nhau. Các triệu chứng thể hiện ra bên ngoài chỉ là kết quả của sự tác động qua lại, phức tạp giữa các yếu tố sinh học với nhau và giữa chúng với các yếu tố tâm lý, xã hội của người bệnh. Nhờ có tư duy sáng tạo mà các thầy thuốc tìm ra triệu chứng, hội chứng của bệnh và tìm ra phương pháp có hiệu quả để điều trị bệnh.

Trong lâm sàng, tư duy và yếu tố trực giác có mối liên hệ chặt chẽ với nhau.

Không nên nhầm lẫn trực giác với nhận thức cảm tính. Song cũng không nên cho rằng, dường như yếu tố trực giác trái ngược với quá trình tư duy lô gíc. Tư duy lô gíc không loại trừ trực giác mà ngược lại, chúng bổ sung cho nhau.

Trực giác chỉ có thể phát hiện ra bệnh tật của người bệnh nếu được dựa trên cơ sở những hiểu biết sâu sắc và kinh nghiệm nghề nghiệp phong phú của thầy thuốc về bệnh tật của con người.

2.4. Vấn đề đạo đức người thầy thuốc

Bất kỳ ngành nghề nào cũng có những yêu cầu về mặt đạo đức. Song, đối với nghề y (nghề gắn liền với cuộc sống của người bệnh) sự đòi hỏi về mặt đạo đức luôn là vấn đề trung tâm, hàng đầu trong nhân cách người thầy thuốc.

Cho dù xã hội có nhiều biến đổi, song những yêu cầu cơ bản về đạo đức người thầy thuốc vẫn được giữ vững và các thế hệ thầy thuốc đi trước thường xuyên truyền lại, rèn dạy cho các thế hệ sau. Lời thề Hyppocrates cách đây hơn 2000 năm, cho đến nay vẫn còn nguyên giá trị. Tám đức tính cơ bản của người thầy

thuốc chân chính mà Hải Thượng Lãn Ông đã tổng kết, cho đến nay vẫn là những lời khuyên quý báu:

- Nhân: nhân từ, bác ái, không ích kỷ.
- Minh: hiểu biết sâu rộng, sáng suốt.
- Trí: khôn khéo, nhạy bén, không cầu thả.
- Đức: phải có đạo đức, không làm điều ác.
- Thành: thành thật, trung thực.
- Lượng: độ lượng.
- Khiêm: khiêm tốn học hỏi, thật sự cầu thị.
- Cần: chuyên cần, chịu khó.

Trong giai đoạn hiện nay, ở nước ta, y đức đang trở thành một vấn đề lớn của ngành y tế và là vấn đề nóng bỏng, đòi hỏi sự quan tâm của toàn xã hội.

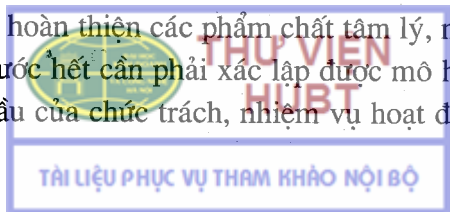
Với đồng nghiệp, người thầy thuốc phải đoàn kết, tôn trọng, giúp đỡ, học hỏi lẫn nhau, không tranh công, đổ lỗi, không dồn đẩy trách nhiệm.

Với bản thân, người thầy thuốc phải xây dựng uy tín bằng chính tài năng, đức độ của mình; khiêm tốn, chân thành, có tinh thần tự phê bình, cầu tiến bộ; có cuộc sống giản dị, lành mạnh, lạc quan...

3. HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN NHÂN CÁCH NGƯỜI THẦY THUỐC

3.1. Xác lập mô hình nhân cách

Để phát triển và hoàn thiện các phẩm chất tâm lý, nhân cách người thầy thuốc, trước hết cần phải xác lập được mô hình nhân cách theo các yêu cầu của chức trách, nhiệm vụ hoạt động nghề



nghiệp. Một mô hình như vậy sẽ là mục tiêu giáo dục, rèn luyện của người thầy thuốc.

Trong thực tế công tác giáo dục không phải lúc nào chúng ta cũng có thể dễ dàng đáp ứng được hoàn toàn mô hình đã xác lập. Mặt khác, nghề y bao gồm rất nhiều lĩnh vực hoạt động khác nhau như chẩn đoán và điều trị bệnh tật trong lâm sàng, thực hiện công tác y tế cộng đồng, vệ sinh phòng dịch v.v... Và mỗi chuyên ngành như vậy lại có những yêu cầu cụ thể về mô hình tâm lý - nhân cách người thầy thuốc. Do vậy việc xác lập mô hình nhân cách mới chỉ là bước đầu, mang tính chất định hướng cho các biện pháp tiếp theo.

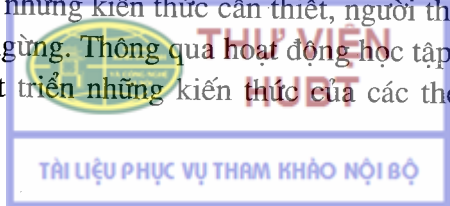
3.2. Xác định mức độ phù hợp nghề nghiệp

Như trên đã đề cập, mỗi nghề có những yêu cầu nhất định về tâm lý - nhân cách của chủ thể hoạt động nghề. Do vậy, ngay từ khi ngồi trên ghế nhà trường, người học sinh cần được tư vấn nghề thông qua các hoạt động hướng nghiệp. Hoạt động này một mặt giúp cho họ hiểu những yêu cầu của từng loại hình nghề nghiệp, mặt khác giúp họ hiểu thêm về khả năng, khuynh hướng, hứng thú và mức độ phù hợp nghề của mình.

Tư vấn, hướng nghiệp có ý nghĩa xã hội rất lớn, giúp cho việc đào tạo nghề vừa đạt hiệu quả cao, vừa tiết kiệm kinh phí...

3.3. Nhân cách hình thành, phát triển trong hoạt động

Để có được những kiến thức cần thiết, người thầy thuốc phải học tập không ngừng. Thông qua hoạt động học tập, người bác sĩ lĩnh hội và phát triển những kiến thức của các thế hệ trước đã tích lũy được.



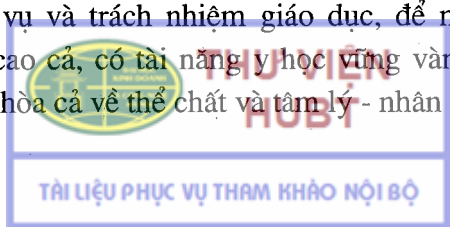
Thông qua hoạt động giao tiếp, năng lực giao tiếp của người thầy thuốc được hình thành, hoàn thiện và phát triển.

Lòng dũng cảm, chịu khó, cần cù... của thầy thuốc cũng được hình thành và thể hiện trong các hoạt động khám, chữa bệnh v.v...

3.4. Hoàn thiện, phát triển nhân cách là một quá trình

Để trở thành người thầy thuốc chân chính, quá trình đào tạo, giáo dục không chỉ giới hạn trong phạm vi các giảng đường trường đại học, mà phải được tiếp diễn liên tục trong hoạt động nghề nghiệp, bằng phương thức tự đào tạo và đào tạo lại, bằng cách học hỏi thực tiễn và học hỏi các thầy thuốc đồng nghiệp, các thầy thuốc đi trước... Quá trình tự giáo dục của người thầy thuốc bao hàm quá trình tự mình tìm cách làm chủ kiến thức, làm chủ bản thân; tự mình xem xét bản thân qua hoạt động nghề nghiệp và luôn hướng tới những mục đích cao cả của nghề y...

Người thầy thuốc là chủ thể của một hoạt động nghề nghiệp đặc biệt - nghề khám và chữa bệnh, đem lại sức khỏe, hạnh phúc, tuổi thọ cho con người. Đây là một nghề cao quý, được toàn xã hội tôn vinh. Người thầy thuốc muốn hoàn thành tốt sứ mệnh nghề nghiệp vẻ vang của mình, một mặt, bản thân phải không ngừng học tập, rèn luyện vươn lên; một mặt khác, toàn xã hội phải có nghĩa vụ và trách nhiệm giáo dục, để người thầy thuốc có đạo đức cao cả, có tài năng y học vững vàng và phát triển toàn diện, hài hòa cả về thể chất và tâm lý - nhân cách.



GIAO TIẾP GIỮA THẦY THUỐC VÀ NGƯỜI BỆNH

Trong y học, thường xuyên diễn ra các hoạt động giao tiếp: giao tiếp giữa thầy thuốc với nhau, giữa thầy thuốc với người bệnh và giữa người bệnh với người bệnh v.v... Trong số những hoạt động giao tiếp này, chúng ta đặc biệt quan tâm đến giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh - là hoạt động có vai trò to lớn, giúp cho việc chẩn đoán và điều trị người bệnh một cách có hiệu quả.

1. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN GIAO TIẾP GIỮA THẦY THUỐC VÀ NGƯỜI BỆNH

1.1. Yếu tố thuộc về đặc trưng của giao tiếp

- Loại hình giao tiếp chủ yếu giữa thầy thuốc và người bệnh là giao tiếp chính thức. Về cơ bản, mục đích, chức năng, phương hướng, nhiệm vụ... hoạt động giao tiếp được xác định trước và đáp ứng yêu cầu của hoạt động khám, chữa bệnh. Cũng có thể nói đây là loại giao tiếp công việc.
- Chủ thể và khách thể giao tiếp là những cá nhân hoặc nhóm xã hội nhất định. Họ có những "vai diễn" khác nhau trong quá trình giao tiếp, song phần lớn là quan hệ giữa một bên là nhân viên y tế và một bên là người bệnh.

– Các phương tiện giao tiếp được sử dụng một cách tổng hợp, song phương tiện chủ yếu vẫn là ngôn ngữ. Uy tín, phong cách công tác của thầy thuốc đôi khi đóng vai trò quyết định đối với kết quả giao tiếp.

1.2. Các yếu tố thuộc về chủ thể và đối tượng giao tiếp

– Năng lực chung, vốn hiểu biết, trình độ hoạt động chuyên môn của chủ thể và đối tượng giao tiếp sẽ làm phong, làm nền cho quá trình giao tiếp.

– Sự thống nhất về mục tiêu, nhiệm vụ... giao tiếp giữa chủ thể và đối tượng nhằm đạt tới một kết quả tối ưu trong phòng và chữa bệnh đã làm cho sự giao tiếp không bị lệch hướng, không bị các rối nhiễu.

– Nhân cách (trước hết là tính cách và khí chất) cùng với những đặc trưng về uy tín, về không khí tâm lý trong nhóm, về bệnh tật của người bệnh... là những điều kiện thiết yếu tạo nên hiệu quả của giao tiếp.

– Kỹ năng, kỹ xảo, kinh nghiệm sử dụng các phương tiện, hình thức giao tiếp cũng như khả năng duy trì sự liên tục trong quá trình giao tiếp sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả giao tiếp.

– Sự linh hoạt, sáng tạo và nghệ thuật giao tiếp của cả chủ thể và đối tượng sẽ làm cho quá trình giao tiếp đạt kết quả tối ưu.

– Đặc điểm thể chất cá nhân (khuôn mặt, ánh mắt, nụ cười, giọng nói...); đặc trưng bệnh tật; hình thức tổ chức, quy mô, vị trí của hệ thống nhóm mà cá nhân là thành viên... sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh.

1.3. Các yếu tố môi trường và điều kiện giao tiếp

- Trình độ phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội nói chung, trình độ phát triển y học, tâm lý học nói riêng.
- Đặc điểm phong tục, tập quán, dân tộc, tôn giáo...
- Chức năng, nhiệm vụ, chất lượng công việc chuyên môn của nhóm và các thành viên trong nhóm.
- Địa điểm, không gian, thời gian... khi giao tiếp.

2. MỘT SỐ QUY TẮC GIAO TIẾP CƠ BẢN

- *Cần xác định rõ ràng, cụ thể mục đích giao tiếp là nhằm phát hiện bệnh tật một cách chính xác, chữa bệnh một cách có hiệu quả và thầy thuốc luôn chủ động tìm cơ hội để dẫn dắt hoạt động của người bệnh hướng vào thực hiện mục đích này.*
- *Bước đầu tiên của giao tiếp là thu thập thông tin.* Muốn có nhiều thông tin tin cậy, chủ thể cần tiếp xúc với nhiều đối tượng, trong những hoàn cảnh, tình huống khác nhau. Phải có thái độ tích cực khi thu thập thông tin, cần nhắc kỹ càng cả những thông tin nhỏ nhất của người bệnh. Giao tiếp cần có trí tuệ chứ không phải chỉ cần nhiều kiến thức. Muốn giao tiếp tốt, cần có hiểu biết rộng về cuộc sống, về chuyên môn. Song cũng tránh bị cuốn vào vòng xoáy của đồng tri thức đa dạng, hỗn độn mà mất lòng tin. Cần dùng tài trí tìm hiểu tâm tư, tính cách, khí chất, sở thích, học vấn, quan hệ và nhất là bệnh tật của người bệnh.
- *Cần chuẩn bị kỹ càng thời gian, địa điểm, không khí tâm lý... của cuộc giao tiếp.* Nơi giao tiếp cần sạch sẽ, mát mẻ, ngăn nắp, kín đáo, trang trí màu sắc, cảnh vật hài hòa, khoa học. Cần giải quyết tốt mối quan hệ với các thành viên trong gia đình và hàng

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

xóm, láng giềng trước khi giao tiếp với người bệnh. Khi coi giao tiếp là dịp tốt để gặp gỡ người mình mong muốn, để được thể hiện lòng nhiệt tình của mình thì lòng tự tin sẽ tăng lên và sẽ tạo ra được nguồn năng lượng mới trong giao tiếp.

– *Không nên giao tiếp giống nhau giữa các bệnh nhân.* Phải biết người bệnh có nhân cách hướng nội hay hướng ngoại để có phương pháp giao tiếp hợp lý. Sẽ rất khó giao tiếp với những người bệnh có lòng tự tôn quá cao, ích kỷ, thích phô trương, không kiềm chế nổi mình, nói không thật lòng... Sẽ không đạt được kết quả giao tiếp nếu không biết phép lịch sự, không tế nhị, có hành vi, cử chỉ không đúng chỗ; pha cười vô duyên, nói năng quả quyết; nghĩ một khác, làm một khác. Cần khuyến khích những người có ý chí cao, kiên định, dũng cảm, không xuôi chiều. Phải biết kích thích, cuốn hút người bệnh; biết giúp họ khắc phục sự e dè, lo lắng về bệnh tật; biết khéo léo vượt qua chướng ngại khi giao tiếp.

– *Quan sát kỹ hành động, nét mặt, dáng vẻ... người bệnh để có thể hiểu sâu thêm bản chất bệnh tật của người bệnh và thấy rõ hơn con người họ.* Muốn đánh giá con người qua nét mặt, cần nhìn ở tư thế nghiêng (vì lúc này bộ mặt có vẻ đẹp thực chất nhất). Nếu nhìn thẳng, do **đối tượng** muốn tỏ ra có bộ mặt đẹp đẽ, vô tình lại làm cho thần kinh da mặt căng hơn, khiến cho nét mặt thiếu tự nhiên. Khi mặt đối mặt trò chuyện, nếu cúi mặt sẽ làm cho câu chuyện phát triển kém thuận lợi. Nét mặt thâm trầm sẽ tạo cảm giác buồn tẻ, nét mặt cau có sẽ gây cảm giác khó chịu trong giao tiếp.

– *Phong cách ăn mặc* là một trong những cách thể hiện mình. Những cách ăn mặc quá cầu kỳ, không đúng quy định về y tế

hoặc quá mộc mạc đều không thích hợp. Ăn mặc kiểu mới, hấp dẫn, diêm dúa, làm nổi bật mình, sẽ khiến người khác cho rằng người này thiếu tự tin trong việc tuyên truyền mình. Những người có mặc cảm tự ty thường cố dùng trang phục để che đậy những cái mình còn thiếu. Cách ăn mặc hài hòa, tự nhiên thường thấy ở người biết tự lập. Kiểu quần áo cần phối hợp chặt chẽ, hài hòa với kiểu tóc và màu sắc của kính đeo mắt...

– *Hãy tự giới thiệu mình*, thể hiện chân thành cái đặc sắc, mặt mạnh của mình để người bệnh chú ý khi giao tiếp. Không che giấu khuyết điểm và cũng không nên quá chú ý đến khuyết điểm mà sinh cảm giác tự ty. Dù lần đầu tiên tiếp xúc cũng cố gắng làm cho người bệnh hiểu một cách hoàn chỉnh về mình, không nên cho rằng cứ tiếp xúc, sau sẽ hiểu. Phải biết cách tự quảng cáo mình và phải biết để những người hiểu biết tuyên truyền hộ mình. Tuyên truyền cho bè bạn cũng chính là tuyên truyền cho mình, để người khác hiểu mình qua bè bạn. Song không được tự đề cao mình và không nên nghe những lời tán dương giả dối, nịnh hót về mình, vì như vậy sẽ tạo ra một ảo ảnh, một hố ngăn cách với xung quanh, gây bất lợi cho sự giao tiếp. Hãy làm cho mọi người hiểu sự tồn tại, giá trị đích thực của bản thân và không ngừng hoàn thiện mình, luôn luôn bổ sung cái đặc sắc của mình.

– *Cần tạo cho người bệnh có ấn tượng tốt đẹp về mình* (nhất là ấn tượng đầu tiên). Nếu để lại những ấn tượng không tốt thì sẽ mất thời gian vòng vo để có thể giao tiếp đạt kết quả; thỉnh thoảng nên thể hiện tính đột phá, gây ấn tượng mới mẻ, bất ngờ trong giao tiếp.

Cần xây dựng hình tượng bản thân rõ ràng, thống nhất từ nội dung đến hình thức, từ tính cách đến trang phục... Nếu hình tượng bản thân xây dựng không tốt, bị ngộ nhận thì sẽ rất khó

sữa. Người bệnh sẽ coi thường sự tồn tại của mình và giữ khoảng cách trong giao tiếp. Đừng để người bệnh nhìn thấy mình mệt mỏi. Vì vậy khi xây dựng hình tượng của mình phải hết sức thận trọng, suy xét kỹ càng, phải chủ động gây thiện cảm với người bệnh

– *Thói quen nhún nhường người bệnh khi giao tiếp là rất quan trọng.* Cần quan tâm đến người bệnh, giúp đỡ họ đạt được mong ước, trong phạm vi khả năng cho phép. Song không nên vì giúp đỡ được người khác mà đề cao uy tín của mình. Những tính toán so đo được mất sẽ không có lợi cho giao tiếp. Trong giao tiếp cần đề cao ưu điểm, có thái độ đúng đắn với khuyết điểm, tích cực khích lệ sự tiến bộ, dù là nhỏ nhất, trong khắc phục bệnh tật của người bệnh. Phải biết khêu gợi lòng hăng hái và giữ thể diện cho họ, không được giao tiếp bằng định kiến.

Cần có trái tim, đem mọi cái mình có (thời gian, sức lực...) để quan tâm tới người bệnh. Hãy đối xử bằng lòng tốt, tình thân ái và sự nhiệt tình, khoan dung, thông cảm. Phải làm cho họ có cùng chỉ hướng trong khám, chữa bệnh và sẵn sàng giúp đỡ, tôn trọng họ.

Giao tiếp với bệnh nhân nữ cần bình đẳng, ở những nơi công khai, sáng sủa. Phải quan tâm, săn sóc họ, song không nên dễ dãi và không cần phải quan tâm quá đặc biệt. Bệnh nhân nữ có trực giác nhạy cảm, nên khi giao tiếp với họ không được dùng thủ đoạn gian dối.

– *Biết duy trì trạng thái cân bằng tâm lý trong giao tiếp.* Loại bỏ cảm giác mệt mỏi lo âu, giận dữ, đơn độc, hồi hộp... bằng cách tự vấn an, tự ám thị. Xấu hổ là tỏ ra mình yếu kém, ý thức về bản thân quá mạnh. Thái độ tự nhiên là bí quyết hay nhất

trong giao tiếp. Khắc phục sự lúng túng bằng cách tập trung chú ý vào một điểm và thường xuyên luyện tập sức lực, tinh thần, tránh căng thẳng nội tâm.

– *Tự mình đạo diễn cuộc giao tiếp*, tìm ra lối diễn xuất thích hợp với người bệnh và dắt dẫn họ theo chủ đề giao tiếp. Cố gắng không đề cập đến những vấn đề mình không hiểu hoặc không liên quan đến chủ đề chính của cuộc giao tiếp.

Phải mở đầu cuộc giao tiếp một cách nhẹ nhàng. Nếu chưa có cách nào tìm ra chủ đề chung thì trước hết cần thể hiện bản tính con người; nói các chuyện xung quanh một cách vui vẻ, thật lòng hoặc tự giới thiệu về mình. Cần phối hợp nhịp điệu hoạt động của mình và của người bệnh để lựa chọn thời cơ, sớm đi vào chủ đề giao tiếp.

– Phải biết lựa chọn thứ tự các bước để giao tiếp thuận lợi. Chú ý quan tâm đến thái độ, ánh mắt, vẻ mặt... của người bệnh để xem họ có sốt ruột không, có bình tĩnh không... mà quyết định có tiếp tục cuộc giao tiếp hay không. Ánh mắt người sáng, bộ mặt đầy sinh khí, chứng tỏ cuộc giao tiếp đang đi đúng quỹ đạo. Nếu ánh mắt người bệnh không có một chút sinh khí hoặc nhìn đi đâu đó thì cần nhanh chóng chuyển chủ đề hoặc tìm cách kết thúc cuộc giao tiếp.

– *Trong giao tiếp, nếu quá chú ý đến tính hợp lý* thì sẽ không được mọi người đồng tình, vì nó tạo nên cảm giác cách biệt và tâm linh trở nên cứng nhắc, nhát nhẽo. Nếu chỉ tính đến lợi ích quản lý, không vận hành bằng nhân tính thì sẽ không thể tiếp tục tồn tại và phát triển mối quan hệ giao tiếp. Chúng ta không thể tính được nguồn năng lượng nội tâm và tuyệt đối không coi

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

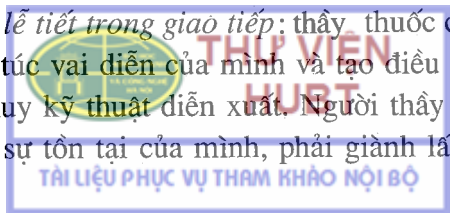
thường nó. Phải thường xuyên đốt cháy và trao đổi nguồn năng lượng trong tim với mọi người và không để cho sự tính toán công lao, lợi lộc xen lẫn vào trong đó.

– *Đôi lúc cần thoát khỏi sự ràng buộc*: những người có tình nghĩa thường có quan hệ giao tiếp tốt đẹp. Họ có tinh thần hy sinh bản thân. Song, nếu cứ giao tiếp với ai cũng tốt đẹp thì bạn sẽ dần dần mất đi những góc cạnh, những tính độc đáo của mình. Cần có dũng khí để khắc phục những ràng buộc, những mê hoặc và tự mình tìm ra cách nghĩ, cách làm mới, thực tế hơn. Quyết đoán dũng cảm sẽ làm cho ta hạnh phúc.

Khi gặp khủng hoảng, nguy cơ thì cần phải đấu tranh khắc phục cô lập, nhanh chóng thoát khỏi nghịch cảnh, xây dựng viễn cảnh để vươn lên. Lúc này không nên hành động theo thông lệ hoặc theo sự chỉ đạo của người khác mà phải hành động theo tâm ý trung thực của mình.

Khi gặp trắc trở, không nên trốn chạy khỏi "sàn diễn", vì như thế sẽ dễ lâm vào tình trạng quạnh hưu, phiền muộn. Khi "vai chính" của mình không còn nữa, thì cuộc đời như của người khác, sự năng nổ, nghị lực... cũng không còn và hậu quả sẽ khôn lường. Lúc này chỉ còn cách thấp lên ngọn lửa ý chí, khắc phục lo buồn, tìm phương sách vượt qua trắc trở. Sau nhiều vấp vấp sẽ làm con người trưởng thành. Phải dựa vào sức mình là chính để vươn lên.

– *Cần tuân theo lễ tiết trong giao tiếp*: thầy thuốc cần hiểu và thực hiện nghiêm túc vai diễn của mình và tạo điều kiện tốt để người bệnh phát huy kỹ thuật chẩn xuất. Người thầy thuốc phải chứng minh được sự tồn tại của mình, phải giành lấy cảm tình



của người bệnh bằng cách hành động đúng chỗ, đúng lúc và có hiệu quả thiết thực.

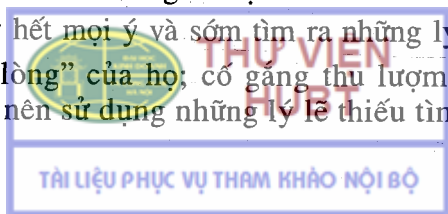
– *Cũng cần có sự vui chơi, hài hước trong giao tiếp:* người thầy thuốc cần có tính cách vui vẻ, hài hước, linh hoạt, làm cho người bệnh có ấn tượng sâu sắc. Qua vui chơi, qua chuyện cười để nắm bắt lòng người và chi phối hành động của họ. Những hoạt động bổ trợ sẽ làm buổi giao tiếp sinh động.

– *Trong quan hệ giao tiếp* không thể chỉ xây dựng bằng sự hợp lý hóa, tiết kiệm tiền của, sức lực, thời gian. Song cũng phải biết đầu tư có trọng tâm, trọng điểm trong từng thời kỳ, theo khả năng của mình và của những thành viên chung vốn với mình.

Tặng quà cho nhau là để bày tỏ tấm lòng của mình. Khi tặng quà, cả hai bên đều được tận hưởng niềm vui cho và nhận. Song người thầy thuốc không được vì quà biếu mà quên trách nhiệm, nghĩa vụ.

– *Khi giao tiếp bằng ngôn ngữ nói*, cần nói ra trọng điểm của đề tài một cách nhanh chóng, dễ dàng và chính xác. Muốn truyền đạt vấn đề có kết quả, cần có phân kiến giải độc đáo. Không nên nói những lời lẻo mép, những điều làm người bệnh không vui. Không nên trình bày tường tận mọi việc hoặc phô bày tất cả những điều mình muốn nói. Cần phát biểu tóm gọn những trọng tâm, có lời giải thích dễ hiểu và sớm đưa ra kết luận.

Biết nghe sẽ làm cho người bệnh biết nói. Cần để cho người bệnh trình bày hết mọi ý và sớm tìm ra những lý lẽ bên trong, những “tiếng lòng” của họ; cố gắng thu lượm những ý kiến bổ ích, không nên sử dụng những lý lẽ thiếu tình cảm. Những



người lúc nào cũng muốn dùng lý luận lô gíc để giao tiếp sẽ bị cho là cứng nhắc, không được người khác hoan nghênh, đôi khi còn gây nên phản ứng mạnh mẽ, không có lợi cho cuộc giao tiếp.

Cần nói năng trôi chảy, mạch lạc, ngữ điệu ôn hòa và lễ độ, tránh dùng ngôn từ không đúng, thô lỗ. Giọng nói cương quyết là cực kỳ quan trọng. Nếu nói nhỏ sẽ làm cho đối phương có ấn tượng người nói thiếu quyết đoán. Nên sử dụng nhiều câu khẳng định. Khéo dùng phương tiện phi ngôn ngữ để phụ họa như gật đầu, nhướn người, mở to mắt ngạc nhiên...

– *Khi viết giấy để giao tiếp* cần viết thẳng những vấn đề mà khi đối mặt không tiện nói ra hoặc định nói nhưng không thể nói được. Thư từ thể hiện trung thực cá tính, phẩm chất của người viết. Viết thư cần nhiều công sức, nên nó có một ý nghĩa đặc biệt so với nói chuyện. Những bức thư được viết và đọc một cách thận trọng, được lưu lại sẽ tránh được sự hiểu lầm.

Điện thoại cũng là phương tiện tốt để truyền đạt thái độ và tấm lòng của mình. Nghe và gọi điện thoại cũng cần những kỹ xảo nhất định.

– *Trong giao tiếp cần sự chân thực*, song đôi khi không cần bộc lộ hết những cái mình có để giữ vững khu vực của mình và không xâm phạm sang khu vực của người khác. Nếu phải vén bức màn che, cũng chỉ nên dừng ở giới hạn cần thiết. Mỗi người đều có cái riêng của mình, vì thế không nên đem cái riêng của người này áp đặt cho người kia. Mặt khác, sự giả vờ không biết đối với những việc đã biết, đôi khi cũng cần thiết. Song khi gặp người vờ vĩnh, thường có hai khuynh hướng xảy ra: hoặc là

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

không tin họ - đây là khả năng xấu; hoặc là bỏ qua chuyện này. Ở trường hợp thứ hai, có thể giả bộ lắng nghe và phối hợp với nhịp hoạt động của người bệnh mà tiếp tục giao tiếp. Cần cho người bệnh biết những điều cần thiết về bệnh tật của họ, song không phải là cho biết tất cả.

– *Hãy chào hỏi một cách tự nhiên, hãy nói câu: "Tôi có thể giúp gì cho bạn" một cách thuận miệng và chân thành. Tâm trạng con người được phản ánh rõ trong ngữ điệu âm thanh và sự biểu cảm của câu chào. Tâm trạng vui vẻ thì ngữ điệu âm thanh sẽ hoạt bát, nhẹ nhàng, thuận tai. Lời chào buổi sáng sẽ thể hiện tâm trạng giao tiếp trong cả ngày hôm đó. Trước khi chào người, nên chào hỏi chính mình để giữ thăng bằng tâm lý. Hãy chúc nhau một ngày mới tốt lành, có một sinh lực dồi dào và làm được nhiều việc thiện.*

– *Hãy kết thúc buổi giao tiếp một cách hợp lý, gây ấn tượng sâu sắc cho người bệnh. Phải tạo được bước tiếp nối cho sự giao tiếp và cả hai phía cần thành tâm hẹn gặp lại nhau.*

3. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý TRONG MỘT SỐ TÌNH HUỐNG GIAO TIẾP CỤ THỂ

– *Không hứa những điều không nên hứa. Trong thực tế, mọi việc đều có thể hứa hẹn, song phải xem có thực hiện được không thì mới hứa. Thầy thuốc nào giữ và thực hiện được lời hứa thì người bệnh mới tín nhiệm. Trong một số trường hợp, không nhất thiết phải làm những việc vượt quá khả năng của mình hoặc làm một cách miễn cưỡng. Bất đắc dĩ lắm mới phải từ chối lời thỉnh cầu của người bệnh, song phải từ chối một cách dứt khoát, ngay từ đầu, bằng cả dũng khí và sự khéo léo. Khi từ chối, cần nói rõ*

lý do và nên giới thiệu một ai đó có khả năng giúp đỡ họ. Gắn đây có xu thế ép người khác chấp nhận lời cam kết hoặc hứa hẹn những điều không thể làm được. Trong những trường hợp này, hoặc là từ chối thẳng, hoặc là tỏ thái độ lãnh đạm: "để tôi cố thử xem". Như vậy vừa không có sự cam kết, vừa không hứa hẹn, song vẫn luôn luôn nhớ việc được nhờ và cố gắng làm tốt trong phạm vi khả năng của mình.

– *Trong giao tiếp, không nên nói xấu người khác*, song nếu biết nói xấu cũng là một tài năng. Nếu nói xấu đồng nghiệp, người bệnh một cách vô trách nhiệm, nói sau lưng thì sẽ rất tệ nhạt và ác ý. Một nguyên tắc quan trọng là phải lấy tình bạn làm cơ sở để quyết định nội dung nói xấu. Trong thực tế, nói xấu bằng tình bạn còn khó hơn là nói những lời tán tụng.

– *Cần xử lý sự phản kháng, chống đối* của người bệnh bằng thái độ bình tĩnh. Tốt nhất là thu hẹp sự chống đối, coi nhau như bạn bè và từ từ cải biến họ. Nên tránh những tranh luận, những chống đối không cần thiết. Nếu người bệnh chống đối một cách có hiểu biết thì thành tâm trao đổi với họ, cùng tìm ra lối thoát. Nếu họ chống đối theo một "âm mưu" nhất định thì cần dừng cảm đối thoại và sớm giải quyết sự đối kháng. Nếu trong tranh luận mình lại có lý thì nên có người làm trọng tài và tranh luận công khai. Nếu bản thân có lỗi, có sai lầm thì nên thành thật nhận lỗi trước, không che giấu, không thanh minh và dốc toàn tâm, toàn lực để sửa chữa.

– *Muốn chỉ trích, oán trách người bệnh*, trước hết phải khen những điểm tốt của họ, phải chỉ cho họ nguyên nhân của lỗi lầm và phải có lòng độ lượng, khoan dung, không chế giễu sai lầm của họ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Khi bị hiểu lầm, cần cùng người bệnh, mặt đối mặt giải quyết, trình bày tường tận sự việc với thái độ hết sức khiêm tốn, không để người thứ ba xen vào. Nếu người bệnh chưa biết nhiều về mình thì không cần vội vàng lý giải, vì họ sẽ cho là mình biện bạch. Song cần giải tỏa sự hiểu lầm, càng sớm càng tốt.

– *Khi phải nghe những lời không muốn nghe, như nói xấu, bôi mớ những chuyện thầm kín của người khác..., thì phải căn cứ vào nhân phẩm, tuổi tác, địa vị của người nói và căn cứ vào hoàn cảnh mà có cách ứng phó thích hợp; tốt nhất là tỏ ra không đồng tình, chỉ tiếp nhận một cách nhẹ nhàng và tìm cách giúp họ giải tỏa ức chế.*

– *Khi phải giao tiếp với những người bệnh chưa cần quen biết, nếu không thật cần thiết thì nên tìm cách khéo léo từ chối, nếu cần phải quan hệ thì cố gắng giữ cự ly hợp lý và từng bước xây dựng mối quan hệ giúp ích về sau.*

– *Khi giao tiếp với người bệnh là người nước ngoài, phải tôn trọng phong tục, tập quán, thói quen, phong cách giao tiếp của mỗi nước, mỗi dân tộc và của mỗi người cụ thể.*

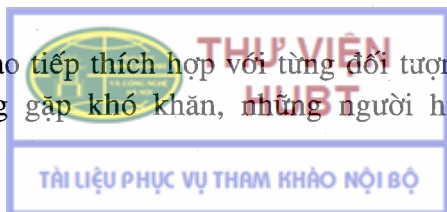
Với người phương Tây, không nên tùy tiện hỏi họ về tuổi tác (nhất là phụ nữ); về tình trạng hôn nhân (đây là việc riêng của mỗi người); về công việc, thu nhập; về tài sản, tư trang và về tín ngưỡng, tôn giáo...

Với người châu Á, khi giao tiếp cần hết sức trân trọng người lớn tuổi, có chức sắc; cần ăn nói từ tốn; cần mời đủ các thành phần đến dự buổi giao tiếp.

Tóm lại, để đạt hiệu quả cao trong giao tiếp với người bệnh, người thầy thuốc cần lưu ý những vấn đề cơ bản sau đây:

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Phải thường xuyên trau dồi đạo đức, nhân cách người thầy thuốc, có lòng nhân đạo cao cả, tinh thông chuyên môn nghiệp vụ và biết cách ứng xử với người bệnh, với đồng nghiệp...
- + Phải biết gợi ý, khuyến khích người bệnh nêu hết ý kiến của mình; tạo bầu không khí tâm lý đoàn kết, thân tình; tránh sự đối đầu, "đôi co"; có thái độ công bằng, trung thực, thẳng thắn, bình tĩnh, không định kiến, không dùng thủ đoạn áp chế người khác...
- + Khéo léo, tế nhị trong ứng xử, nhất là đối với những người bệnh kém ý thức chấp hành chế độ, quy định của bệnh viện, hay chống đối, ngang ngược...
- + Tránh những hành vi, cử chỉ không phù hợp, những lời nói xúc phạm đến người bệnh; không chế giễu khi họ nói sai; biết kiềm chế xúc cảm cá nhân, tạo thái độ cởi mở, tin tưởng người bệnh và luôn giữ nụ cười trên môi.
- + Mục đích gặp gỡ người bệnh phải rõ ràng, trong sáng: nhằm tìm hiểu bệnh tình, kiểm tra, đánh giá tiến độ thực hiện mệnh lệnh, chương trình, kế hoạch điều trị; nhằm tìm hiểu tâm tư, nguyện vọng... của người bệnh.
- + Cần có tác phong quần chúng, đồng cảm, quan tâm đến người bệnh, có thái độ đứng đắn, thân mật, lịch sự, khoan dung, song không suông sã, cợt nhả.
- + Nên tiến hành giao tiếp công khai ở nơi công sở. Không dành sự đối xử đặc biệt với bất cứ người nào, để tránh sự ganh ghét và những dư luận xấu.
- + Cần có cách giao tiếp thích hợp với từng đối tượng, nhất là những người đang gặp khó khăn, những người hay đổ kỵ, bướng bỉnh.



+ Nội dung các bước tiến hành giao tiếp gồm: thừa nhận cuộc giao tiếp (dù biết trước hay bất ngờ); lắng nghe ý kiến của đối phương, không cắt ngang; tìm ra ý chính của chủ đề giao tiếp; xác định những điều hợp lý, không hợp lý, những cái chung để giải quyết; tạo sự đồng tình, gây dựng niềm tin và dư luận ủng hộ; xây dựng mối quan hệ tiếp theo.

+ Những phương pháp giao tiếp thường được sử dụng là: ném đá thăm đường; đối đáp mềm mỏng mà ý tứ sâu xa; mưa dầm thấm đất; biết mười nói một; biết thì thừa thớt, không biết thì dựa cột mà nghe và phương pháp khéo léo chuyển bại thành thắng v.v...

Sử dụng thành thạo các thao tác khám, chữa bệnh; biết tạo sự hợp tác và không khí tâm lý hòa thuận; biết tìm hiểu toàn diện người bệnh; có tình thương yêu rộng lớn và niềm hy vọng tốt đẹp nơi người bệnh...

Bansicov đã cho các thầy thuốc những lời khuyên quý báu khi tiếp xúc với người bệnh: nói chuyện linh hoạt, sát từng người bệnh, hiểu biết tình cảm của người bệnh, giữ lại trong trí nhớ mọi điều nhỏ nhất liên quan tới người bệnh. Chính với gói hành lý này mà thầy thuốc bắt đầu, tiếp tục và kết thúc buổi khám và chữa bệnh của mình.



PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

TÂM LÝ BỆNH HỌC VÀ TÂM LÝ HỌC THẦN KINH

Trong mấy chục năm qua, tâm lý học y học không ngừng phát triển cả về lý thuyết và thực hành. Có nhiều chuyên ngành mới của tâm lý học y học ra đời, trong đó có tâm lý bệnh học (pathopsychology) và tâm lý học thần kinh (neuropsychology).

Tuy còn rất non trẻ, còn nhiều vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu, song cả hai chuyên ngành tâm lý học y học này đều đã có những đóng góp nhất định vào việc giải quyết những vấn đề thực tiễn lâm sàng của bệnh học thần kinh - tâm thần nói riêng, của y học nói chung.

Sau đây chúng tôi xin đề cập đến một số vấn đề cơ bản của hai chuyên ngành tâm lý bệnh học và tâm lý học thần kinh.

1. TÂM LÝ BỆNH HỌC

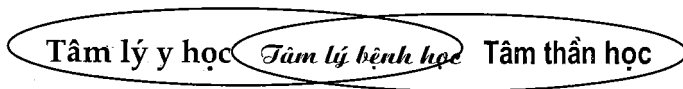
Tâm lý bệnh học là môn khoa học ứng dụng, là chuyên ngành của tâm lý học nói chung và tâm lý học y học nói riêng. Sự ra đời của tâm lý bệnh học nhằm đáp ứng những yêu cầu mà tâm thần học đặt ra cho tâm lý học y học.

Nếu quan niệm tâm lý học y học là khoa học liên ngành giữa tâm lý học và y học, thì cũng có thể coi tâm lý bệnh học là khoa học liên ngành giữa tâm lý học y học và tâm thần học. Mỗi quan

hệ giữa tâm lý bệnh học, tâm lý học y học và tâm thần học được thể hiện trong sơ đồ sau:

Sơ đồ 6.1:

MỐI QUAN HỆ CỦA TÂM LÝ BỆNH HỌC



1.1. Đối tượng, nhiệm vụ của tâm lý bệnh học

1.1.1. Đối tượng của tâm lý bệnh học

Tâm lý bệnh học nghiên cứu những rối loạn quá trình phản ánh hiện thực khách quan do bệnh lý chức năng của não gây ra.

Hay nói một cách cụ thể hơn, tâm lý bệnh học là khoa học nghiên cứu cấu trúc và quy luật của các rối loạn hoạt động tâm lý.

Như vậy nếu tâm lý học đại cương nghiên cứu các hiện tượng tâm lý bình thường, thì tâm lý bệnh học nghiên cứu các hiện tượng tâm lý bệnh lý.

Giữa tâm thần học và tâm lý bệnh học tuy có chung khách thể nghiên cứu là người bệnh tâm thần, song tâm thần học là khoa học nghiên cứu các biểu hiện của bệnh (triệu chứng, hội chứng), nghiên cứu bệnh căn, bệnh sinh cũng như việc tổ chức dự phòng và điều trị các bệnh tâm thần. Tâm thần học là một ngành hẹp của y học. Trong tâm thần học có một chuyên ngành rất hẹp, rất chuyên biệt, đó là bệnh học tâm thần (psychopathology). Chuyên ngành này đi sâu nghiên cứu cơ chế, bệnh căn, bệnh sinh của bệnh tâm thần.

Tâm lý bệnh học là một chuyên ngành hẹp của tâm lý học y học. Nó đi sâu nghiên cứu cấu trúc và cơ chế các rối loạn tâm lý, nhân cách của người bệnh, nhất là của người bệnh tâm thần.

1.1.2. Nhiệm vụ của tâm lý bệnh học

1.1.2.1. Cung cấp cứ liệu chẩn đoán bệnh tâm thần

Chẩn đoán bệnh tâm thần cũng giống như chẩn đoán bệnh nói chung, đều là kết quả tư duy của thầy thuốc, dựa trên các cứ liệu về tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, cận lâm sàng... của người bệnh. Ngày nay, tuy các thầy thuốc tâm thần đã nhận được sự hỗ trợ có hiệu quả của rất nhiều thành tựu khoa học, công nghệ mới, song khi chẩn đoán bệnh họ chủ yếu vẫn phải dựa vào năng lực, kinh nghiệm khám xét lâm sàng. Sở dĩ như vậy là vì chúng ta chưa có được những xét nghiệm cận lâm sàng đặc thù cho từng bệnh tâm thần.

Trông quá trình chẩn đoán bệnh, nhất là trong chẩn đoán phân biệt các bệnh tâm thần với nhau và giữa bệnh tâm thần với bệnh thực thể, kết quả khám xét tâm lý bệnh học có vai trò rất quan trọng, cung cấp những thông tin bổ ích cho người thầy thuốc. Ví dụ, để chẩn đoán phân biệt giữa một quá trình phân liệt khởi phát từ từ, bắt đầu bằng các triệu chứng suy nhược thần kinh với một quá trình rối loạn tâm căn thực sự, phần lớn chúng ta phải dựa vào kết quả thực nghiệm tâm lý bệnh học về nhân cách, về cảm xúc v.v... của người bệnh.

1.1.2.2. Nghiên cứu động thái rối loạn tâm lý trong điều trị

Các kết quả khám xét tâm lý bệnh học ở những thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị sẽ là một trong những cứ liệu

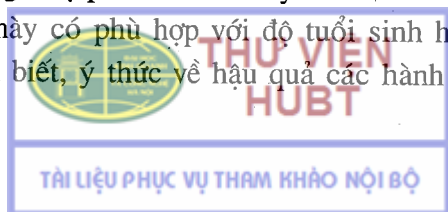
bổ ích, giúp bác sĩ nhận xét, đánh giá về kết quả điều trị người bệnh. Thông thường những kết quả khám xét này được tiến hành nhằm so sánh kết quả điều trị giữa các loại thuốc, giữa các phác đồ, các liệu pháp điều trị khác nhau...

1.1.2.3. Tham gia vào công tác giám định

Giám định tâm thần là công việc phức tạp. Kết quả khám tâm lý bệnh học cung cấp các cứ liệu không những giúp cho việc chẩn đoán xác định bệnh của người được giám định mà còn góp phần đánh giá mức độ giảm sút sức khỏe tâm lý của họ. Kết quả khám này còn là một trong những cơ sở giúp hội đồng giám định đi đến kết luận và đề xuất các biện pháp giải quyết phù hợp với lợi ích của người bệnh, của cộng đồng.

Trong giám định pháp y tâm thần, thực nghiệm tâm lý bệnh học tham gia xác định yếu tố làm tăng hoặc giảm mức độ bệnh tật; phân tích về mặt tâm lý các tư liệu liên quan đến đặc điểm phát triển nhân cách người phạm tội; phân tích những yếu tố tâm lý trong thời điểm phạm tội; và nhất là xác định độ tin cậy pháp y của các lời khai...

Công tác giám định tâm thần đối với trẻ em vị thành niên là một lĩnh vực đặc biệt, cần đến những thực nghiệm tâm lý bệnh học. Trong trường hợp này, thực nghiệm tâm lý bệnh học giúp chúng ta đánh giá sự phát triển tâm lý - nhân cách của trẻ, chỉ rõ sự phát triển này có phù hợp với độ tuổi sinh học hay không, năng lực nhận biết, ý thức về hậu quả các hành vi của trẻ đến đâu v.v...



1.1.2.4. Tham gia vào tâm lý liệu pháp

Tất cả các dạng liệu pháp tâm lý như: liệu pháp tâm lý - xã hội, liệu pháp phục hồi chức năng, tái thích ứng xã hội và các liệu pháp tâm lý chuyên biệt đều cần đến vấn đề về lý luận cũng như thực hành của tâm lý bệnh học.

----- Đối với các liệu pháp tâm lý - xã hội, việc xây dựng, thiết kế các chương trình liệu pháp cần phải dựa vào những khía cạnh tâm lý còn được bảo toàn của người bệnh. Đặc biệt khi triển khai các đề án, chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, chúng ta cần tính đến những đặc điểm tâm lý - xã hội cũng như những đặc điểm về văn hoá, dân tộc... của cả cộng đồng mà trong đó người bệnh là một thành viên.

Với các liệu pháp tâm lý chuyên biệt, kết quả chẩn đoán tâm lý sẽ góp phần lựa chọn và chỉ định sử dụng những liệu pháp tâm lý phù hợp. Các nhà tâm lý học lâm sàng cũng chính là người tiến hành các liệu pháp tâm lý. Trong một số trường hợp, thực nghiệm tâm lý bệnh học được sử dụng như là một liệu pháp tâm lý. Nhiệm vụ của liệu pháp tâm lý loại này là làm cho người bệnh thấy rõ mặt mạnh trong sức khỏe của mình hoặc làm cho họ thấy sức khỏe không tồi tệ đến mức như họ tưởng. Từ đó, nhà tâm lý liệu pháp chỉ cho người bệnh thấy rõ tiềm năng của họ và phương pháp phát huy tiềm năng này để chống lại bệnh tật.

1.1.2.5. Thực hiện công tác tư vấn tâm lý

Tư vấn tâm lý là một lĩnh vực phức tạp, bao gồm tư vấn về nghề nghiệp, về hôn nhân - gia đình, về nghỉ ngơi, giải trí... Tâm lý học lâm sàng có nhiệm vụ tư vấn những vấn đề có liên quan

đến stress và vệ sinh tâm lý, giữ gìn sức khỏe và phòng bệnh tâm thần v.v...

Ngoài ra, các nhà tâm lý học y học còn phải tham gia vào các chương trình y tế - xã hội của cộng đồng như phòng chống các tệ nạn xã hội (chống nghiện ma túy, mại dâm, chống lạm dụng rượu, phòng tránh lây nhiễm HIV...) và phòng chống những bệnh có nguyên nhân từ môi trường như bệnh bướu cổ, bệnh suy dinh dưỡng và các bệnh nghề nghiệp...

1.2. Các phương pháp đặc trưng của tâm lý bệnh học

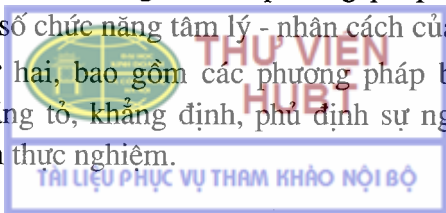
Tâm lý bệnh học sử dụng phương pháp chung của tâm lý học và tâm lý học y học. Song trong tâm lý bệnh học, phương pháp chung này mang tính đặc thù của những nghiên cứu bệnh học lâm sàng.

Phương pháp nghiên cứu chủ yếu của tâm lý bệnh học là thực nghiệm. Nói như vậy cũng không có nghĩa là tâm lý bệnh học không tính đến các phương pháp khác như phương pháp trắc nghiệm. Thực tế là, mỗi trắc nghiệm trong tâm lý bệnh học hoặc là được sử dụng dưới dạng test thuần túy hoặc là được dùng như một bài tập thực nghiệm.

Chúng ta có thể chia các phương pháp nghiên cứu tâm lý bệnh học thành hai nhóm chủ yếu: nhóm các phương pháp cơ bản và nhóm các phương pháp bổ trợ.

Nhóm thứ nhất bao gồm các phương pháp nhằm khảo sát một hoặc một số chức năng tâm lý - nhân cách của người bệnh.

Nhóm thứ hai, bao gồm các phương pháp bổ trợ mà mục đích là làm sáng tỏ, khẳng định, phủ định sự nghi ngờ nào đó trong quá trình thực nghiệm.



Những phương pháp hỗ trợ có khi còn được sử dụng để lựa chọn một cách tối ưu các phương pháp cơ bản. Chính vì vậy mà phương pháp bổ trợ còn được gọi là nhóm các phương pháp định hướng.

1.2.1. Nhóm các phương pháp cơ bản trong tâm lý bệnh học

Ngoài những phương pháp giới thiệu trong phần chẩn đoán tâm lý lâm sàng, ở đây chúng tôi đề cập một số phương pháp thông thường trong tâm lý bệnh học.

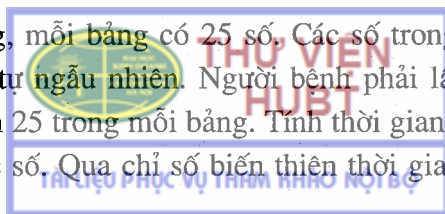
1.2.1.1. Các phương pháp khảo sát chú ý

a. Bảng Bourdon

Đây là bảng in sẵn, gồm 8 loại chữ cái, sắp xếp không theo một quy luật cụ thể. Mỗi bảng có 50 dòng, mỗi dòng có 40 chữ. Thực nghiệm yêu cầu người bệnh đánh dấu lần lượt một số chữ cái theo qui định, trong thời gian là 10 phút. Ví dụ: yêu cầu người bệnh khoanh tròn những chữ A, gạch chân những chữ C và gạch chéo những chữ K... Kết quả thử nghiệm được xử lý theo hai chỉ số chính là độ chính xác và năng suất làm việc. Phân tích hai chỉ số này qua từng phút để đánh giá khả năng phân bố, sự di chuyển và độ tập trung của chú ý... Thử nghiệm cũng có thể được sử dụng để đánh giá khả năng hoạt động trí tuệ của người bệnh.

b. Bảng số Schulte

Có 5 loại bảng, mỗi bảng có 25 số. Các số trong bảng sắp xếp theo một trật tự ngẫu nhiên. Người bệnh phải lần lượt tìm đọc các số từ 1 đến 25 trong mỗi bảng. Tính thời gian trung bình (bằng sec) đọc các số. Qua chỉ số biến thiên thời gian đọc từng



nhóm 5 số trong mỗi bảng; qua so sánh thời gian đọc trung bình giữa các bảng..., chúng ta biết được khối lượng và sự di chuyển chú ý đơn giản... của người bệnh.

Còn có một loại bảng số nữa, gồm 49 số (có 25 chữ số màu đen - từ 1 đến 25 và 24 chữ số màu đỏ - từ 24 đến 1). Thực nghiệm yêu cầu người bệnh đọc theo cách: cứ một số màu đen lại xen kẽ một số màu đỏ (các số màu đen đọc từ 1 đến 25 và các số màu đỏ đọc từ 24 đến 1).

Việc xử lý kết quả tiến hành tương tự bảng 25 số: tính thời gian trung bình đọc mỗi bảng (3 bảng) và so sánh với thời gian đọc từng bảng để tìm ra chỉ số di chuyển chú ý của người bệnh.

c. Bảng tính Kraepelin

Bảng gồm 8 dãy phép tính cộng, mỗi dãy gồm 2 số, xếp trên và dưới nhau.

Người bệnh tiến hành cộng số trên với số dưới của phép tính. Chỉ ghi số chữ số hàng đơn vị của tổng vừa cộng được vào tiếp ngay dưới phép cộng. Các dãy phép tính sau cũng tiến hành tương tự như dãy trước cho đến hết thời gian 15 sec.

Kết quả được xử lý bằng cách: tính số phép tính làm đúng và sai trong từng dãy; lập đồ thị (trục tung chỉ số phép tính làm đúng của từng dãy, trục hoành là số thứ tự của 8 dãy số). Qua sơ đồ cho phép nhận xét về độ bền chú ý của người bệnh.

Ngoài ra còn có loại bảng tính Kraepelin cải tiến (gồm 8 dãy số cũ của Kraepelin và thêm 8 dãy số mới; xen kẽ giữa dãy phép tính cộng là dãy phép tính trừ). Thời gian thực hiện phép tính là 15 sec hoặc 30 sec, tùy cách làm.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2.1.2. Phương pháp khảo sát trí nhớ

a. Học thuộc 10 từ

Sau khi nghe đọc 10 danh từ thông dụng (các từ không gắn với nhau về nghĩa và âm điệu), người bệnh có nhiệm vụ nhắc lại những từ đã nhớ được. Bài tập có thể thực hiện từ 5 đến 10 lần. Kết quả của thử nghiệm có thể giúp cho việc nhận xét về khối lượng ghi nhớ trực tiếp, ngắn hạn, cũng như đường cong học thuộc của người bệnh.

b. Nhớ bảng số

Sau 20 sec quan sát một bảng số, người bệnh phải tái hiện 12 số trong bảng đó (mỗi số có 2 chữ số).

c. Trắc nghiệm trí nhớ Wechsler

Trắc nghiệm gồm 7 tiểu tiết:

- Thông tin về cá nhân - xã hội: gồm 6 câu hỏi để đánh giá sự hiểu biết chung.
- Sự định hướng: gồm 6 câu hỏi định hướng về không gian, thời gian.
- Kiểm định tâm lý: gồm 2 bài tập đếm số (đếm ngược từ 20 đến 1; đếm cách 3 từ 1 đến 40) và bài tập nhớ lại bảng chữ cái.
- Trí nhớ lô gíc: nhớ lại hai câu chuyện, mỗi câu chuyện có 23 ý.
- Nhớ dãy số: gồm việc nhắc lại thuận chiều và ngược chiều các dãy số.
- Tái hiện thị giác: vẽ lại 4 hình vẽ sau khi được nhìn chúng.
- Trí nhớ liên tưởng: nhớ lại 10 cặp từ, trong đó có 6 cặp dễ và 4 cặp khó liên tưởng với nhau.

Kết quả nhớ của người bệnh trong từng tiểu tiết được tính thành điểm. Từ điểm thô đem quy thành điểm chuẩn (qua đối

chiếu với bảng điều chỉnh theo lứa tuổi). Dùng điểm chuẩn để tra bảng và tìm ra chỉ số trí nhớ (MQ) của người bệnh. MQ của người bệnh trong test Wechsler tương quan thuận với IQ của họ.

1.2.1.3. Phương pháp nghiên cứu tư duy

a. Pictogram

Phương pháp được tiến hành dưới dạng bài tập trí nhớ gián tiếp. Người bệnh bằng cách vẽ những hình vẽ để nhớ các từ. Có thể đánh giá các thao tác tư duy trên cơ sở nội dung hình vẽ và nội dung lời giải thích của người bệnh.

b. Phân nhóm đồ vật

Có một bộ tranh về các vật khác nhau. Yêu cầu người bệnh phân chia các tranh thành từng nhóm theo ý của mình. Có thể dựa trên những dấu hiệu dùng để phân nhóm các tranh cũng như lời giải thích của người bệnh để phân tích quá trình tư duy của họ.

c. So sánh khái niệm

Người bệnh phải so sánh những cặp từ (bao gồm một số cặp dễ so sánh và một số cặp không so sánh được). Có thể phân tích các thao tác tư duy của người bệnh trên cơ sở những dấu hiệu mà họ đã dùng làm tiêu chuẩn để so sánh.

d. Loại trừ đối tượng

Người bệnh được xem 12 bức tranh, mỗi tranh có hình của 4 vật. Yêu cầu họ chỉ rõ 3 đồ vật thuộc cùng một nhóm và những đồ vật khác không nằm trong nhóm đó, cùng với những lời giải thích tại sao lại phân nhóm như vậy. Căn cứ vào các dấu hiệu phân nhóm (gọi tên nhóm) và các dấu hiệu loại trừ vật khỏi nhóm mà người bệnh dựa vào để đánh giá tư duy khái quát hay chi tiết của họ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2.1.4. Phương pháp khảo sát trí tuệ và khảo sát nhân cách

Hai phương pháp này được trình bày cụ thể trong chương chẩn đoán tâm lý lâm sàng.

1.2.2. Nhóm các phương pháp bổ trợ

1.2.2.1. Phương pháp trò chuyện

Các bước của phương pháp này như sau:

a. Trước khi tiến hành thực nghiệm

Trò chuyện không chỉ đơn thuần là tạo dựng sự hợp tác, tin tưởng nơi người bệnh mà còn nhằm đối chiếu, so sánh thái độ, sự mô tả của họ về tình trạng sức khỏe với các cứ liệu có trong bệnh án.

b. Trong quá trình thực nghiệm

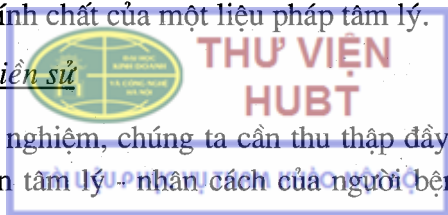
Vì điểm cốt lõi của thực nghiệm là sự tác động qua lại giữa người hướng dẫn và người bệnh nên mỗi lời nói, mỗi câu hỏi của nhà nghiên cứu đều phải được lựa chọn, cân nhắc chu đáo để đạt được hiệu quả tối đa.

c. Sau thực nghiệm

Có những chi tiết vì lý do nào đó mà trong quá trình thực nghiệm chưa được làm sáng tỏ, thì ngay sau đó cần phải sử dụng phương pháp trò chuyện để giải quyết. Ngoài ra, trò chuyện còn giúp đánh giá thái độ của người bệnh đối với từng bài tập, cũng như đối với toàn bộ buổi thực nghiệm. Cùng với thực nghiệm, trò chuyện còn mang tính chất của một liệu pháp tâm lý.

1.2.2.2. Phân tích tiền sử

Trước khi thực nghiệm, chúng ta cần thu thập đầy đủ các cứ liệu về sự phát triển tâm lý - nhân cách của người bệnh qua các



thời kỳ, đặc biệt là những thời kỳ trước và sau khi bị bệnh. Những cứ liệu này có thể được chất lọc qua lời kể của người nhà, người hộ tống, qua bệnh án và qua tự truyện của người bệnh v.v...

1.2.2.3. Phân tích sản phẩm hoạt động

Sản phẩm hoạt động của bất kỳ người nào cũng đều mang dấu ấn của họ với tư cách là chủ thể hoạt động. Sản phẩm hoạt động, đặc biệt là những sản phẩm của ngôn ngữ viết như nhật ký, thư từ, làm thơ v.v... sẽ cung cấp cho chúng ta rất nhiều thông tin về tư duy, cảm xúc... của người bệnh. Phân tích sản phẩm hoạt động là chúng ta tìm hiểu tính cách, năng lực, tình cảm... mà người bệnh gửi gắm trong đó.

1.3. Một số rối loạn nhận thức

1.3.1. Rối loạn trí nhớ

1.3.1.1. Rối loạn quá trình ghi nhớ

Loại rối loạn ghi nhớ thường gặp là giảm sút khối lượng ghi nhớ. Trong lâm sàng, nhiều khi chúng ta sử dụng tiêu chí về khối lượng ghi nhớ để đánh giá mức độ rối loạn toàn bộ trí nhớ của người bệnh.

– Với những người bệnh có tổn thương thực thể não, khối lượng ghi nhớ trực tiếp, máy móc bị giảm sút mạnh hơn so với trí nhớ lô gíc, gián tiếp. Ví dụ trong bài tập nhớ bảng số, ở nhóm người bệnh, khối lượng ghi nhớ chỉ dao động từ 4 đến 5 số; trong khi đó, ở người bình thường, họ có thể nhớ được 7 số. Tình trạng ghi nhớ được cải thiện hơn nếu người bệnh thực hiện bài tập nhớ gián tiếp (nghĩa là phương tiện ghi nhớ có ảnh hưởng nhất định đến kết quả thực hiện các thao tác ghi nhớ).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Ở những người bệnh tâm thần phân liệt, tình hình dường như ngược lại, nếu khối lượng ghi nhớ trực tiếp, máy móc hầu như không có biểu hiện giảm sút, thì các phương tiện ghi nhớ hoặc cấu trúc lô gíc của tài liệu nhớ lại cản trở sự ghi nhớ của họ.

1.3.1.2. Rối loạn động thái trí nhớ

Rối loạn động thái trí nhớ được biểu hiện qua đồ thị đường cong học thuộc. Ví dụ, trong bài tập học thuộc 10 từ, với người bình thường, lần đầu có thể nhớ được 6 - 7 từ và sau lần thứ ba trở đi, họ có thể nhớ được 9 - 10 từ.

Ở người bệnh tâm thần, biến đổi động thái trí nhớ có thể diễn ra theo các dạng sau:

– Đường nằm ngang, ví dụ số lượng các từ nhớ được là: 5 - 6 - 5 - 6 - 6 - 5 - 5.

Dạng đường này thường gặp ở người bệnh tâm thần phân liệt hoặc động kinh tâm thần trong giai đoạn sa sút. Đôi khi dạng đường này cũng có thể gặp ở người bệnh chậm phát triển trí tuệ mức độ vừa và nặng.

– Đường đi lên từ từ, ví dụ: 4 - 4 - 5 - 5 - 7 - 8 - 7.

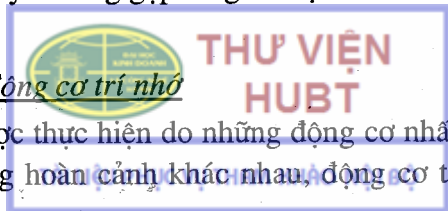
Dạng đường này thường gặp ở người mắc bệnh tâm căn hoặc bệnh chậm phát triển trí tuệ mức độ nhẹ.

– Đường gập khúc, ví dụ như: 4 - 6 - 7 - 8 - 8 - 5 - 4 - 7 - 8...

Dạng đường này thường gặp ở người bệnh có các tổn thương về mạch máu não.

1.3.1.3. Rối loạn động cơ trí nhớ

Sự ghi nhớ được thực hiện do những động cơ nhất định thúc đẩy. Trong những hoàn cảnh khác nhau, động cơ tác động sẽ



tạo ra các hiệu quả nhớ khác nhau.

Theo B. V. Zeigarnic (1927), trong điều kiện bình thường, những hành động chưa hoàn thành sẽ được ghi nhớ tốt hơn so với hành động đã hoàn thành (theo tỉ lệ 1/1,9). Tuy nhiên, nếu khách thể nghiên cứu mệt mỏi, không có hứng thú, không muốn "tự chứng tỏ mình", thì tỉ lệ trên xấp xỉ bằng 1. Như vậy, với động cơ khác nhau thì hiệu ứng Zeigarnic cũng khác nhau.

Trong lâm sàng tâm thần, hiệu ứng này được thể hiện như sau:

Ở người bệnh tâm thần phân liệt (thể giản đơn): 1,1.

Ở người bệnh động kinh tâm thần là: 1,8.

Ở người có hội chứng suy nhược là: 1,2.

1.3.2. Rối loạn tư duy

1.3.2.1. Rối loạn thao tác tư duy

Tư duy là một hoạt động, được diễn ra thông qua một loạt các thao tác: so sánh, phân tích, tổng hợp, khái quát hóa v.v... Trong điều kiện bệnh lý, rối loạn thao tác tư duy có thể được biểu hiện dưới hai dạng chính sau đây:

a. Giảm sút khái quát

Sự giảm sút khái quát thể hiện ở chỗ người bệnh không thực hiện được, hoặc thực hiện rất khó khăn những thao tác tư duy đòi hỏi mức độ khái quát hóa, trừu tượng hóa cao, mà trước khi bị bệnh (hoặc ở người bình thường, có cùng độ tuổi và trình độ văn hóa) họ thực hiện một cách dễ dàng.

Ví dụ, với bài tập so sánh khái niệm, người bệnh chỉ có thể liệt kê được những dấu hiệu mang tính chi tiết - cụ thể. Khi gặp

những cặp từ khái quát cao (ví dụ cặp từ khen thưởng - kỷ luật). người bệnh không thể so sánh được. Với bài tập phân nhóm đồ vật hay loại trừ đối tượng, người bệnh thường sử dụng dấu hiệu hoàn cảnh - cụ thể. Với bài tập pictogram, người bệnh thường từ chối không thực hiện, hoặc thực hiện rất khó khăn khi gặp từ trừu tượng...

Những biểu hiện giảm sút khái quát thường gặp ở người bệnh động kinh, người chậm phát triển trí tuệ.

b. Sai lệch khái quát

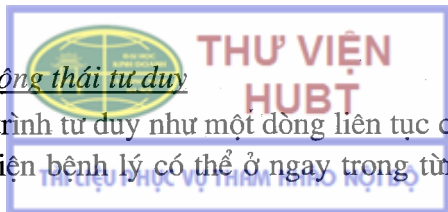
Sự sai lệch khái quát (hay khái quát giả), thể hiện ở chỗ, nếu chỉ xét về mặt lô gíc hình thức, dường như người bệnh vẫn thực hiện được các thao tác tư duy trừu tượng, nhưng xét trong hoàn cảnh thực tế thì khả năng thực hiện dạng tư duy này của họ bị lệch lạc rất rõ ràng.

Ví dụ: người bệnh cho rằng ủng và bút chì cùng giống nhau ở chỗ đều có dấu vết, ủng đi để lại dấu, bút chì viết cũng để lại dấu vết; hoặc trong bức tranh gồm: cái cân, nhiệt kế, đồng hồ và cái kính, người bệnh cho rằng chẳng có cái gì thừa, bởi lẽ tất cả đều dùng để đo.

Sai lệch khái quát là dạng rối loạn tư duy khá điển hình ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Iu. F. Poliacov cho rằng, người bệnh này dễ dàng huy động các dấu hiệu thứ yếu, dấu hiệu ngẫu nhiên, không điển hình của sự vật hiện tượng nên dẫn đến tư duy sai lầm.

1.3.2.2. Rối loạn đồng thái tư duy

Có thể ví quá trình tư duy như một dòng liên tục các thao tác khác nhau. Biểu hiện bệnh lý có thể ở ngay trong từng thao tác



và cũng có thể xuất hiện ở nhiều thao tác cùng một lúc.

a. Tư duy không ổn định

Người bệnh không duy trì liên tục phương thức đúng đắn giải quyết các nhiệm vụ, các bài tập. Tuy ở họ không có dấu hiệu giảm sút khái quát (vẫn thực hiện được những thao tác trừu tượng hóa), song phương thức khái quát hóa, trừu tượng hóa này rất nhanh chóng được thay thế bằng tư duy cụ thể hoặc tư duy hoàn cảnh - cụ thể.

Ở một mức độ xấu hơn, mối liên hệ lô gíc có thể bị thay thế bởi sự kết hợp ngẫu nhiên. Ví dụ, trong khi đang thực hiện đúng bài tập phân nhóm đồ vật, người bệnh lại tạo ra nhóm với lý do chủ yếu là chúng đang ở gần nhau. Tuy nhiên những lỗi như vậy người bệnh dễ dàng nhận ra và tự mình điều chỉnh được.

Mức độ nặng nhất của tư duy không ổn định là động thái tư duy mang tính phân tán rõ rệt. Người bệnh không những không duy trì được cách thức thực hiện bài tập như ban đầu mà nhanh chóng chuyển tư duy sang một hướng khác, dưới tác động của một kích thích mới (một từ mới, bức tranh mới, câu chuyện bên ngoài...). Thậm chí từ một chi tiết nào đó mới xuất hiện trong câu chuyện, người bệnh chuyển ngay thành một kích thích mới, một chủ đề mới để tư duy.

b. Tư duy ỳ trệ

Tư duy ỳ trệ là đối cực của tư duy không ổn định.

Tính ỳ của tư duy thể hiện ở chỗ, một khi người bệnh đã bắt đầu giải quyết bài tập thì cách tư duy ban đầu rất khó bị thay đổi và nhịp độ các thao tác tư duy cũng diễn ra một cách chậm chạp.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Những hiện tượng trì trệ tư duy như vậy thường gặp ở người bệnh động kinh có biểu hiện sa sút trí tuệ và ở người bệnh chậm phát triển trí tuệ mức độ vừa và nặng. Người bệnh đôi khi vẫn làm được các công việc, song trình độ chuyên môn đã bị giảm sút nghiêm trọng. Họ chỉ có thể thực hiện được những công việc không đòi hỏi phải sử dụng kiến thức mới hoặc những công việc không phức tạp.

Có một loạt các phương pháp để khảo sát hiện tượng ỳ trệ tư duy. Ví dụ, bằng phương pháp pictogram, ngoài việc đánh giá giảm sút tư duy khái quát, chúng ta còn phát hiện thấy người bệnh thực hiện các bài tập hết sức chậm chạp. Phải có sự hối thúc của người hướng dẫn, họ mới có thể chuyển sang thực hiện vẽ các hình khác. Thậm chí trong quá trình vẽ hình mới, người bệnh còn quay lại bổ sung một số chi tiết vào hình cũ...

1.4. Hiện tượng tâm lý bệnh học ở người bệnh tâm thần

1.4.1. Người bệnh tâm thần phân liệt

1.4.1.1. Về trí nhớ

Thông thường, trí nhớ của người bệnh tâm thần phân liệt không bị rối loạn, thậm chí có trường hợp lại tăng khối lượng nhớ. Song nếu xem xét toàn diện, chúng ta thấy hoạt động nhớ của người bệnh có những biến đổi nhất định:

Trí nhớ máy móc và trí nhớ trực tiếp còn được bảo toàn; song trí nhớ ý nghĩa và trí nhớ gián tiếp bị suy giảm. Trong nhớ 10 từ, đường cong học thuộc giống như ở người bình thường (sau lần thứ ba, người bệnh vẫn nhớ được 9 - 10 từ). Trong trắc nghiệm pictogram, sau 1 giờ người bệnh nhớ được 7 đến 10 từ (trong số 16 từ).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Người bệnh bị giảm sút trí nhớ là do hậu quả của giảm sút lĩnh vực động cơ - ý chí. Đường cong học thuộc 10 từ có dạng phẳng, dao động trong khoảng 5 đến 7 từ. Nhớ dãy số duy trì ở mức 5 - 7 số. Kết quả nhớ trong pictogram cũng giảm. Hình như người bệnh không cố gắng hết mình để làm bài tập. Mọi gợi ý của người tiến hành trắc nghiệm đều không có hiệu quả.

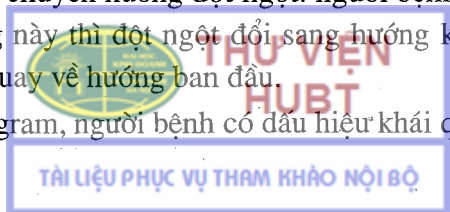
1.4.1.2. Về tư duy

Một trong những nét điển hình của người bệnh tâm thần phân liệt là rối loạn tư duy. Các trắc nghiệm tâm lý bệnh học cho phép xác định rối loạn các thao tác và động thái hoạt động tư duy của họ.

- Sự rối loạn động thái tư duy thường biểu hiện như sau:
- + Các thao tác liên kết với nhau theo nguyên tắc "bắc cầu", mất tính hướng mục đích. Do tính "bắc cầu" mà trong pictogram, hình vẽ cuối cùng không còn liên hệ chặt chẽ với nội dung khái niệm cần nhớ.
- + Các thao tác định hình: người bệnh dùng 1 hoặc một loạt hình vẽ để nhớ nhiều từ khác nhau với những nội dung lời giải thích khác nhau.

Chính do nguyên nhân trên mà kết quả nhớ của người bệnh bị giảm sút.

- + Các thao tác chuyển hướng đột ngột: người bệnh đang giải bài tập theo hướng này thì đột ngột đổi sang hướng khác, thậm chí cuối cùng lại quay về hướng ban đầu.
- Trong pictogram, người bệnh có dấu hiệu khái quát giả.



1.4.1.3. Về nhân cách

- Trong trắc nghiệm MMPI: nhóm thang loạn thần (Pt, Sc, Ma) thường tăng cao, tạo thành đỉnh nhọn. Có trường hợp thang K cũng tăng cao.
- Trong trắc nghiệm TAT: câu chuyện của người bệnh thường mang tính trừu tượng hình thức, thoát ly thực tế, các nhân vật nghèo nàn về cảm xúc. Nội dung câu chuyện cũng thay đổi theo chiều hướng xấu đi theo thời gian. Lúc đầu là những câu chuyện hoàn toàn cụ thể, tiếp đến là những câu chuyện hỗn độn và cuối cùng là những câu chuyện chẳng ăn nhập vào nhau, không có nội dung, mất tính lô gíc và không có mối liên hệ nhân quả.
- Trong trắc nghiệm Rorschach: người bệnh có số lượng lớn các câu trả lời dưới mức trung bình; từ chối trả lời hình V (là hình mà người bình thường trả lời dễ dàng - hình con bướm, con chim); hay sử dụng hình học hoặc số học để trả lời; giảm chú ý về hình thể; phản ứng cảm xúc nghèo nàn; giảm vận động; có nhiều câu trả lời kỳ dị, nguyên sơ và nội dung mang tính định hình...

1.4.2. Người bệnh động kinh tâm thần

1.4.2.1. Về trí nhớ và chú ý

Đa số người bệnh có biểu hiện giảm sút trí nhớ. Đường cong học thuộc 10 từ có dạng phẳng, thấp (không vượt quá 7 từ), nhớ dãy số cũng thấp (không nhiều hơn 7 số). Khối lượng ghi nhớ gián tiếp (theo pictogram) cũng giảm sút.

Sự di chuyển chú ý chậm chạp: người bệnh đọc bảng Schulte

mất từ 1 đến 3 phút, thậm chí có trường hợp đọc kéo dài tới 7 phút. Chỉ số năng suất, độ chính xác khi thực hiện bảng Bourdon cũng thấp.

Những hiện tượng này là hệ quả của sự ỳ trệ tâm lý, giảm sút tính khái quát của tư duy (suy giảm khả năng lao động trí tuệ).

1.4.2.2. Về tư duy, trí tuệ

– Người bệnh giảm sút tư duy khái quát và trừu tượng, bị sa đà vào các chi tiết, hoàn cảnh cụ thể.

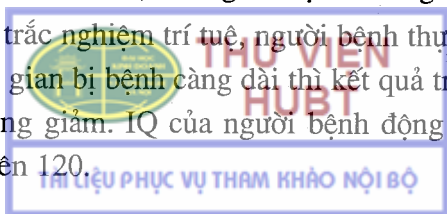
Trong pictogram, người bệnh vẽ được các hình vẽ khái niệm cụ thể (như "bữa cơm ngon"), song lại từ chối không vẽ (do không tìm được hình gì để biểu thị) các khái niệm trừu tượng.

Các hình vẽ của họ thường mang tính chi tiết, cụ thể. Nét đặc trưng trong kết quả pictogram của người bệnh động kinh tâm thần là hình vẽ lặp đi lặp lại, mang tính định hình. Đây là hệ quả của sự ỳ trệ trong tư duy.

Trong trắc nghiệm phân nhóm, người bệnh thường tạo ra nhóm chi tiết, căn cứ vào hoàn cảnh chứ không căn cứ vào dấu hiệu đặc trưng.

Trong so sánh khái niệm, người bệnh dựa vào những đặc điểm cụ thể của sự vật, hiện tượng và khi gặp khái niệm khó so sánh (như "đôi" và "khát") thì người bệnh không so sánh được.

– Đối với các trắc nghiệm trí tuệ, người bệnh thực hiện đạt hiệu quả thấp. Thời gian bị bệnh càng dài thì kết quả trắc nghiệm của người bệnh càng giảm. IQ của người bệnh động kinh tâm thần rất ít khi đạt trên 120.



1.4.2.3. Về nhân cách

– Trong trắc nghiệm MMPI: đa số người bệnh có thang loạn tâm thần tăng cao; một số trường hợp khác lại có thang loạn thần kinh tăng cao (như trường hợp bệnh mới mắc, hoặc bệnh đã ổn định; người bệnh vẫn còn khả năng phê phán về sức khỏe và bệnh tật). Đôi khi chúng ta gặp trường hợp cả hai thang bệnh lý này đều tăng cao.

– Trong trắc nghiệm Rorschach: người bệnh gia tăng số lượng các câu trả lời trung bình và thời gian trả lời bị kéo dài; giảm số lượng các câu trả lời về hình thái; có hiện tượng lặp đi lặp lại v.v...

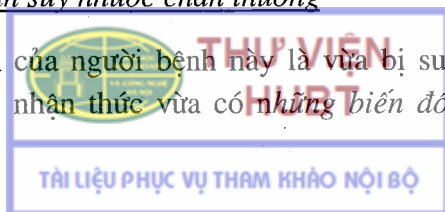
Bảng trắc nghiệm Rorschach, có thể phân biệt được giữa bệnh động kinh mất trí và động kinh triệu chứng. Người bệnh động kinh mất trí thường có các hiện tượng như tư duy bầy nhầy, tư duy bịa, quá chú ý đến chi tiết, có xu hướng mô tả..., mà những dấu hiệu này ở người bệnh động kinh triệu chứng thường không có.

1.4.3. Người bệnh loạn thần sau chấn thương

Trong lâm sàng, loại bệnh này bao gồm bốn thể: suy nhược chấn thương; suy não chấn thương; động kinh chấn thương và mất trí chấn thương. Các trắc nghiệm tâm lý bệnh học thường tập trung nghiên cứu hai loại loạn thần sau chấn thương sau đây:

1.4.3.1. Người bệnh suy nhược chấn thương

Nét điển hình của người bệnh này là vừa bị suy giảm các chức năng tâm lý nhận thức vừa có những biến đổi phản ứng cảm xúc.



– *Về trí nhớ và chú ý*

Đường cong học thuộc 10 từ có thể tăng cao dần ở những lần sau hoặc tăng cao từ lần thứ 4 đến thứ 6, sau đó lại giảm dần. Nhìn chung, khối lượng trí nhớ giảm, khả năng học thuộc chậm. Song cũng có khi khối lượng trí nhớ gián tiếp (như trong pictogram) lại đạt ở mức cao.

Những người bệnh nhẹ, có thể đọc bảng Schulte trong thời gian dưới 1 phút. Trái lại, ở người bệnh nặng, các bảng sau họ đọc mất nhiều thời gian hơn. Khi đọc bảng Bourdon, người bệnh có hiện tượng giảm độ chính xác và giảm năng suất ở những phút cuối. Người bệnh thường phàn nàn về khả năng làm việc bị giảm sút, nhanh chóng mệt mỏi và hay bị đau đầu, mất ngủ...

– *Về tư duy và trí tuệ.*

Người bệnh giảm sút tư duy khái quát ở mức độ nhẹ. Đôi khi tư duy của họ mang màu sắc xúc cảm rõ rệt và thường gắn với cái tôi...

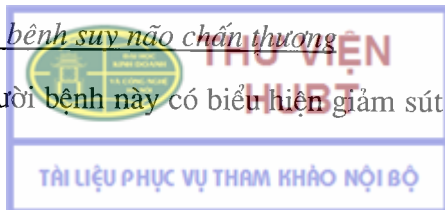
Người bệnh thực hiện các bài tập trí tuệ đạt kết quả thấp do khả năng sử dụng thao tác trí tuệ ở phần cuối bài tập của họ bị giảm sút. Thông thường, thời gian làm bài tập trí tuệ mất trên 30 phút, nên người bệnh không đủ kiên nhẫn để thực hiện bài khó hoặc những bài tập ở phần cuối trắc nghiệm.

– *Về nhân cách*

Trong thiết đồ nhân cách MMPI, chủ yếu thang loạn thần tăng cao, song đôi khi chúng ta còn gặp một số dạng kết quả khác.

1.4.3.2. Người bệnh suy não chấn thương

Những người bệnh này có biểu hiện giảm sút rõ rệt các chức năng tâm lý.



– *Về trí nhớ và chú ý*

Khối lượng nhớ từ và số của người bệnh đều giảm. Đường cong học thuộc có dạng gấp khúc hoặc chỉ tăng chút ít ở lần thứ 3, thứ 4, sau đó lại giảm dần.

Các chỉ số về chú ý như di chuyển chú ý (đọc bảng Schulte), độ chính xác và năng suất chú ý (đọc bảng Bourdon) đều giảm.

– *Tư duy và trí tuệ*

Người bệnh rất khó thực hiện thao tác tư duy trừu tượng do dấu hiệu hoàn cảnh - cụ thể chiếm ưu thế. Trong thực hiện bài tập trí tuệ, tư duy, người bệnh có các hiện tượng sau:

+ Giảm khả năng phê phán (những sai sót về trí nhớ, chú ý không làm người bệnh phiền lòng); có nhiều liên tưởng, giải thích thoát ly thực tế; hiệu quả làm việc không cao và người bệnh dễ từ chối công việc.

+ Có dấu hiệu khái quát giả, giảm tính phê phán, ít có phản ứng xúc cảm.

– *Nhân cách của người bệnh*

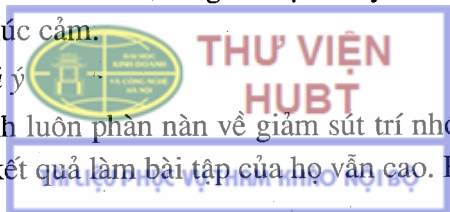
Trong trắc nghiệm MMPI, chúng ta thấy người bệnh có xu hướng tăng cao nhóm thang loạn thần, kết hợp với tăng rất cao thang K.

1.4.4. Người mắc bệnh tâm căn

Nét điển hình nhất của nhóm người bệnh này là tâm lý bị chi phối bởi màu sắc xúc cảm.

– *Về trí nhớ, chú ý*

Tuy người bệnh luôn phàn nàn về giảm sút trí nhớ và chú ý, song trên thực tế, kết quả làm bài tập của họ vẫn cao. Khối lượng



trí nhớ, đường cong học thuộc trong giới hạn bình thường. Người bệnh đọc bảng Schulte nhanh và thực hiện bằng Bourdon có hiệu quả.

– *Về tư duy*

Người bệnh làm được phần lớn các bài tập phù hợp với lứa tuổi, trình độ... Những bài làm đạt kết quả thấp, thường là do bị phản ứng xúc cảm chi phối. Trong pictogram, những từ giàu cảm xúc được người bệnh nêu thành câu chuyện nhỏ, có nhiều liên tưởng, cảm xúc; hình vẽ có nhiều hình tượng và màu sắc (thường sử dụng các gam màu tương phản).

– *Về nhân cách*

+ Trong trắc nghiệm MMPI, thang loạn thần kinh tăng cao. Trong trắc nghiệm TAT, các nhân vật trong câu chuyện giàu cảm xúc, tăng tính xung đột. Trong nhiều trường hợp, các stress được người bệnh gán cho nhân vật một cách vô thức.

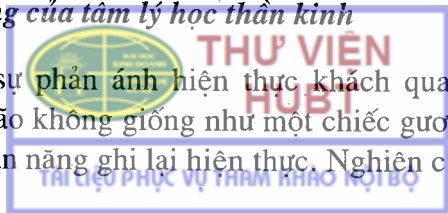
+ Trong trắc nghiệm Rorschach, người bệnh thường bị “sốc cảm xúc” đối với những hình có màu sắc, kể cả hình có màu đen - xám.

2. TÂM LÝ HỌC THẦN KINH

2.1. Đối tượng và nhiệm vụ nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng của tâm lý học thần kinh

Tâm lý là sự phản ánh hiện thực khách quan của não. Lẽ đương nhiên não không giống như một chiếc gương soi hay một cái máy ảnh vạn năng ghi lại hiện thực. Nghiên cứu các qui luật



phản ánh hiện thực khách quan của não là mối quan tâm của nhiều ngành khoa học như sinh lý học thần kinh, thần kinh học, điều khiển học, tâm lý học v.v...

Tâm lý học tiếp cận các quy luật hoạt động của não từ góc độ là cơ quan của tâm lý, do vậy tâm lý y học đã xuất hiện một ngành khoa học mới là tâm lý học thần kinh.

Đối tượng của tâm lý học thần kinh là những cơ chế não của các hiện tượng tâm lý.

Tâm lý học thần kinh là một chuyên ngành ứng dụng, tham gia giải quyết những vấn đề mà lâm sàng nội và ngoại khoa thần kinh đặt ra cho tâm lý học y học.

2.1.2. Nhiệm vụ của tâm lý học thần kinh

2.1.2.1. Tham gia chẩn đoán định khu bệnh lý thực thể của vỏ não

Cách đây không lâu còn tồn tại hai quan điểm đối lập nhau về vai trò của vỏ não đối với hoạt động tâm lý.

Quan điểm thứ nhất cho rằng, cũng như tổ chức dưới vỏ, trên vỏ não tồn tại các trung khu khác nhau, mỗi trung khu điều hành một chức năng tâm lý nhất định. Ví dụ như trung khu ngôn ngữ ở vùng sau hồi 3 (hồi dưới) của thùy trán trái (với người thuận tay phải) và ở 1/3 mặt sau hồi thái dương của một bán cầu não ưu thế. Đó chính là trung khu Broca và trung khu Wernike.

Ngược lại, quan điểm thứ hai, mang tính định khu rộng hơn, cho rằng, toàn bộ vỏ não là một tổ chức thống nhất, không thể tách biệt các chức năng của từng vùng vỏ não (K. S. Lashley, 1919).

Thực ra vỏ não của con người có cấu trúc hết sức phức tạp. Các bộ phận của nó tham gia vào hoạt động tâm lý với những

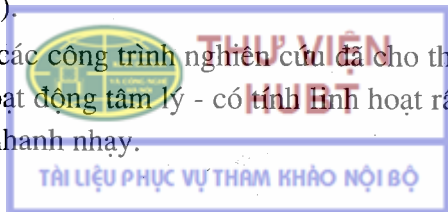
mức độ khác nhau. Một bộ phận của não tham gia vào nhiều hoạt động tâm lý và ngược lại, mỗi hoạt động tâm lý có sự tham gia của nhiều đại diện tổ chức não. Hoạt động tâm lý càng phức tạp, sự tham gia của các tổ chức não càng phong phú.

Nếu một khu vực, một bộ phận nào đó của não bị tổn thương sẽ kéo theo những biến đổi của **nhiều chức năng tâm lý**; và ngược lại, một chức năng tâm lý nào đó bị biến đổi sẽ liên quan đến nhiều trung khu khác nhau trên vỏ não. Nhiệm vụ của tâm lý học thần kinh là phân tích cấu trúc các rối loạn tâm lý của người bệnh, trên cơ sở đó góp phần xác định khu vực não bị tổn thương.

2.1.2.2. *Phục hồi chức năng tâm lý cấp cao*

Cho đến nay, khái niệm chức năng đã được hiểu theo nghĩa rộng - đó là hệ thống các chức năng. Các chức năng tâm lý cấp cao (như tri giác chủ định; chú ý chủ định; trí nhớ lô gíc, gián tiếp; tư duy khái niệm; ngôn ngữ...) có cấu trúc phức tạp, mang tính tích cực và có bản chất xã hội - lịch sử. Chúng được hình thành và phát triển không theo cơ chế sinh học thuần túy mà theo cơ chế tâm lý: cơ chế lĩnh hội kinh nghiệm xã hội - lịch sử, thông qua hoạt động. Như vậy các chức năng tâm lý cấp cao có nguồn gốc từ bên ngoài. Thoạt đầu nó được triển khai dưới dạng đầy đủ, sau đó được cô gọn, tự động hóa ở bên trong (P. Ia. Galperin, 1959).

Hàng loạt các công trình nghiên cứu đã cho thấy não - cơ sở vật chất của hoạt động tâm lý - có tính hình hoạt rất cao và có cơ chế bù trừ rất nhanh nhạy.



Trên cơ sở nghiên cứu về cấu trúc hoạt động tâm lý cấp cao, về vai trò của tổ chức não đối với từng khâu trong hoạt động tâm lý và về cơ chế bù trừ của não, tâm lý học thần kinh đã góp phần giải quyết nhiệm vụ phục hồi các chức năng tâm lý do tổn thương khu trú ở vỏ não. Nói một cách khác, người ta đã sử dụng phương pháp tâm lý học thần kinh để điều khiển cơ chế bù trừ của vỏ não đối với các chức năng bị tổn thương, sao cho các cơ chế này đạt hiệu quả cao nhất.

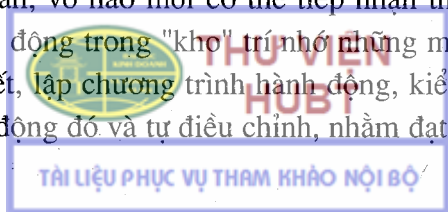
2.2. Khái niệm về ba khối chức năng của não

Có thể khẳng định rằng, não người là một bộ máy phức tạp, một hệ thống chức năng với nhiều tầng bậc, nhiều hoạt động phối hợp với nhau, đảm bảo cho hoạt động tâm lý. A. R. Luria - một trong những người sáng lập ra tâm lý học thần kinh - đã phân chia não thành ba khối chức năng. Các khối này, bằng chức năng hoạt động của mình, đã tham gia vào hoạt động chung của não.

2.2.1. Khối năng lượng

Thành phần của khối này bao gồm phần cao của thân não, thể lưới, nền giữa củ não sinh tư, vùng limbic và hồi hải mã.

Vai trò của khối này là bảo đảm trương lực thường xuyên và trạng thái hưng phấn của vỏ não. Chỉ trong điều kiện tối ưu của trạng thái hưng phấn, vỏ não mới có thể tiếp nhận thông tin từ bên ngoài vào, huy động trong "kho" trí nhớ những mối liên hệ, biểu tượng cần thiết, lập chương trình hành động, kiểm tra diễn biến của các hành động đó và tự điều chỉnh, nhằm đạt được mục đích đề ra.



Khối năng lượng có vai trò rất quan trọng trong bẩm đảm, duy trì năng lượng hoạt động của vỏ não, song bản thân nó lại chịu sự điều khiển của vỏ não, trước hết là của thùy trán.

2.2.2. Khối tiếp nhận, tu chỉnh và giữ gìn thông tin

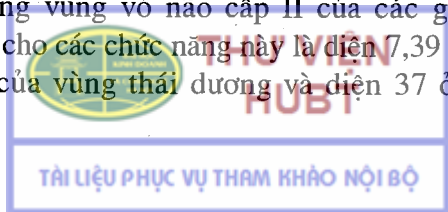
Khối này nằm ở phía sau hai bán cầu đại não, bao gồm thùy chẩm, thùy đỉnh và thùy thái dương. Các thùy não này là bộ máy phân tích, tổng hợp thị giác, thính giác và cảm giác da - một phần của chức năng vận động.

Mỗi hệ thống trong khối có cấu tạo thành những thứ bậc:

- Vùng vỏ não cấp I (vùng chiếu) có lớp tế bào thứ tư (lớp hướng tâm), mang tính biệt hoá cao.
- Vùng vỏ não cấp II, do lớp tế bào hai và ba kết hợp lại, những nơron của hai lớp này có sợi trục (axon) ngắn. Vùng vỏ não cấp II thực hiện chức năng hỗn hợp.

Vùng vỏ não cấp I và cấp II của khối có cấu trúc tương ứng theo từng giác quan: vỏ não thị giác bao gồm vùng cấp I là diện 17, vùng cấp II là diện 18 và 19 (theo Brodmann); vỏ não thính giác bao gồm vùng vỏ cấp I là diện 41, vùng vỏ cấp II là diện 22, 42 và một phần diện 21; vỏ não cảm giác chung (vùng đỉnh) bao gồm vùng vỏ cấp I là diện 3, còn vùng vỏ cấp II là diện 1,2 và 5 (Brodmann).

Vùng vỏ cấp III của khối này đóng vai trò tích hợp các thông tin đến từ những vùng vỏ não cấp II của các giác quan khác nhau. Đảm bảo cho các chức năng này là diện 7, 39 và 40 của vùng đỉnh, diện 21 của vùng thái dương và diện 37 ở vùng chẩm - thái dương.



Quy luật chủ yếu nhất của hoạt động chức năng trong khối thứ hai là tính chuyên biệt giác quan giảm theo cấp của vỏ não và ngược lại, tính ý nghĩa, tính tổ chức lại tăng lên theo từng cấp. Nếu kích thích vùng vỏ não cấp I thì chỉ gây ra các cảm giác (ví dụ kích thích diện 17 sẽ gây ra hiện tượng hoa mắt; kích thích diện 18, 19 thì gây ra hiện tượng những chấm sáng). Nếu kích thích vùng vỏ não cấp II thì gây ra các hiện tượng tri giác, như hình ảnh bông hoa, mặt người v.v... Nếu kích thích vùng vỏ não cấp III thì tính chuyên biệt giác quan sẽ không còn nữa.

2.2.3. Khối lập chương trình, điều chỉnh và kiểm tra

Khối thứ ba này nằm phía trước của vỏ não, tập trung ở thùy trán. ở người, khối này chiếm diện tích gần 1/3 bán cầu đại não và là thành quả sau cùng của quá trình tiến hóa loài người. Đây là phần "non trẻ" nhất và cũng ít biệt hóa nhất. Tuy vậy chức năng của khối cũng chia thành từng cấp.

– Vỏ não cấp I của khối là diện 4 - vùng vỏ não vận động. Lớp tế bào V của nó chứa các tế bào khổng lồ (tế bào Bets). Sợi của tế bào này đi đến nhân vận động của tủy sống và từ đó đi tới các cơ, tạo thành bó tháp lớn. Phần trên của khu vực này là nơi bắt đầu các sợi đi đến chi dưới bên đối diện, phần giữa đi đến chi trên và phần dưới đi đến các cơ mặt, môi, lưỡi. Đây là phần bao gồm đầy đủ các cơ quan điều hành hoạt động tinh xảo của con người.

– Vùng vỏ não cấp II là vùng trước vận động với sự phát triển của lớp tế bào trên - lớp tế bào tháp nhỏ. Kích thích vùng này không gây ra co giật các cơ riêng biệt mà gây ra cả một phức bộ vận động, mang tính chất tổ chức hệ thống (như quay đầu, vận động toàn thân hoặc động tác nắm bắt của tay). Điều này đã nói rõ chức năng tổng hợp của vùng vỏ não cấp II thuộc khối não trước.

– Phần trước thùy trán (cực trán) là vùng vỏ não cấp III. Trong thành phần của nó không có các tế bào tháp, song lớp tế bào 2 và 3 phát triển với số lượng lớn các tế bào nhỏ (tế bào hạt) nên còn được gọi là vùng hạt trán. Vùng vỏ não cấp III đóng vai trò quyết định trong việc xây dựng chương trình và kiểm tra các dạng hoạt động phức tạp.

Chức năng chủ yếu của khối thứ III là lập chương trình, điều chỉnh, kiểm tra vận động và hành động có ý thức.

Thùy trán có mối liên hệ chặt chẽ với các vùng của vỏ não và với tổ chức dưới vỏ (thể lưới, thân não...) bằng những đường đi lên và đi xuống.

Ba khối chức năng của não không hoạt động tách rời nhau. Bất kỳ một hoạt động tâm lý nào diễn ra cũng đều có sự tham gia của cả ba khối chức năng này.

2.3. Rối loạn tâm lý do tổn thương thực thể vỏ não

2.3.1. Tổn thương thùy chẩm và rối loạn chức năng tâm lý

Diện 17 là nơi đầu tiên của vỏ não tiếp nhận thông tin thị giác. Đây là vùng vỏ não cấp I nên mang tính chuyên biệt giác quan rất cao. Tổn thương một bên của diện này sẽ gây ra hiện tượng bán manh phía đối diện. Điều này không ảnh hưởng nhiều đến các quá trình tâm lý cấp cao, vì khuyết tật đó được bù trừ bởi sự vận động của mắt. Chỉ khi tổn thương diện 17 ở cả hai bên bán cầu não mới xảy ra hiện tượng mù trung ương - mù hoàn toàn. Tuy nhiên điều này cũng ít gặp trong thực tiễn.

Vỏ não vùng chẩm cấp II, gồm diện 18 và 19. So với diện 17, tính chuyên biệt giác quan của nó thấp hơn, song tính ý

nghĩa, tính tổ chức lại cao hơn. Vùng vỏ chẩm cấp II là bộ máy phân tích và tổng hợp các kích thích thị giác. Nếu tổn thương diện 18 và 19 sẽ gây ra hiện tượng mất nhận thức đồ vật. Người bệnh chỉ nhận thức được từng khía cạnh của sự vật, không có khả năng tổng hợp chúng lại thành một tổng thể trọn vẹn và do đó không thể gọi tên được vật đó. Ví dụ: khi đưa cho một người bị vết thương vùng chẩm phải xem hình ảnh cái kính, người bệnh giải thích: đây là một vòng tròn, đây là một vòng tròn nữa, đây là thanh ngang và nói rằng, hình như đây là cái xe đạp.

Trong trường hợp tổn thương nhẹ ở vùng vỏ chẩm cấp II, biểu hiện của mất nhận thức đồ vật chỉ được phát hiện trong điều kiện đặc biệt, ví dụ như hạn chế thời gian tri giác hoặc đối tượng tri giác bị gây nhiễu.

Sự mất nhận thức sẽ đồng thời xảy ra trong trường hợp tổn thương phía trước thùy chẩm (giáp với vùng dưới đỉnh). Người bệnh không thể nhìn thấy đồng thời cả hai vật và việc nhìn lệch này không phụ thuộc vào kích thước của đồ vật (ví dụ như, họ không thể dùng bút chì chấm vào tâm một hình tam giác cho sẵn).

Tổn thương vùng chẩm cấp II, ở bán cầu não trái (bán cầu chủ đạo), sẽ dễ dẫn đến hiện tượng mất nhận thức chữ cái và kèm theo mất đọc thị giác. Người bệnh nhầm lẫn (hoặc không hiểu được) các chữ cái gần giống nhau về hình dáng bên ngoài, ví dụ U và chữ H.

Hiện tượng mất nhận thức mặt người (không nhận ra nét mặt người thân quen) xảy ra trong trường hợp tổn thương nằm ở bán cầu não phải. Ví dụ người bệnh bắt tay bác sĩ nhiều lần, song lần nào cũng như là mới gặp lần đầu. Họ không thể nhận ra người thân quen trên ảnh (song có thể nhận biết qua giọng nói).

2.3.2. Tổn thương thùy thái dương và các rối loạn tâm lý

2.3.2.1. Tổn thương vỏ não thính giác cấp I

Vùng vỏ não thính giác cấp I là diện 41, nhận tín hiệu từ cả hai phía của tai. Khi tổn thương một phía thì xảy ra hiện tượng tăng ngưỡng cảm giác ở bên tai đối diện. Chỉ trong trường hợp tổn thương cả hai bên bán cầu não thì người bệnh mới bị điếc hoàn toàn.

2.3.2.2. Tổn thương vỏ não thính giác cấp II

Ở người, vỏ não thính giác cấp II đóng vai trò quyết định trong việc phân tích, tổng hợp cấu trúc nhịp điệu và trình tự các tổ hợp âm thanh. Nó cũng là bộ máy chuyên biệt tổng hợp và phân tích ngữ âm. Vùng này có mối liên hệ chữ U rất mật thiết với các vùng trước trung tâm và sau vận động (X. K. Blinkov, 1955). Nói cách khác, vùng vỏ não thính giác cấp II có mối liên quan với tất cả các bộ máy khác của vỏ não, nhằm thực hiện chức năng cấu âm ngôn ngữ.

Trong trường hợp vỏ não thính giác cấp II bị tổn thương, người bệnh từ chỗ mất khả năng phân biệt ngữ âm, dẫn đến rối loạn ngôn ngữ (mất ngôn ngữ cảm giác hay còn gọi là mất ngôn ngữ Wernike).

Ở những người bệnh này, thính lực vẫn được bảo toàn, họ vẫn có thể nhận biết được âm thanh các đồ vật (tiếng xoong nồi, tiếng kẹt cửa v.v...), song họ không có khả năng phân biệt được các âm vị hay chữ cái, đặc biệt là các âm vị tương liên (như trong trường hợp tổn thương bán cầu não trái, đối với người thuận tay phải). Ví dụ, họ không phân biệt được các âm vị đối lập hữu thanh và vô thanh (như B và P).

Trong trường hợp tổn thương rộng vùng thái dương, người bệnh tri giác ngữ âm như những tiếng ồn ào không phân đoạn (giống như tiếng nước suối chảy, tiếng cây rì rào...).

Rối loạn thính giác ngữ âm là hậu quả trực tiếp của tổn thương vỏ não thính giác cấp II ở bán cầu não trái (đối với người thuận tay phải) và không xuất hiện trong trường hợp tổn thương bán cầu não phải.

Khi tổn thương vỏ não thính giác cấp II cách xa vùng vỏ não thính giác cấp I (thuộc bán cầu não trái, nằm ở hồi thái dương giữa) thì thính giác ngữ âm có thể vẫn được bảo toàn hoặc rối loạn nhẹ và khuyết tật thể hiện dưới dạng rối loạn trí nhớ thính giác - ngôn ngữ. Dấu hiệu chủ yếu là người bệnh không có khả năng lưu giữ trong trí nhớ các chuỗi âm thanh, âm tiết hoặc chuỗi từ. Họ lẫn lộn trình tự các dãy đó hoặc không nhớ được một đoạn văn đã đọc, trong khi vẫn có thể dễ dàng nhớ được một nhóm hình vẽ hoặc nhóm các từ đã được họ viết ra.

2.3.2.3. Rối loạn thính giác ngôn ngữ

Rối loạn thính giác ngôn ngữ và trí nhớ thính giác ngôn ngữ do tổn thương vùng vỏ não thính giác cấp II mang tính chuyên biệt giác quan. Trong trường hợp này, các chức năng tâm lý khác, không liên quan đến thính giác ngôn ngữ vẫn được bảo toàn. Ví dụ như, người bệnh vẫn bảo toàn tri giác thị giác, hiểu được các mối quan hệ logic - ngữ pháp, vẫn đảm bảo các thao tác tính toán v.v...

Sự rối loạn thính giác ngôn ngữ sẽ kéo theo rối loạn một loạt các chức năng tâm lý khác, có liên quan như:

Không hiểu nghĩa của các từ xa lạ: do không tiếp nhận được chính xác các từ nên người bệnh không thể hiểu được nghĩa của từ. Tiếng mẹ đẻ đối với họ cũng trở thành ngôn ngữ xa lạ.

Khó gọi tên sự vật: do không có điểm tựa trong hệ thống âm vị phân đoạn, nên người bệnh khó gọi tên sự vật, hay lầm lẫn những từ có âm vị gần nhau. Trong trường hợp này, nếu có nhắc cho người bệnh âm tiết đầu của từ thì họ vẫn không nói đúng từ đó.

Rối loạn ngôn ngữ bên ngoài: sự rối loạn thính giác ngữ âm sẽ làm cho người bệnh không nắm được các mối liên hệ ngôn ngữ. Những câu phát biểu, nhận xét của họ mang tính chất của một mớ từ lộn xộn. Họ rất hay lạm dụng những tập hợp từ quen thuộc: "như vậy là", "như người ta nói" v.v...

Rối loạn thao tác viết: người bệnh không thể tách biệt được thành phần âm vị của từ, cho nên khi viết dễ bị nhầm lẫn những âm vị đọc giống nhau. Họ không thể phân tích được các tổ hợp âm phức tạp. Bên cạnh đó, họ có thể viết những từ đã quá quen thuộc hoặc ký được chữ ký của mình.

Những hiện tượng trên được nhiều tác giả nghiên cứu và gọi dưới cái tên chung là "hội chứng mất ngôn ngữ cảm giác Vernicke".

2.3.3. Tổn thương vùng vỏ não cấp III và rối loạn tâm lý

Vùng vỏ não cấp III nằm tiếp giáp giữa thùy chẩm, đỉnh và thái dương. Trung tâm của nó là diện 39, 40 và có thể cả diện 37, 21. Vùng vỏ não này trưởng thành muộn hơn so với các vùng vỏ não sau khác. Hoạt động của nó trở nên đầy đủ khi con người khoảng 7 tuổi.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Vai trò của vùng vỏ não cấp III là bảo đảm các dạng tổng hợp không gian phức tạp. Các quá trình nhận thức ở đây đòi hỏi sự hoạt động đồng thời của một số cơ quan phân tích, nhằm xử lý toàn diện các loại thông tin.

Những rối loạn tâm lý khi tổn thương vùng vỏ não cấp III được thể hiện như sau:

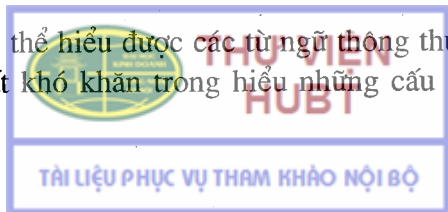
2.3.3.1. Rối loạn định hướng không gian

Người bệnh tổn thương vùng chẩm - đỉnh bị mất khả năng định hướng không gian, trước hết là định hướng hai bên phải và trái. Họ không thể vẽ được sơ đồ những khu vực đã quen biết. Thao tác viết của họ cũng bị rối loạn do không phân tích được vị trí không gian của các nét chữ. Trong nhiều trường hợp họ viết ngược (giống như viết đối xứng qua gương - theo A. R. Luria, 1973). Trong những trường hợp nặng, bệnh nhân không thể phát hiện đúng, trực tiếp các cấu trúc không gian. Ở mức độ nhẹ hơn, sai sót của họ xảy ra khi tái hiện cần đến trí nhớ hoặc tư duy (ví dụ, người bệnh khó giơ tay theo đúng tay của người bác sĩ ngồi đối diện).

Những rối loạn định hướng không gian thường xuất hiện trong tổn thương định khu ở cả bên não trái và não phải.

2.3.3.2. Rối loạn cấu trúc lô gíc - ngữ pháp

Người bệnh có thể hiểu được các từ ngữ thông thường trong giao tiếp nhưng rất khó khăn trong hiểu những cấu trúc lô gíc



ngữ pháp phức tạp (ví dụ: họ không thể phân biệt được hai mệnh đề "cha của anh" và "anh của cha" hoặc không thể phân biệt được các cấu trúc có giới từ như "trái đất được chiếu sáng bởi mặt trời").

2.3.3.3. Rối loạn thao tác tính toán

Người bệnh không có khả năng hiểu sơ đồ, vị trí của các chữ số trong một số có nhiều chữ số. Do đó họ không thể thực hiện được phép tính với các số này, hoặc không thực hiện được các phép tính có nhớ, ví dụ như phép trừ có nhớ.

2.3.3.4. Mất ngôn ngữ - mất nhớ

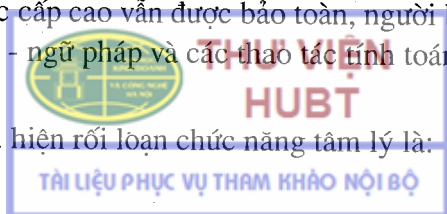
Đây là một hiện tượng điển hình trong tổn thương vỏ não vùng chẩm - đỉnh của bán cầu não trái (bán cầu não chủ đạo).

Triệu chứng chính là người bệnh hết sức khó khăn gọi tên các sự vật (gần giống với rối loạn trí nhớ ngôn ngữ thính giác trong tổn thương thùy thái dương trái). Tuy nhiên ở đây có sự khác nhau là, đối với người bệnh mất ngôn ngữ - mất nhớ, chỉ cần nhắc họ âm tiết đầu, họ sẽ gọi được cả cụm từ.

Do khó gọi tên sự vật, nên người bệnh thay thế từ cần nói bằng những từ khác có nghĩa gần, thậm chí có sự giống nhau về cách phát âm và do đó dẫn đến hiện tượng loạn lời (paraphasia).

Trong trường hợp tổn thương vùng vỏ não chẩm - thái dương bán cầu não phải (đối với những người thuận tay phải), các quá trình nhận thức cấp cao vẫn được bảo toàn, người bệnh hiểu được cấu trúc lô gíc - ngữ pháp và các thao tác tính toán của họ không bị rối loạn.

Những biểu hiện rối loạn chức năng tâm lý là:



- *Mất nhận thức không gian một bên*: người bệnh bỏ qua, không thấy nửa bên trái của **thị trường**.
- *Mất nhận thức khuyết tật bản thân*: họ không nhận thức được các khuyết tật như đã mô tả ở trên.
- *Rối loạn nhận biết thị giác đồ vật*: người bệnh mất cảm giác quen thuộc đối với những vật đã biết. Tri giác đồ vật của họ được thay thế bằng sự phỏng đoán thiếu kiểm tra.
- *Rối loạn nhận biết hình ảnh bản thân*: cho đến nay, cơ chế của các triệu chứng này vẫn chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ.

2.3.4. Tổn thương vùng vỏ não vận động và rối loạn tâm lý

Trung khu vận động nằm ở phần trung tâm vỏ não. Phần phía sau tiếp nhận thông tin vận động (phân cảm thụ), là thành phần của khối não chức năng thứ hai. Phần phía trước bảo đảm các xung điều khiển vận động và thuộc khối não chức năng thứ ba.

2.3.4.1. Vùng sau trung tâm và tổ chức hướng tâm vận động

Vùng sau trung tâm (cảm giác da - diện 3 Brodmann) có cấu trúc điển hình của khối chức năng thứ hai (cấu trúc tế bào nhỏ - tế bào hạt). Cũng như các diện xuất chiếu khác, lớp tế bào 4 (lớp hướng tâm) chiếm ưu thế. Phần trên tiếp nhận các xung từ hai chi dưới; phần giữa tiếp nhận từ hai chi trên và phần dưới tiếp nhận các xung từ vùng mặt, môi, lưỡi phía đối diện. Cơ chế xuất chiếu không chỉ được xây dựng theo nguyên tắc hình học mà còn theo nguyên tắc chức năng. Vùng ngoại vi đảm bảo nhiều vận động tinh xảo nên diện xuất chiếu lớn hơn.

Trong trường hợp tổn thương khu trú những vùng não đã mô tả trên thì người bệnh mất (hoặc giảm) tính nhạy cảm ở vùng cơ thể tương ứng.

Nếu tổn thương vùng sau trung tâm và đường dẫn truyền đến, sẽ xuất hiện dấu hiệu "liệt nhẹ cảm giác" (afferent pares). Tiềm năng cơ vẫn được bảo toàn nhưng khả năng vận động chi bị giảm sút mạnh, người bệnh không thể thực hiện được các vận động chú ý tinh xảo. Các xung vận động ở đây bị mất địa chỉ cụ thể và không tới được những nhóm cơ cần thiết.

Vùng vỏ não cấp II bao gồm các diện 1, 2, 5, 7 và một phần của diện 40. Cũng như các vùng vỏ não cấp II khác, ở đây lớp tế bào trên chiếm ưu thế. Những diện này vẫn giữ được tính chuyên biệt giác quan, nhưng không còn tính giới hạn hẹp. Các nơ ron của chúng đáp ứng được với các kích thích phức hợp. Kích thích ở vùng vỏ não cảm giác vận động cấp II sẽ gây ra những cảm giác lan rộng hơn so với kích thích vùng vỏ não cấp I.

Rối loạn chức năng tâm lý trong tổn thương vùng vỏ não cấp II thể hiện như sau:

- *Mất nhận thức xúc giác*: người bệnh không có khả năng nhận biết đồ vật bằng xúc giác.
- *Mất động tác - cảm giác*: do không nhận được những tín hiệu hướng tâm (cảm giác) từ bên ngoài nên tay người bệnh không thực hiện được những vận động tinh xảo.
- *Mất ngôn ngữ vận động - hướng tâm*: do tổn thương khu vực dưới của vùng vỏ não cấp II bên bán cầu não trái nên mất cảm giác ở vùng mặt, môi và lưỡi. Sự mất động tác - cảm giác thể

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hiện dưới dạng rối loạn vận động bộ máy phát âm và dẫn đến rối loạn ngôn ngữ. Trong những trường hợp nặng (do tổn thương rộng), người bệnh không thể xác định được vị trí của môi, lưỡi để phát âm. Trong trường hợp nhẹ, người bệnh lẫn lộn các cấu âm gần nhau (ví dụ, họ nhầm lẫn giữa các âm B, P và M...).

Rối loạn thao tác viết là hệ quả của mất động tác - cảm giác. Người bệnh viết lẫn lộn các chữ có dấu gần nhau.

2.3.4.2. Vùng trước vận động và việc tổ chức vận động

Vùng trước trung tâm bao gồm vùng vỏ não vận động cấp I (diện 4) và vùng vỏ não cấp II - vùng trước vận động (diện 6, 8). Vùng trước vận động có cấu trúc gần với vỏ não vận động, song ở đây, lớp tế bào 2 và 3 chiếm ưu thế với sự phát triển của các tế bào tháp nhỏ. Vùng trước vận động chiếm 88% diện tích của vùng trước trung tâm.

Vùng trước vận động bảo đảm việc tích hợp các xung vận động ly tâm. Nếu như vùng sau trung tâm bảo đảm sự phân bố không gian các xung vận động thì vùng trước vận động dựa vào tổ chức dưới vỏ để thực hiện chức năng chuyển hóa từng xung vận động riêng biệt thành trình tự nhịp nhàng. Đây là cơ sở cho việc tổ chức các vận động phức tạp và kỹ xảo vận động.

Kích thích vùng trước vận động không gây ra co từng nhóm cơ riêng biệt mà tạo nên vận động phức tạp như quay đầu, mắt, thân về phía đối diện hoặc cố những cơn co giật động kinh.

Biểu hiện rối loạn chức năng tâm lý trong tổn thương vùng trước vận động như sau:

– *Rối loạn kỹ xảo vận động* (skilled movements): thể hiện dưới dạng người bệnh mất kỹ năng viết. Viết từng chữ cũng là công việc hết sức khó khăn đối với họ. Nếu là nhân viên đánh máy chữ, họ sẽ không đánh được nhịp nhàng; nếu là người công nhân, họ sẽ không còn khả năng thực hiện các thao tác của hành động quen thuộc.

– *Sự ỳ trệ định hình vận động*: các định hình (stereotype) vận động của người bệnh bị ỳ trệ. Ví dụ, khi yêu cầu người bệnh gõ 2 nhịp mạnh sau đó gõ tiếp 3 nhịp yếu, thì họ không có khả năng chuyển từ nhịp mạnh sang nhịp yếu.

– *Mất ngôn ngữ vận động - ly tâm* (còn gọi là mất ngôn ngữ Broca): theo A. R. Luria (1947, 1962, 1969, 1970), hiện tượng này xuất hiện khi người bệnh bị tổn thương phần dưới của vùng trước vận động thuộc bán cầu não trái. Khác với mất ngôn ngữ cảm giác, ở đây người bệnh vẫn còn khả năng phát âm từng âm riêng biệt. Tuy nhiên, họ không (hoặc hết sức khó khăn) trong việc chuyển từ cấu âm này sang cấu âm khác (nhất là khi thực hiện với tập hợp các từ).

Các rối loạn tương tự cũng có thể biểu hiện ở thao tác viết như: người bệnh viết lặp đi lặp lại mãi những từ mà mình đã viết...

2.3.5. Tổn thương thùy trán và rối loạn chức năng tâm lý

Vỏ não thùy trán được hình thành muộn nhất (đặc biệt là vùng trước trán - vùng vỏ não cấp III). Ở người vùng này chiếm khoảng 25% diện tích bán cầu đại não. Thùy trán liên quan mật thiết với các phần trên của thân não, đồi thị và các vùng khác của vỏ não. Điều này đảm bảo cho mối liên hệ mật thiết, hai chiều về chức năng giữa vùng trước trán và các khối não thứ nhất, thứ hai.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Biểu hiện rối loạn chức năng tâm lý trong tổn thương thùy trán như sau:

2.3.5.1. Rối loạn chú ý có chủ định

Thùy trán có chức năng bảo đảm trạng thái hoạt hóa và trương lực của toàn bộ vỏ não. Đây là cơ sở của chú ý có chủ định.

Khi tổn thương thùy trán, chú ý có chủ định (đặc biệt là những dạng chú ý phức tạp, có sự tham gia của ngôn ngữ) bị rối loạn. Trong khi đó chú ý không chủ định (phản xạ định hướng) vẫn được bảo toàn, thậm chí, còn được tăng lên một cách khác thường.

Sự rối loạn các chương trình hoạt động phức tạp thường gặp trong tổn thương diện rộng của thùy trán. Những dự định, kế hoạch hành động của người bệnh nhiều khi được thay thế bằng các dạng hành vi "tự nhiên" hoặc định hình ý, mất mối liên hệ với hoàn cảnh cụ thể.

2.3.5.2. Rối loạn vận động

Những vận động của người bệnh mang tính định hình hoặc nhại lại các động tác.

2.3.5.3. Các rối loạn khác

Trí nhớ chủ định, tư duy ngôn ngữ, các thao tác tính toán, hành động trí tuệ... của người bệnh rối loạn là hậu quả của tính định hình vận động hoặc lặp lại động tác.

Ngoài những triệu chứng trên, người bệnh còn có biểu hiện giảm khả năng phê phán bệnh tật.

2.4. Sự phân bố chức năng của hai bán cầu đại não

Phần lớn các cứ liệu về tâm lý học thần kinh được thu thập từ những nghiên cứu về chức năng của bán cầu não trái - bán cầu não chủ đạo (đối với người thuận tay phải). Ở những người thuận tay trái thì bán cầu não phải chiếm ưu thế và các chức năng chính cũng tập trung ở bán cầu não này.

Tuy nhiên một loạt các công trình nghiên cứu gần đây đã cho thấy khó có thể nói rằng bán cầu đại não nào đóng vai trò chủ đạo. Trong bất kỳ một hoạt động tâm lý nào cũng đều có sự tham gia của cả hai bán cầu đại não. Mỗi bán cầu thực hiện theo cách riêng và có những đóng góp riêng của mình. Giữa bán cầu não trái và não phải có thể có sự khác nhau về chiến lược hoạt động và phương thức xử lý thông tin.

Bán cầu não trái là nơi đưa ra các chiến lược "phân đoạn" và "tiếp nối"..., bảo đảm các khía cạnh như tính lô gíc - ngữ pháp, tính chính xác theo một trình tự nghiêm ngặt... của các vấn đề.

Bán cầu não phải duy trì một chiến lược "toàn cục" và "đồng thời". Sự tiếp nhận thông tin của bán cầu não này diễn ra một cách "đồng thời" chứ không phân thành các giai đoạn.

Nếu não trái bảo đảm tính lô gíc trong xử lý thông tin, thì não phải lại thực hiện các khía cạnh cảm xúc, ý nghĩa v.v... của những thông tin đó.



A. W. Munzert (1980) đã đưa ra sơ đồ tóm tắt sự phân bố chức năng hai bán cầu đại não như (sơ đồ 6.2).

Sơ đồ 6.2:

PHÂN BỐ CHỨC NĂNG HAI BÁN CẦU ĐẠI NÃO
(A.W.Munzert, 1980)



Theo ông, trong mỗi vùng não, ngoài phần đảm bảo chức năng chính của mình còn có phần thứ yếu thực hiện chức năng vùng não bên đối diện. Ở một số người, nhất là những người thuận cả hai tay, thường xảy ra hiện tượng đảo ngược hai chức năng này (như trong tư duy bột phát, do bán cầu não phải kiểm soát).

STRESS VÀ VẤN ĐỀ VỆ SINH TÂM LÝ

Trong cuộc sống hàng ngày, chúng ta thường gặp những hiện tượng nảy sinh bởi những nguyên nhân khác nhau nhưng biểu hiện bệnh lý như nhau và được gọi dưới cái tên chung là stress. Tất nhiên, không phải mọi stress đều xấu, song những stress bệnh lý không thể không gây tác hại đối với các hoạt động tâm lý, sinh lý và tập tính, thậm chí còn liên quan đến các bệnh lý tâm lý, thực thể ở con người.

Cơ chế bệnh sinh và biểu hiện lâm sàng của rối loạn stress rất đa dạng và phức tạp. Những vấn đề cơ bản như: phản ứng thích nghi, phản ứng bệnh lý và phản ứng thần kinh - thể dịch của cơ thể đối với stress; những biểu hiện lâm sàng; điều trị và dự phòng stress v.v... đang ngày càng được nhiều người quan tâm nghiên cứu.

Stress không những là đối tượng nghiên cứu của y học mà còn là đối tượng nghiên cứu của nhiều ngành khoa học khác như tâm lý học, xã hội học, sinh hóa học, văn học... Trong phần này, chúng ta tiếp cận vấn đề stress từ góc độ tâm lý học y học.

1. KHÁI NIỆM CHUNG VỀ STRESS

1.1. Những nhận xét ban đầu

Thuật ngữ stress lúc đầu được sử dụng trong vật lý học, để chỉ sức nén mà một loại vật liệu phải chịu đựng. Đến năm 1914,



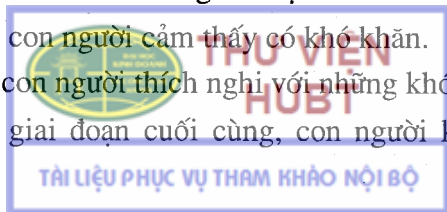
Walter Cannon đã sử dụng thuật ngữ này trong sinh lý học để chỉ các stress cảm xúc. Năm 1935, ông đi sâu nghiên cứu sự cân bằng nội môi ở những động vật có vú khi chúng lâm vào các tình huống khó khăn, như khi gặp phải sự thay đổi về nhiệt độ. Ông cũng mô tả các nhân tố cảm xúc trong quá trình phát sinh, phát triển một số bệnh và xác định vai trò của hệ thần kinh khi cơ thể đối phó với các tình huống khẩn cấp.

Trong y học, từ lâu người ta đã đặt vấn đề là tại sao một số người mắc bệnh khác nhau lại có những triệu chứng giống nhau. Nhiều tác giả đã mô tả các triệu chứng loét dạ dày và ruột ở người bị bỏng ngoài da (Svon, 1823; Kerling, 1842) hoặc ở những người bệnh sau một phẫu thuật lớn bị nhiễm trùng (Billrot). Viện Pasteur Paris và viện Yersen đã mô tả tuyến thượng thận của chuột lang bị tăng trưởng và xuất huyết khi bị nhiễm bệnh bạch hầu...

Trong đời sống, khái niệm stress được dùng để chỉ các hiện tượng mất sức hoặc kiệt quệ về sức lực sau một lao động nặng nhọc, kéo dài; sau khi bị nhiễm lạnh hay say nắng, say nóng, bị mất máu nhiều, bị nhiễm trùng nặng; sau những cơn sợ hãi, căng thẳng, lo âu hoặc sau những niềm vui, phấn chấn quá mức chịu đựng của cơ thể...

Rõ ràng là những nguyên nhân gây ra hiện tượng thì khác nhau, nhưng phản ứng của cơ thể thì đều giống nhau. Tất cả các phản ứng này đều diễn ra theo ba giai đoạn:

- *Giai đoạn đầu*, con người cảm thấy có khó khăn.
- *Giai đoạn hai*, con người thích nghi với những khó khăn.
- *Giai đoạn ba*, giai đoạn cuối cùng, con người không chịu đựng được nữa.



Ba giai đoạn này giống như một quy luật chung điều hòa tập tính của mọi sinh vật khi chúng bị rơi vào những điều kiện đặc biệt căng thẳng và giống như tiến trình của một phản ứng thích nghi không đặc hiệu của cơ thể đối với những tác động mạnh mẽ, đột ngột khác nhau của môi trường.

Hans Selye (nhà nghiên cứu người Canada) là người đầu tiên nêu ra một khái niệm stress hiện đại. Năm 1936, ông đã chiết từ dịch tiết của buồng trứng động vật có sừng một loại hormon và đem tiêm nó cho chuột. Sau khi tiêm một thời gian, chuột có những biểu hiện như:

- Vỏ tuyến thượng thận tăng trưởng mạnh và chứa một lượng không lớn các hạt lipid bài tiết.
- Tuyến ức, các hạch lympho và các cấu trúc chứa lympho bị teo nhỏ lại (involution).
- Thành dạ dày, tá tràng, ruột của chuột bị loét và chảy máu.

Những thí nghiệm khác đã cho thấy các chất chiết từ tuyến thượng thận, tuyến tụy và một số chất độc cũng có thể gây ra những biến đổi tương tự.

Lúc đầu, những biến đổi này được gọi là “triệu chứng được gây ra bởi các tác nhân khác nhau”. Về sau, chúng được đổi thành “triệu chứng thích ứng chung”, hay còn gọi là “triệu chứng stress sinh học”. Ba biến đổi trên đã trở thành ba chỉ số quan trọng của stress và là cơ sở để phát triển một khái niệm đầy đủ về stress.

1.2. Khái niệm về stress

Trong thực tế, stress là thuật ngữ đôi khi dùng để chỉ một nguyên nhân, một tác nhân gây ra phản ứng stress (như tiếng ồn



của thành phố, cái nắng nóng của sa mạc, bệnh tật, sự thay đổi chỗ ở, việc làm...), hoặc đôi khi dùng để chỉ hậu quả của những tác nhân gây kích thích mạnh (như sự hốt hoảng khi gặp thiên tai nặng nề; sự cô quạnh khi sống lâu ngoài đại dương; sự căng thẳng khi gặp những khó khăn trong công việc...).

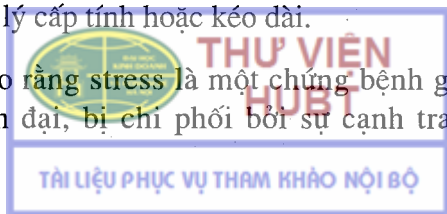
Như vậy, khái niệm stress vừa để chỉ tác nhân công kích, vừa để chỉ phản ứng của cơ thể trước các tác nhân đó. Hay nói như H. Selye, stress là mối tương quan giữa tác nhân kích thích và phản ứng của cơ thể.

Chúng ta cũng có thể xem stress như sự đáp ứng của chủ thể trước một nhu cầu hoặc trước những tác động của môi trường xung quanh.

Trong điều kiện bình thường, stress là một đáp ứng thích nghi về mặt tâm lý, sinh học và tập tính. Stress đặt chủ thể vào quá trình dần xếp thích ứng, tạo ra một cân bằng mới cho cơ thể sau khi chịu những tác động của môi trường. Nói cách khác, phản ứng stress bình thường đã góp phần làm cho cơ thể thích nghi.

Nếu đáp ứng của cá nhân với các yếu tố stress không đầy đủ, không thích hợp và cơ thể không tạo ra được một cân bằng mới, thì những chức năng của cơ thể ít nhiều sẽ bị rối loạn, những dấu hiệu bệnh lý cơ thể, tâm lý, tập tính sẽ xuất hiện và sẽ tạo ra những stress bệnh lý cấp tính hoặc kéo dài.

Nhiều người cho rằng stress là một chứng bệnh gắn liền với nền văn minh hiện đại, bị chi phối bởi sự cạnh tranh và mối nguy hại.



2. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA PHẢN ỨNG STRESS

Theo Selye, phản ứng stress, được chia thành 3 giai đoạn như sau:

2.1. Giai đoạn báo động

Đây là giai đoạn được biểu hiện bằng những biến đổi đặc trưng của chủ thể khi tiếp xúc với các yếu tố gây stress. Những biến đổi này là:

Các hoạt động tâm lý được kích thích, đặc biệt là tăng cường quá trình tập trung chú ý, ghi nhớ và tư duy...

Các phản ứng chức năng sinh lý của cơ thể được triển khai như tăng huyết áp, nhịp tim, nhịp thở và tăng trương lực cơ bắp...

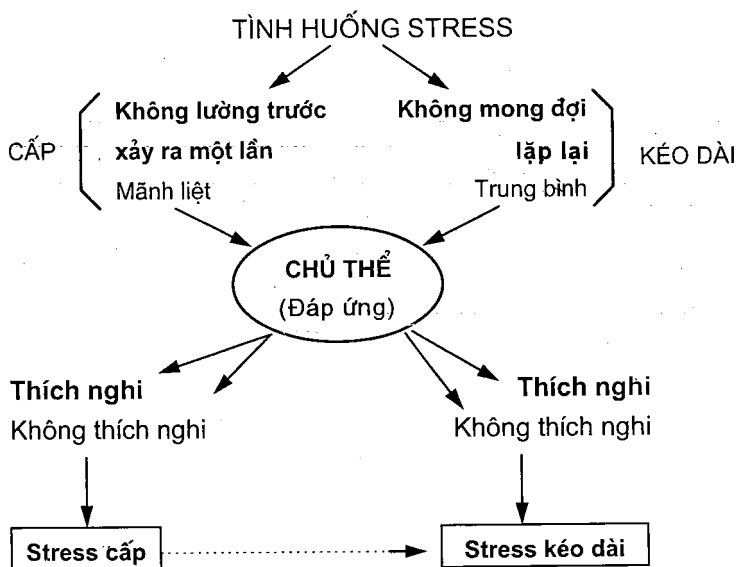
Những thay đổi tâm lý - sinh lý - tập tính giúp con người đánh giá các tình huống stress và bước đầu đề ra chiến lược đáp ứng trước các tình huống đó. Giai đoạn báo động có thể diễn ra rất nhanh (vài phút) hoặc kéo dài vài giờ, vài ngày... Chủ thể có thể chết trong giai đoạn này nếu yếu tố gây stress quá mạnh hoặc tình huống stress quá phức tạp. Nếu tồn tại được, thì các phản ứng ban đầu chuyển sang giai đoạn ổn định (hay còn gọi là giai đoạn thích nghi).

Giai đoạn báo động được thể hiện bằng sơ đồ 7.1



Sơ đồ 7.1:

QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH STRESS



2.2. Giai đoạn thích nghi

Trong giai đoạn này, mọi cơ chế thích ứng được động viên để cơ thể chống đỡ và điều hòa các rối loạn ban đầu. Sức đề kháng của cơ thể tăng lên, con người có thể làm chủ được tình huống stress, lặp lại các trạng thái cân bằng nội môi (homeostase) và tạo ra sự cân bằng mới với môi trường. Giai đoạn này còn được gọi là giai đoạn chống đỡ.

Trong một tình huống stress bình thường, chủ thể đáp ứng lại bằng hai giai đoạn báo động và chống đỡ.

Nếu giai đoạn chống đỡ tiến triển tốt thì các chức năng tâm - sinh lý cơ thể được phục hồi. Nếu khả năng thích ứng của cơ thể mất dần thì quá trình phục hồi không xảy ra và cơ thể chuyển sang giai đoạn kiệt quệ.

2.3. Giai đoạn kiệt quệ

Phản ứng stress trở thành bệnh lý khi tình huống stress hoặc quá bất ngờ, dữ dội, hoặc ngược lại, quen thuộc nhưng lặp đi lặp lại, vượt quá khả năng đàn hồi của chủ thể (xem sơ đồ 7.1).

Trong giai đoạn kiệt quệ, các biến đổi tâm sinh lý và tập tính của giai đoạn báo động xuất hiện trở lại (hoặc là cấp tính và tạm thời, hoặc là nhẹ hơn nhưng kéo dài). Có thể chia stress bệnh lý thành hai loại như sau:

2.3.1. Stress bệnh lý cấp tính

Những tình huống gây ra stress bệnh lý cấp tính thường không được chủ thể lường trước, mang tính chất dữ dội như khi bị tấn công bất ngờ, khi gặp thảm họa... Stress bệnh lý cấp tính có thể diễn ra theo 2 loại phản ứng cảm xúc sau:

2.3.1.1. Phản ứng cảm xúc cấp, xảy ra nhanh

Trong trạng thái này, chủ thể hưng phấn quá mức về mặt tâm thần và cơ thể.

- Tăng trương lực cơ: nét mặt căng thẳng, các cử chỉ cứng ngắc, kèm theo cảm giác đau bên trong cơ thể.
- Rối loạn thần kinh thực vật: nhịp tim nhanh, có cơn đau vùng trước tim, cao huyết áp, khó thở, ngất xỉu, chóng mặt giả, vã mồ hôi, nhức đầu, đau nhiều nơi, nhất là đau các cơ bắp.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Tăng quá mức phản ứng của các giác quan, nhất là tai. Người bệnh có cảm giác khó chịu cả với những tiếng động bình thường.
- Sự rối loạn trí tuệ: kém khả năng tập trung suy nghĩ do nhớ lại các tình huống stress, trong khi trí nhớ về các sự kiện vẫn còn sâu sắc.
- Tính tình dễ nổi cáu, bất an, kích động nhẹ, có thể có rối loạn hành vi và người bệnh gặp khó khăn khi giao tiếp với những người xung quanh.
- Trạng thái lo âu kèm theo nỗi sợ hãi mơ hồ.

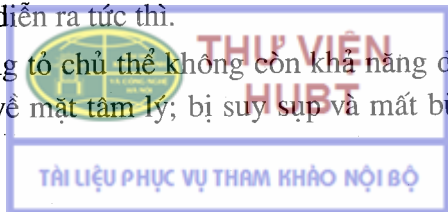
Loại phản ứng stress cấp tính này kéo dài từ vài phút đến vài giờ, rồi mờ nhạt dần tùy theo tính chất và tiến triển của stress. Sự mờ nhạt càng rõ nét hơn khi có mặt người khác, làm chủ thể yên tâm và khuây khỏa.

2.3.1.2. Phản ứng cảm xúc cấp xảy ra chậm

Các rối loạn xuất hiện chậm. Chủ thể có vẻ như chịu đựng được và chống đỡ lại tình huống gây stress. Người bệnh tự nhận thức được rằng, mình đã bị các tình huống stress xâm chiếm.

Cơ thể tiếp tục giai đoạn chống đỡ, nhưng chỉ tạo ra một cân bằng không bền vững, kéo dài trong vài giờ hoặc vài ngày. Sau đó đột nhiên xuất hiện một phản ứng stress cấp tính, diễn ra chậm. Biểu hiện và tiến triển của nó cũng giống như phản ứng cảm xúc cấp tính, diễn ra tức thì.

Điều này chứng tỏ chủ thể không còn khả năng dàn xếp với tình huống stress về mặt tâm lý; bị suy sụp và mất bù một cách chậm chạp.



2.3.2. Stress bệnh lý kéo dài

2.3.2.1. Sự hình thành

Stress bệnh lý kéo dài thường được hình thành từ các tình huống stress quen thuộc, lặp đi lặp lại (như: sự xung đột kéo dài, sự phiền nhiễu, không toại nguyện...) trong đời sống hàng ngày.

Đôi khi chúng được hình thành từ các tình huống stress bất ngờ và dữ dội (sau một phản ứng cấp, không thoái lui hoặc sau một loạt các phản ứng cấp thoáng qua).

2.3.2.2. Biểu hiện của stress bệnh lý kéo dài

Biểu hiện của nó rất đa dạng và thay đổi tùy theo sự ưu thế về mặt tâm lý, cơ thể hay về mặt tập tính.

a. *Các biểu hiện biến đổi tâm lý, tâm thần*

- Chủ thể phản ứng quá mức với hoàn cảnh: dễ nổi cáu, có cảm giác khó chịu, căng thẳng về tâm lý, mệt mỏi về trí tuệ và không thư giãn được.
- Rối loạn giấc ngủ: khó ngủ, hay thức giấc và không có cảm giác hồi phục sau khi ngủ.

Các rối loạn này tùy theo tính chất, hoàn cảnh và sự lặp lại của tình huống stress mà có thể tiến triển thành các triệu chứng sau đây:

- + Chủ thể chờ đợi stress một cách bị quan.
- + Có sự cảnh tỉnh một cách cao độ và luôn ở trong tình trạng nghe ngóng, căng thẳng nội tâm, dễ nổi cáu.
- + Có biểu hiện lo âu - ám ảnh sợ (những lo âu - ám ảnh sợ này hình thành trên nền một sự lo âu dai dẳng).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Xuất hiện những cơn lo lắng về nơi đã xảy ra tình huống stress (ở nơi làm việc hay ở gia đình).

Các rối loạn có khi mở rộng sang nhiều lĩnh vực khác nhau như người bệnh sợ các phương tiện giao thông công cộng, sợ xung đột với cấp trên, với người thân, ngại giao tiếp, sợ bệnh tật...

b. Các biểu hiện về cơ thể

Chủ thể thường có những rối loạn về thần kinh thực vật ở mức độ vừa. Những rối loạn này tăng lên khi chủ thể hồi tưởng về các tình huống stress mà mình đã phải chịu đựng.

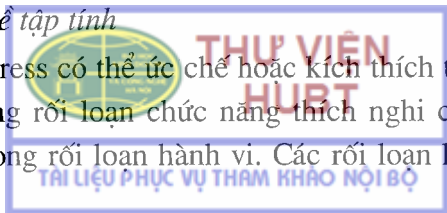
Qua những lời than phiền của người bệnh, chúng ta thấy các rối loạn về tâm thần và chức năng cơ thể của họ như sau:

- + Người bệnh trong trạng thái suy nhược kéo dài.
- + Căng cơ bắp (chuột rút), run tay chân, đổ mồ hôi.
- + Nhức đầu, đau nửa đầu, đau cột sống kéo dài dai dẳng.
- + Đánh trống ngực, đau vùng trước tim và huyết áp tăng không ổn định.
- + Có biểu hiện bệnh lý đại tràng chức năng và đau bàng quang song nước tiểu vẫn trong.

Tất nhiên, không phải mọi stress bệnh lý kéo dài đều có tất cả những biểu hiện về cơ thể, tâm lý như đã nêu. Song ngoài những triệu chứng trên, có khi chúng ta còn gặp những biểu hiện khác về cơ thể có liên quan với trạng thái lo âu.

c. Các biểu hiện về tập tính

Tình huống stress có thể ức chế hoặc kích thích tập tính của người bệnh. Những rối loạn chức năng thích nghi của tập tính được biểu hiện trong rối loạn hành vi. Các rối loạn hành vi xảy



ra do thái độ rút lui, tránh né các quan hệ xã hội hoặc ngược lại, do những xung động, mất kiểm chế, dẫn đến sự khó khăn trong giao tiếp của người bệnh. Có người thay đổi hẳn tính cách, làm cho người khác không nhận ra hoặc có những băn khoăn, suy nghĩ về nhân cách của họ. Các rối loạn tập tính lúc đầu chỉ gây ra khó chịu, về sau nó phát triển và gây ra những tổn thất, làm trở ngại cho công việc của người bệnh.

Có người lúc đầu muốn dùng rượu, dùng thuốc để làm dịu những căng thẳng, lo âu, nhưng sau đó, do bản thân rượu và thuốc lại là chất gây lo âu, nên bắt buộc họ phải tăng dần liều sử dụng. Hành vi cứ như vậy lặp đi lặp lại và tăng dần, đưa chủ thể vào một vòng xoắn đáng sợ của sự nghiện rượu, nghiện thuốc. Những rối loạn tập tính nghiện này không thể không ảnh hưởng đến các quan hệ xã hội của chủ thể.

d. Trạng thái trầm cảm

Khi tình huống stress kéo dài dai dẳng, người bệnh xuất hiện tình trạng lo âu, hạn chế các hoạt động. Họ nghĩ rằng, mình không thể làm tốt hơn khi phải đương đầu lâu dài với tình huống stress. Họ thường có thái độ nổi khùng, đòi hỏi; tự đánh giá thấp về mình và dần dần rơi vào hội chứng trầm cảm.

Tóm lại, khi rơi vào tình huống stress, con người có ngay các phản ứng stress. Các phản ứng này hoặc là bình thường, mang tính thích nghi hoặc là một phản ứng stress bệnh lý. Chúng ta cần lưu ý đến những biến đổi tâm lý, cơ thể và tập tính của người bệnh khi họ có phản ứng stress bệnh lý cấp tính hoặc kéo dài.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. MỘT SỐ DẠNG ĐẶC BIỆT CỦA STRESS

3.1. Trạng thái stress sau sang chấn

Sự xuất hiện của trạng thái này liên quan đến một phản ứng stress diễn ra chậm, sau khi người bệnh bị một chấn thương bất ngờ và trầm trọng. Nếu trạng thái này không thuyên giảm một cách tự phát hoặc do không được điều trị chu đáo thì sẽ tiến triển thành những rối loạn kéo dài với các dấu hiệu đặc trưng sau:

3.1.1. Các triệu chứng đặc hiệu

- Người bệnh giật mình một cách tự phát (hoặc do một tiếng động bất ngờ); thực hiện một phông lực vận động, cảm xúc.
- Hội chứng sống lại các cảm giác trong tình huống stress lúc ban ngày hoặc ban đêm (ác mộng).
- Hội chứng trì trệ hoạt động trí tuệ, vận động.

3.1.2. Các triệu chứng không đặc hiệu

- Triệu chứng giống lo âu, ám ảnh sợ hoặc ám ảnh ý nghĩ.
- Triệu chứng trầm cảm như trong trạng thái suy nhược nặng (đây là triệu chứng hay gặp).

Các rối loạn không đặc hiệu thường kéo dài, trong khi các triệu chứng đặc hiệu lại thuyên giảm một cách chậm chạp. Chủ thể dần dần xuất hiện các rối loạn của một nhân cách đang tự tổ chức lại, giống như khi họ bị bệnh tâm căn: hay than phiền về sự suy nhược hoặc có các rối loạn về tính cách (cáu kỉnh, yêu sách...).

3.2. Các rối loạn thích nghi

Các rối loạn về tâm thần, cơ thể và tập tính thường kết hợp chặt chẽ với nhau, tạo thành sự rối loạn quá trình thích nghi của chủ thể. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn thích nghi được Hiệp hội các nhà tâm thần Mỹ nêu ra năm 1994 như sau:

- Sau tác động của một hoặc một số nhân tố gây stress tâm lý - xã hội, trong vòng ba tháng, chủ thể xuất hiện phản ứng stress.
- Tính chất không thích nghi của phản ứng có các dấu hiệu sau:
 - + Chủ thể bị tổn thất trong công tác, học tập hoặc trong các hoạt động, quan hệ thông thường.
 - + Đáp ứng quá mức với các nhân tố stress bình thường và chủ thể không thể dự đoán trước kết cục của phản ứng.
 - + Có những rối loạn không giống như một phản ứng tăng quá mức thông thường đối với các nhân tố gây stress và cũng không phải là một cơn kịch phát trong rối loạn tâm thần.
 - + Có những rối loạn không phù hợp với tiêu chuẩn của bất kỳ bệnh loạn thần đặc hiệu nào và những rối loạn này cũng không phải là biểu hiện của một trạng thái khó chịu, song chúng cũng không gây ra bất kỳ một biến chứng nào.
 - + Phản ứng này tồn tại không quá 6 tháng.

4. CÁC THÀNH PHẦN CỦA PHẢN ỨNG STRESS

4.1. Tình huống stress

Con người luôn phải chịu những tác động của các yếu tố môi trường tự nhiên và xã hội (như yếu tố hóa học, vật lý, quan hệ tình cảm, hoàn cảnh kinh tế, chính trị...). Song có những kích thích đối với người này thì dễ dàng gây ra phản ứng stress, còn đối với người khác thì không. Ngay đối với một người, với một tác nhân cụ thể, trong hoàn cảnh này thì có thể gây ra stress, trong hoàn cảnh khác thì lại không... Có người gặp may mắn, ít phải đương đầu với các tình huống gây stress bất thường, không

lường trước (như thảm họa, sự tấn công...), song họ lại phải đương đầu với những tác động của sự gò bó, sự khó khăn hoặc những xung đột lặp đi lặp lại hàng ngày trong cuộc sống gia đình, trong công việc v.v... Trước cùng một hoàn cảnh như nhau, mỗi người có những phản ứng khác nhau.

Một yếu tố môi trường (ở trong hoặc ngoài cơ thể), muốn kích thích để chủ thể có phản ứng stress, thì yếu tố đó phải nằm trong một tình huống stress nhất định.

Tác động của tình huống stress phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như thời điểm gây ra stress; cường độ, thời gian tác động lâu hay mau của stress; mức độ bất ngờ, số lần lặp lại và nhất là tính chất của kích thích stress (sự mất mát, sự xa cách, xung đột hay sự thay đổi đột ngột trong đời sống...). Đây là những đặc trưng của biến cố và là yếu tố quan trọng trong các tình huống stress.

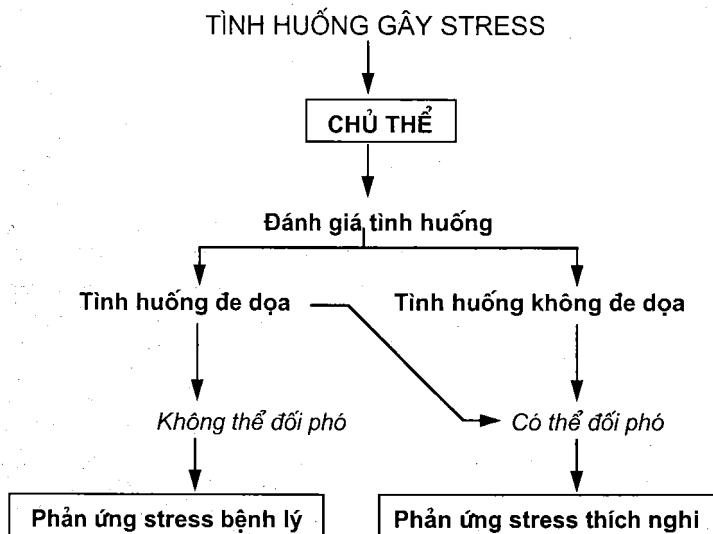
Trong thực tế, chúng ta còn gặp những yếu tố khác cũng đóng vai trò chủ yếu trong phản ứng stress, như khả năng đáp ứng và khả năng làm chủ tình huống stress của chủ thể. Những khả năng này phụ thuộc vào việc chủ thể đánh giá tình huống stress như thế nào. Tất nhiên, sự đánh giá của chủ thể mang tính chủ quan, mang dấu ấn cá nhân rất sâu sắc.



Sơ đồ 7.2:

PHẢN ỨNG STRESS

(theo Lazarus)



Khi đánh giá một tình huống stress, nếu chủ thể cảm thấy tình huống không có gì đe dọa và có thể đối đầu được thì phản ứng stress lúc này trở nên thích hợp, bình thường.

Trái lại, khi chủ thể cảm thấy đây là một tình huống đe dọa thì có thể có hai khả năng xảy ra:

* Người bệnh cho rằng không thể chống chọi được với tình huống nhưng dù sao vẫn phải đương đầu với nó, nên nảy sinh phản ứng stress bệnh lý.

* Hoặc người bệnh cho rằng mình đã có biện pháp làm chủ, dàn xếp được với tình huống stress, nên nảy sinh phản ứng stress thích nghi.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong các trường hợp như vậy, sự đánh giá tình huống stress của chủ thể sẽ tương ứng với khả năng thực tế của họ.

Chúng ta cũng có khi gặp phản ứng stress bệnh lý xuất hiện do dồn nén bên trong khi chủ thể đánh giá sai tình huống và quá đề cao khả năng bản thân.

Có thể xảy ra sự không tương xứng giữa một bên là yêu cầu cao của công việc và một bên là khả năng có hạn của chủ thể, do đó đưa đến sự quá tải về tâm lý. Đây được xem như là một nhân tố bên ngoài của stress bệnh lý.

Trái lại, có tình huống làm mất sự thích nghi do chủ thể không cần mang hết khả năng của mình ra để đáp ứng với công việc. Đây là hiện tượng dưới tải về tâm lý và được xem như là nhân tố bên trong gây stress bệnh lý (do mất cân đối giữa yêu cầu của tình huống đặt ra quá thấp, mà khả năng đáp ứng của chủ thể lại dư thừa).

4.2. Hoàn cảnh xung quanh

Hoàn cảnh xung quanh (nhất là hoàn cảnh xã hội) đã chi phối, điều chỉnh mạnh mẽ các biến cố gây ra stress. Sự nâng đỡ của người xung quanh, sự đầu tư đầy đủ cho hoạt động nghề nghiệp... sẽ là những nhân tố bảo vệ chủ thể, giúp họ đương đầu với hoàn cảnh stress.

Trái lại, những tình huống như hoạt động nghề nghiệp ít được đầu tư (trình độ hành nghề của chủ thể hạn chế, điều kiện làm việc thiếu thốn...); chủ thể luôn luôn có mối lo ngại bị sa thải, bị thất nghiệp hoặc có khó khăn về gia đình... đều có thể trở thành tình huống stress. Các tình huống này sẽ làm cho chủ thể thêm khó khăn khi phải đối phó với các tình huống stress khác.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.3. Nhân cách của chủ thể

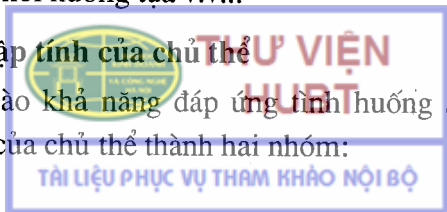
Nhân cách có vai trò hàng đầu trong quá trình thích nghi. Người có những biểu hiện như: cảm xúc không ổn định, khó làm chủ cảm xúc; sự lo lắng về tình huống có xu hướng bị kịch hóa; quá đề cao những trắc trở, đánh giá thấp khả năng của bản thân..., sẽ gặp nhiều khó khăn khi phải đối phó với tình huống stress. Một số chủ thể tuy có tính cách mềm yếu, song họ đối phó với những tình huống stress bất ngờ, dữ dội lại dễ dàng hơn là phải đối phó với những tình huống diễn ra đều đều hàng ngày. Nhìn chung, những người này có khả năng thích nghi cao.

Các loại nhân cách sau đây thường dễ bị tổn thương khi gặp tình huống stress:

- Nhân cách không ổn định về cảm xúc, mang tính xung động và thiếu tự chủ.
- Nhân cách phân ly, có biểu lộ cảm xúc quá mức và tính ám thị cao.
- Nhân cách suy nhược tâm thần, dễ bị ám ảnh, thụ động, hoài nghi...
- Nhân cách lo âu, tránh né, với nét đặc trưng là căng thẳng cảm xúc, e sợ, ngại giao tiếp...
- Nhân cách lệ thuộc, với biểu hiện chủ yếu là thụ động, bất lực và hay đi tìm nơi nương tựa v.v...

4.4. Những tập tính của chủ thể

Căn cứ vào khả năng đáp ứng tình huống stress, chúng ta chia tập tính của chủ thể thành hai nhóm:



4.4.1. Tập tính nhóm A – những tập tính nguy cơ

Những chủ thể mang tập tính này có nét đặc trưng chủ yếu sau đây:

- Nhanh nhẹn trong hành động.
- Quan tâm đến nghề nghiệp một cách rõ rệt.
- Có tinh thần chiến đấu, cạnh tranh trên cơ sở chịu trách nhiệm, sự cố gắng và quyết giành thắng lợi.

Các chủ thể này ít nhiều có ý thức tìm cách đương đầu với tình huống stress lặp đi lặp lại (thông thường tình huống stress tăng theo chiều trái ngược với tập tính của chủ thể).

Những chủ thể ít biểu lộ tình cảm hoặc ít cầu cứu sự giúp đỡ từ bên ngoài thì khi gặp thất bại họ thường tự nguyện gánh lấy trách nhiệm, không đổ lỗi cho người khác.

Những chủ thể có khuynh hướng kiểm soát các tình huống stress, nếu càng cố gắng hoạt động nhằm kiểm soát tình huống bao nhiêu thì họ lại càng thấy mình không còn kiểm soát được chúng bấy nhiêu.

Những chủ thể có phản ứng hormon quá mức, tăng trương lực hệ thần kinh giao cảm khi gặp tình huống cạnh tranh thường là người mang tập tính nhóm A, có tiền sử gia đình mắc bệnh động mạch vành. Như vậy, tập tính nhóm A giống như một nhân tố tạo thuận lợi cho việc xuất hiện bệnh lý động mạch vành di truyền.



Các công trình nghiên cứu đã cho thấy đối tượng có tập tính nhóm A mắc bệnh động mạch vành nhiều hơn từ 30 đến 70% so với các đối tượng khác.

Song ở những người này do phải thường xuyên tiếp cận với các phương pháp điều trị bệnh tật của mình nên họ có thể điều chỉnh các tập tính và như vậy tập tính nhóm A trở thành một trong những nhân tố dự phòng bệnh động mạch vành cho họ.

4.4.2. Tập tính nhóm B – những tập tính bảo vệ

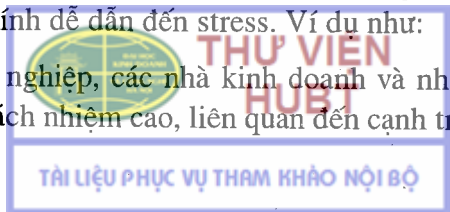
Những chủ thể thuộc loại B là những người biết chịu đựng, dễ dàng thích nghi với sự thay đổi của môi trường và cảm thấy chúng không có gì là đe dọa. Trước khó khăn, họ thường phản ứng quá mức về mặt tập tính và sinh học. Do đó, tập tính nhóm B được xem như là nhân tố bảo vệ chủ thể trong một số tình huống stress.

Những chủ thể mang tập tính nhóm B có đặc trưng sau:

- Có thái độ tự chủ trong các tình huống stress.
- Có tinh thần trách nhiệm trong phạm vi những vấn đề liên quan đến cuộc sống.
- Có khả năng thích nghi một cách mềm dẻo trước những thay đổi bất thường của hoàn cảnh.

Trong thực tế, thường gặp một số nghề nghiệp tạo cho chủ thể những tập tính dễ dẫn đến stress. Ví dụ như:

- Các chủ xí nghiệp, các nhà kinh doanh và những người làm nghề đòi hỏi trách nhiệm cao, liên quan đến cạnh tranh... Những



người này thường có biểu hiện tổn thương về mặt sinh học như bệnh lý tim mạch (đánh trống ngực, đau vùng trước tim, cao huyết áp không ổn định) hoặc các triệu chứng về bệnh đường tiêu hóa (viêm đại tràng).

- Những nhân viên trong tình trạng xung đột với cấp trên, thường có những biểu hiện: phản ứng quá mức, cáu kỉnh, mất ngủ, khó chịu với tiếng ồn và đôi khi xuất hiện các rối loạn về tim mạch, tiêu hóa...

- Những bà mẹ làm việc quá tải do phải đồng thời đảm đương nhiệm vụ ở gia đình và ở công sở, phải thường xuyên chạy đua với thời gian. Họ trở nên mệt mỏi, nổi cáu, phản ứng quá mức, rối loạn thần kinh thực vật (đau nửa đầu, căng thẳng cơ bắp, khó thư giãn) và có thể có biểu hiện bệnh lý về tim mạch, về tiêu hóa...

- Các nhân viên có nguy cơ không có việc làm, những người thất nghiệp, các sinh viên không có tương lai chắc chắn... Tùy theo nhân cách của mỗi người mà có những biểu hiện rối loạn về tâm thần và cơ thể.

- Ngược lại, những người về hưu không biết cách sử dụng thời gian rảnh rỗi và phải đối phó với những khó khăn của gia đình, của bản thân... cũng rất hay bị các stress bệnh lý kéo dài.

4.5. Sự nhạy cảm của chủ thể

Khi chủ thể gặp những tình huống đe dọa, bất ngờ, không kiểm soát được và thậm chí nguy hiểm đến tính mạng thì xuất hiện hiện tượng nhạy cảm. Khi hồi tưởng lại các biến cố hoặc các tình huống giống như khi xảy ra biến cố, chủ thể có những

phản ứng quá mức như lo âu cấp tính, ám ảnh sợ... Những phản ứng giết mình của người bệnh tâm căn sau sang chấn cũng được giải thích bằng sự nhạy cảm này.

Hiện tượng nhạy cảm có thể còn xuất hiện trong các tình huống stress hàng ngày của chủ thể như giảm sức chịu đựng khi gặp các tình huống stress nghề nghiệp, khi gặp các tình huống xung đột với cấp trên hoặc trong gia đình.

Những chủ thể nhạy cảm thường ít đương đầu với các tình huống stress. Các triệu chứng stress bệnh lý ở họ được biểu hiện rất sớm và dễ dàng.

5. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU CHỈNH VÀ KIỂM SOÁT STRESS

– Khi gặp tình huống stress, nếu phép thử làm chủ tình huống của chủ thể diễn ra một cách thuận lợi thì họ nhanh chóng đưa ra được một chiến lược phù hợp với khả năng của mình để đối phó với tình huống và sự thành công của chiến lược hầu như chắc chắn. Sự đáp ứng stress về mặt tâm lý, sinh lý của chủ thể là thích hợp và họ ít tốn công sức. Nhân tố trung tâm của chiến lược thích nghi này chính là khả năng kiểm soát và thích nghi dễ dàng với tình huống stress của chủ thể.

– Khi gặp tình huống đòi hỏi phải nỗ lực cao độ mới kiểm soát được, thì chủ thể thực hiện một đáp ứng vượt quá mức của một phản ứng đối với tình huống được đánh giá là không thể kiểm soát, thậm chí nguy hiểm hoặc một phản ứng đối với tình huống khiến chủ thể không tự mình đối phó được, phải nhờ sự trợ giúp có hiệu quả từ bên ngoài.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

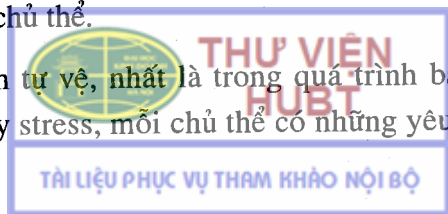
– Nếu về lý thuyết người ta chỉ quan tâm đến nhân tố nhận thức (nhân tố trí tuệ) trong tạo ra chiến lược thích nghi, thì về thực hành, chúng ta phải quan tâm đến nhiều yếu tố khác, trong đó có yếu tố cảm xúc của chủ thể về các sự kiện xảy ra. Qua nhận thức người ta xây dựng chiến lược điều chỉnh; qua cảm xúc ta tổ thái độ đáp ứng đúng đắn của chủ thể đối với tình huống stress.

– Sự kiểm soát bên ngoài các biến cố của chủ thể được thể hiện ở thái độ tích cực của họ nhằm làm chủ tình hình thực tế và tìm kiếm sự trợ giúp xã hội. Trái lại, sự kiểm soát bên trong liên quan đến việc làm chủ các ý nghĩ của chủ thể. Sự mất kiểm soát, thể hiện bằng sự xa lánh, trốn chạy của chủ thể để không phải đương đầu với các tình huống stress. Có khi chủ thể đi đến sử dụng các chất có hại như rượu, thuốc... để đối phó tiêu cực với tình huống stress.

Có một số cách khác để đánh giá tình huống stress như: đánh giá thông qua trách nhiệm mà chủ thể gánh vác khi tình huống vừa mới bộc lộ; hoặc ngược lại, chủ thể gán trách nhiệm cho người khác, cho sự ngẫu nhiên, sự rủi ro...

– Những đánh giá về thái độ và sự đáp ứng là rất quan trọng để chúng ta tiên lượng khả năng sử dụng liệu pháp tâm lý phục hồi, nhằm giải quyết các khó khăn trong quá trình thích nghi đối với stress bệnh lý của chủ thể.

Trong quá trình tự vệ, nhất là trong quá trình bảo vệ mình trước căn bệnh gây stress, mỗi chủ thể có những yêu cầu khác



nhau. Có người đòi được biết chính xác bệnh tật của mình (vì những hiểu biết này có thể giúp họ chế ngự lo âu và tình huống stress). Ngược lại, một số người cũng vì mục đích thích nghi nên không yêu cầu thầy thuốc giải thích về bệnh tật (vì cho rằng, mình sẽ không chịu nổi nếu biết rõ bệnh tật), họ chấp nhận sống trong tình trạng chẩn đoán bệnh tật không rõ ràng. Chúng ta tôn trọng những thái độ tâm lý khác nhau này của người bệnh.

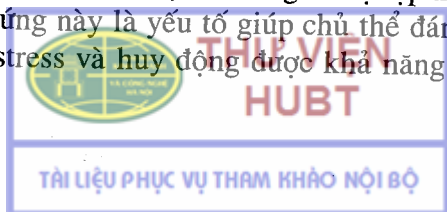
Như vậy, khái niệm thông báo sự thật bệnh tật cho người bệnh cũng chỉ là tương đối, tùy theo nhu cầu tâm lý của họ.

6. SINH LÝ HỌC STRESS

Sự phát sinh, phát triển trạng thái stress và khả năng thích ứng trước tình huống stress của con người liên quan chặt chẽ với hoạt động của hệ thống thần kinh - thể dịch, trước hết là hệ thống thần kinh trung ương - dưới đồi - tuyến yên và tuyến thượng thận

6.1. Hệ thần kinh trung ương

Từ những thông tin thu được qua hoạt động của các giác quan, từ hoạt động trí tuệ và cảm xúc, vỏ não đã chủ động đánh giá tình huống stress. Những đáp ứng của cơ thể về mặt sinh lý, sinh lý bệnh đối với tình huống stress phụ thuộc rất nhiều vào kết quả đánh giá này. Các phản ứng hormon trước tình huống stress tuy không mang tính phản xạ, song nó phụ thuộc nhiều vào tình trạng hiện tại, mức độ cảm ứng và sự tập nhiễm của chủ thể. Chính phản ứng này là yếu tố giúp chủ thể đánh giá đầy đủ hơn tình huống stress và huy động được khả năng có thể có để đối phó với nó.



Khi hệ thần kinh trung ương tham gia vào chức năng nhận thức và cảm xúc các phản ứng thích nghi thần kinh - tập tính thì vùng hải mã được xem là ngã tư chính của sự thích nghi này vì đây là vùng có các thụ thể chứa glucocorticoid. Căn cứ vào cảm ứng của cơ thể với glucocorticoid, chúng ta chia thành hai nhóm người:

Nhóm I, gồm những người có cảm ứng với sự thay đổi vừa phải lượng glucocorticoid hàng ngày.

Nhóm II, gồm những người có cảm ứng với một số lượng lớn glucocorticoid bài tiết trong tình huống stress.

Một giả định được đặt ra là: nếu một stress cấp tính gây ra sự tập nhiễm bằng cách hoạt hóa các thụ thể nhóm II, thì stress mạn tính sẽ gây ra sự giảm cảm ứng thứ phát của các thụ thể nhóm I; và như vậy chủ thể bị rối loạn thích nghi là do họ có thiếu sót trong việc học tập, rèn luyện các tập tính của mình.

6.2. Hệ thần kinh giao cảm và tuyến tủy thượng thận

6.2.1. Sự phóng thích catecholamin

Tủy thượng thận có chung nguồn gốc phôi thai với hệ thần kinh giao cảm. Ngay trong những phản ứng khẩn cấp đầu tiên của quá trình đáp ứng tình huống stress (trong giai đoạn báo động), hệ thần kinh giao cảm và tuyến tủy thượng thận đã được hoạt hóa. Chất catecholamin dự trữ (adrenalin trong các đầu mút của thần kinh giao cảm; noradrenalin trong các tuyến của tủy thượng thận) được giải phóng và kích thích cơ thể hoạt động, tạo nên đáp ứng thích nghi sinh học tức thời (kéo dài trong vài phút).

6.2.2. Sự báo động về mặt tâm lý và cơ thể

Adrenalin và noradrenalin được phóng thích vào máu đã làm cho nhịp tim tăng lên (tăng lực co bóp tâm thu) và nâng cao

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

huyết áp động mạch, do đó xảy ra hiện tượng phân phối lại máu trong cơ thể theo hướng có lợi cho cơ bắp và có hại cho nội tạng. Các catecholamin giải phóng còn gây co mạch ngoại vi, tăng trao đổi khí, tăng chuyển hóa, tăng trương lực các cơ và làm hưng phấn hệ thần kinh... Cảm giác sợ là một trong những đáp ứng quá mức của chủ thể đối với những thay đổi trên.

Rõ ràng là trong giai đoạn đầu của trạng thái stress, catecholamin tiết mạnh vào máu, làm tăng phản ứng bảo vệ và nâng cao sức chống đỡ cho cơ thể.

Sự thủy phân ATP (adenotriphosphat) có sẵn trong cơ bắp đã tạo ra một năng lượng tức thì bù đắp cho cơ thể hoạt động (trong vài giây). Nguồn năng lượng cần bổ sung tiếp theo được lấy từ sự thủy phân glycogen và mỡ.

Canxi và magie tham gia tích cực vào cơ chế điều hòa quá trình giải phóng các chất trung gian hóa học (như acetylcholin). Việc tổng hợp các chất trung gian hóa học và sự dẫn truyền xung động qua các tế bào thần kinh rất cần đến vitamin nhóm B.

6.3. Hệ thống dưới đồi - tuyến yên-tuyến vỏ thượng thận

6.3.1. Những nét đặc trưng của hệ thống

Vùng dưới đồi thị (*hypothalamus*) quy tụ nhiều luồng cảm giác hướng tâm và có đường liên hệ với các cấu trúc khác của hệ thần kinh trung ương, đặc biệt là hệ limbic. Nó không những tham gia điều hòa quá trình sinh lý hệ thần kinh thực vật mà còn tham gia điều hòa các tập tính (như trạng thái thức - ngủ, no - đói...), các chức năng nội tiết của cơ thể. Hormon được tiết ra từ hypothalamus là hormon giải phóng (RH - releasing hormon) và hormon ức chế (IH - inhibiting hormon).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong tình huống stress, thông qua hoạt động trung gian của các nhân cạnh não thất, vùng dưới đồi tham gia trước tiên vào việc giải phóng corticoliberine và gắn nó vào thụ thể tế bào hướng vỏ thượng thận của tuyến yên để gây tiết ở đó những hormon tương ứng. Chỉ có hai hormon vasopressin và oxytocin được đổ thẳng vào máu và gây tác dụng trực tiếp lên các cơ quan khác.

Tuyến yên (hypophysis) có ba thùy, phát triển từ ba nguồn gốc phôi thai, trong đó thùy trước là quan trọng hơn cả. Trong tình huống stress, dưới ảnh hưởng của các hormon thuộc hypothalamus, thùy trước tiết ra hai nhóm hormon tác dụng trên các chức năng chuyển hóa và sinh dục. Ngoài ra, khi bị kích thích mạnh, đặc biệt là kích thích đau, tuyến yên còn tiết ra các chất endorphin và enkephalin...

Tuyến vỏ thượng thận, dưới ảnh hưởng của ACTH (adreno - cortico - tropin - hormon) thuộc tuyến yên đã tiết ra ba loại corticoid:

- Glucocorticoid: có tác dụng chuyển hóa đường, đạm, mỡ và chống viêm, chống dị ứng...
- Corticoid khoáng (mineralocorticoid): có tác dụng chuyển hóa nước và các chất điện giải.
- Các hormon sinh dục như aldosteron, oestrogen và progesteron...

Trong tình huống stress, một lượng quan trọng glucocorticoid được vỏ thượng thận khẩn cấp tiết ra. Chất này đã sử dụng một lượng lớn vitamin C để điều hòa sự tổng hợp cortisol (do đó nồng độ vitamin C trong huyết tương bị giảm xuống khi cơ thể bị stress).

Những đáp ứng sau khi bị kích thích của vỏ thượng thận so với việc phóng thích catecholamin diễn ra chậm hơn vài phút, song lại kéo dài lâu hơn.

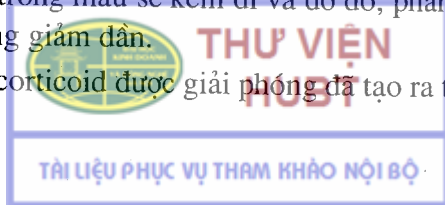
Song song với cơ chế tác động điều tiết thuận (từ vùng dưới đồi - tuyến yên đến các tuyến đích, như tuyến thượng thận) là cơ chế điều tiết ngược (feed-back). Có cơ chế điều tiết ngược âm tính (kìm hãm) và có cơ chế điều tiết ngược dương tính (thúc đẩy tuyến trên sản xuất hormon). Sự điều tiết ngược có thể đi theo đường dài hoặc theo đường ngắn và cực ngắn. Điều khiển ngược đường dài được thực hiện nhờ trong hypothalamus và trong tuyến yên có các receptor tiếp nhận hormon từ tuyến đích. Điều khiển ngược đường ngắn được thực hiện nhờ trong hypothalamus có các receptor tiếp nhận hormon do tuyến yên tiết ra. Và điều khiển ngược cực ngắn được thực hiện nhờ trong hypothalamus có các receptor tiếp nhận hormon do chính nó tiết ra.

Những sự điều tiết thuận và ngược chiều này là cơ sở sinh học giúp cho chủ thể đương đầu với các tình huống stress.

6.3.2. Các phản ứng khẩn cấp, liên tục dưới tác dụng của cortisol

Hoạt động của hệ thống dưới đồi - tuyến yên - tuyến vỏ thượng thận đã giúp tạo ra các phản ứng chủ yếu để cơ thể đương đầu với tình huống stress. Thông thường các phản ứng tồn tại không quá hai giờ. Nếu tình huống stress quá kéo dài thì tình trạng báo động vẫn được duy trì, tác dụng kìm hãm của glucocorticoid trong máu sẽ kém đi và do đó, phản ứng điều hòa của chủ thể cũng giảm dần.

Chất glucocorticoid được giải phóng đã tạo ra tác dụng kép:



- Giúp tạo ra năng lượng để chủ thể duy trì khả năng thích nghi. Trong phản ứng báo động, lượng glycogen dự trữ bị giảm nhanh (do phải huy động để phóng thích adrenalin, tạo ra ATP và thực hiện phản ứng enzym với sự tham gia của các vitamin nhóm B, nhóm C và magiê). Nhờ có glucocorticoid mà chất mỡ, chất đạm được phân huỷ để tạo ra glycogen mới.
- Kìm hãm các phản ứng quá mức của một số hệ thống trong tình huống stress (như phản ứng bài tiết insulin, vasopressine; phản ứng gây viêm, gây miễn dịch) vì nếu để các phản ứng này vượt quá mức bình thường thì chúng không còn chức năng bảo vệ mà trái lại chúng lại tấn công vào những nơi chúng bảo vệ.

6.3.3. Tác động của một số chất khác ở vùng dưới đồi, tuyến yên

ACTH là chất vốn liên quan đến corticoliberine, có nguồn gốc từ propiomelano - corticotrophine (một tiền chất hormon, khi bị phân huỷ sẽ tạo ra nhiều chất khác nhau như các peptid dạng thuốc phiện và đặc biệt là betaendorphine - có tác dụng đối với ngưỡng cảm giác đau).

Các peptid khác của vùng dưới đồi tác dụng lên tuyến yên và điều hoà sinh học (như điều hoà huyết áp) là arginine, vasopressin, angiotensin II...

Sự bài tiết hormon tăng trưởng (GH - growth hormon) phụ thuộc vào hai tiền chất là somatostatin kìm hãm và somatostatin kích thích. Trong một số tình huống stress, chúng ta khó có thể phân biệt được chúng tác động lên tiền chất kìm hãm hay làm giảm tiền chất kích thích để giảm bài tiết hormon tăng trưởng. Một số trẻ em do tình huống stress làm giảm lượng hormon tăng trưởng nên có hội chứng lùn tâm lý - xã hội.

Các tình huống stress cũng tác động lên việc bài tiết hormon sinh dục. Nhiều phụ nữ do xung đột tâm lý mà tắt kinh, mất kinh. Nhiều trẻ em, nhất là những trẻ em thiếu thốn tình cảm hoặc bị ngược đãi, khi gặp tình huống stress, có thể xuất hiện chứng thiếu năng sinh dục (do nguyên nhân dưới đồi thị).

Ngoài ra, trong giai đoạn báo động, người ta còn thấy tuyến cận giáp tăng tiết parathormon, làm tăng canxi huyết, kích thích phân giải glycogen, lipid và tăng tổng hợp protid...

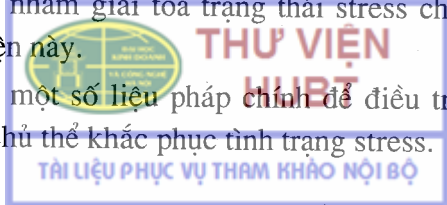
Gần đây, người ta còn thấy tuyến tụy cũng tăng cường hoạt động trong pha cơ thể thích nghi với stress.

Rõ ràng là có mối liên quan chặt chẽ giữa nhân tố tâm lý và đáp ứng sinh học của chủ thể trong tình huống stress. Hệ thần kinh trung ương có vai trò quan trọng trong việc tạo ra các hormon và duy trì mức độ đáp ứng của các hormon ngoại biên. Vì vậy, khi phải đương đầu với tình huống stress, không phải chủ thể chỉ đáp ứng bằng phản xạ đơn thuần mà còn đáp ứng bằng ý chí, cảm xúc và sự tinh thông của mình.

7. ĐIỀU TRỊ STRESS

Các tình huống stress tác động đồng thời hoặc kế tiếp nhau trên bốn lĩnh vực chủ yếu sau đây của chủ thể: tư duy, xúc cảm, chức năng cơ thể và tập tính. Khi tiến hành điều trị, dù bằng phương pháp nào (liệu pháp tâm lý hay dùng thuốc), chúng ta cũng trước hết nhằm giải tỏa trạng thái stress cho chủ thể trên bốn phương diện này.

Sau đây là một số liệu pháp chính để điều trị stress và tạo điều kiện cho chủ thể khắc phục tình trạng stress.



7.1. Điều trị bằng tâm lý liệu pháp

7.1.1. Các liệu pháp tác động tập tính

Đối với những tình trạng stress lặp đi lặp lại hoặc kéo dài, chúng ta có thể điều trị bằng phương pháp phản xạ có điều kiện.

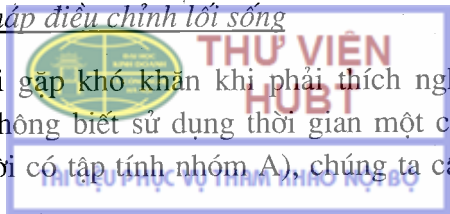
Chúng ta biết rằng, khi gặp tình huống stress gây mất ổn định, người bệnh nào cũng có phản ứng cảm xúc, hành vi để né tránh và cố gắng không đối đầu với chúng. Những phản ứng này có thể vẫn được tiếp tục duy trì, ngay cả khi các tình huống stress chính không còn nữa.

Liệu pháp tập tính bao gồm việc đánh giá các rối loạn chức năng và đề xuất mục tiêu, phương pháp điều trị các rối loạn chức năng này. Có hai liệu pháp tập tính chính mà chúng ta thường sử dụng là: liệu pháp giải tỏa cảm ứng một cách có hệ thống và liệu pháp học tập xã hội (học tập cách đối phó với tình huống tương tự như stress hoặc đối phó với tình huống stress tưởng tượng như thật).

Đối với những người mang tập tính có nguy cơ hoặc khó thích nghi với các tình huống hàng ngày, nhưng lại có biểu hiện của một stress bệnh lý, chúng ta có thể giúp họ lựa chọn hai cách điều trị sau đây: hoặc là sắp xếp lại công việc để sử dụng thời gian một cách tốt hơn hoặc là dựa vào kết quả kiểm tra cảm xúc mà khẳng định bản thân mình.

7.1.1.1. Phương pháp điều chỉnh lối sống

Đối với người gặp khó khăn khi phải thích nghi với tình huống stress do không biết sử dụng thời gian một cách hợp lý (kể cả những người có tập tính nhóm A), chúng ta cần làm cho



họ ý thức đầy đủ về lợi ích của việc kết hợp hài hòa giữa thời gian thư giãn, chơi thể thao với thời gian dành cho công việc nghề nghiệp. Họ cân tạo ra những khoảng trống hợp lý giữa thời gian làm việc để hoạt động giải trí.

Mặt khác, để tăng thêm sức chống đỡ các tình huống stress, người bệnh cần thực hiện tập tính ăn uống thích hợp, tránh tăng trọng lượng cơ thể quá mức.

7.1.1.2. Điều trị bằng tư tưởng dinh bản thân

Chúng ta biết rằng, thái độ khẳng định của chủ thể rất cần thiết khi gặp tình huống stress, giúp cho họ làm chủ tình cảm của mình. Ngược lại, người có thái độ thụ động, thù địch thường gây ra những phản ứng không thích hợp, quá mức đối với stress. Những thái độ không phù hợp có thể do suy nghĩ lệch lạc hoặc do ức chế xã hội bắt nguồn từ nỗi lo âu dai dẳng hoặc sự kém hiểu biết xã hội (như đối xử, giao tiếp không khéo léo...) của chủ thể.

Người bệnh luyện tập đối phó với tình huống stress bằng cách làm quen với những tình huống có cường độ tăng dần (và trong từng tình huống, họ thực hiện những vai trò, nhiệm vụ khác nhau). Sự tự khẳng định mình của người bệnh được đánh giá qua việc họ thích ứng dần với các vai diễn khác nhau; qua khả năng dàn xếp của họ với các cảm xúc tiêu cực và qua sự trả lời hợp lý các câu hỏi về chiến lược điều chỉnh mà họ đã sử dụng trong tình huống stress.



7.1.2. Liệu pháp nhận thức

Liệu pháp nhận thức nhằm tác động vào hoạt động tư duy lệch lạc của người bệnh (mà những sai lệch này làm cho họ nhận thức không đúng, đáp ứng không thích hợp trong tình huống stress).

Liệu pháp trước hết đi sâu tìm hiểu cách đánh giá chủ quan, cách xử lý thông tin của người bệnh trong tình huống stress. Qua đó, xác định hoàn cảnh, điều kiện khiến cho người bệnh đánh giá tình huống stress là nguy hiểm và khả năng đương đầu của họ đối với tình huống nguy hiểm này.

Qua nghiên cứu mức độ nhận thức lệch lạc, nhất là trong suy nghĩ tự phát của người bệnh, cho phép chúng ta xác định thực chất chiều hướng bi quan khi đánh giá tình huống stress của họ.

Liệu pháp nhận thức tìm cách điều chỉnh những lệch lạc chủ yếu của người bệnh theo từng giai đoạn như sau:

- *Giai đoạn đầu:* hướng dẫn để người bệnh thấy được những suy nghĩ lệch lạc khi đánh giá tình huống stress. Trước hết, yêu cầu họ ghi lại những suy nghĩ tự phát, những đánh giá chủ quan, khách quan dưới mức thực tế của mình đối với tình huống stress. Sau đó yêu cầu họ xem xét, phê phán những suy nghĩ, đánh giá này (với sự trợ giúp của thầy thuốc). Đồng thời, giúp họ đánh giá những lệch lạc của các quá trình trí tuệ khác khiến có những suy nghĩ tự động.
- *Giai đoạn hai:* giúp người bệnh đề xuất những suy nghĩ, những nhận thức phù hợp để chống lại những suy nghĩ lệch lạc.
- *Giai đoạn ba:* yêu cầu người bệnh đem những suy nghĩ mới, những nhận thức mới, phù hợp vào thử thách trong thực tế.

Mục tiêu bao quát của liệu pháp là giúp người bệnh chỉnh đốn nhận thức, giúp người bệnh xử lý tốt các thông tin trước tình huống stress, qua đó mà có quá trình thích nghi tốt hơn. Nhờ sự thích nghi tốt hơn mà chủ thể tăng cường khả năng đương đầu, đối phó với tình huống stress.

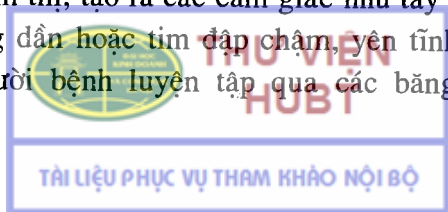
7.1.3. Phương pháp tiếp cận cơ thể

Một trong những biểu hiện quan trọng về cơ thể của bệnh lý stress là rối loạn thần kinh thực vật và căng thẳng cơ bắp. Các liệu pháp cơ thể chủ yếu nhằm điều trị hai loại rối loạn này, trong đó, đáng chú ý là liệu pháp thư giãn.

Đây là liệu pháp nhằm tạo ra cho cơ thể một đáp ứng sinh lý đối kháng lại các phản ứng stress. Nhờ thư giãn mà người bệnh giảm được nhịp tim, nhịp thở, giảm mức tiêu thụ oxy, giảm huyết áp và giảm lưu lượng máu nội tạng để tăng lượng máu cho các cơ ngoại biên, đồng thời, liệu pháp cũng làm giảm sự căng thẳng của các cơ trơn, cơ vòng. Một số liệu pháp thư giãn thường dùng là:

7.1.3.1. Luyện tập tư sinh của Schultz

Người bệnh trong tư thế nằm, tập trung suy nghĩ về những phần cơ thể được giãn cơ thoải mái. Lời hướng dẫn đầu buổi tập là những câu ám thị, tạo ra các cảm giác như tay phải nóng lên, chân phải nặng dần hoặc tim đập chậm, yên tĩnh v.v... Có thể hướng dẫn người bệnh luyện tập qua các băng ghi âm, ghi hình...



Người bệnh có khả năng tự thư giãn sau nhiều tháng luyện tập đều đặn (mỗi tuần ít nhất luyện tập một lần). Kỹ thuật này được chỉ định cho những người bệnh chịu ám thị và tự ám thị ở mức độ trung bình. Quá trình cảnh tỉnh giúp họ luyện tập đạt kết quả thư giãn ở mức vừa phải.

7.1.3.2. Tập thư giãn cơ bắp

Phương pháp này đòi hỏi một sự thăm dò cẩn thận và thực hiện theo một trình tự nhất định về cơ - giãn liên tiếp nhiều cơ bắp khác nhau. Mục đích của liệu pháp là làm cho chủ thể thường xuyên chủ động thư giãn cơ bắp, qua đó sẽ làm chủ được mình và thích nghi tốt hơn với tình huống stress.

Liệu pháp đạt hiệu quả cao đối với người bệnh lo âu do mất khả năng kiểm soát các tình huống. Họ sẽ cảm thấy an tâm khi tự mình kiểm soát được chính cơ thể của mình.

7.1.3.3. Liệu pháp tác dụng ngược sinh học

Bằng các phương tiện đo lường sinh học (máy đo điện cơ, nhiệt kế, huyết áp kế...) người bệnh sẽ biết được trạng thái sinh lý của cơ thể. Các chỉ số sinh học này cho phép người bệnh tự mình kiểm soát và điều chỉnh các quá trình sinh lý, nhằm đáp ứng tốt hơn khi gặp tình huống stress.

Có một số “kỹ thuật” cụ thể để làm giảm các áp lực tâm lý trong cuộc sống hàng ngày như: luôn giữ nụ cười trên môi; tránh tranh luận những điều cao xa, viễn vông và cũng không nên quá trầm tĩnh; tránh những nơi không cần thiết, những hoạt

động rối ren, lộn xộn; nên tận dụng cơ hội để đọc sách báo và nghe các bản nhạc nhẹ nhàng; khi hồng việc thì hãy nghĩ rằng ai cũng có thể phạm sai lầm, nên quên chuyện đó đi và tiếp tục làm việc bình thường; đem lòng tốt giúp mọi người và không để thù hận trong lòng; học cách thư giãn, sắp xếp công việc, nghỉ ngơi hợp lý, sống thanh thản; từ từ hoà vào nhịp điệu cuộc sống, hoà mình với thiên nhiên, bằng lòng với những gì đang có và niềm vui thường ngày; bình tĩnh xử lý những vấn đề phức tạp; không tính toán những gì vô nguyên tắc; vui vẻ viết thư và nhận thư; khi bất lực trước những thay đổi của hiện trạng thì nên thay đổi cách nhìn ở một khía cạnh khác...

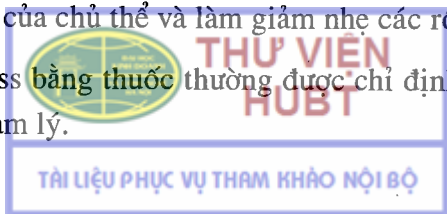
Trên đây là một số liệu pháp tâm lý tác động lên nhận thức, cảm xúc, cơ thể và tập tính nhằm nâng cao khả năng thích nghi, khả năng đáp ứng của chủ thể đối với tình huống stress.

7.2. Liệu pháp dùng thuốc

7.2.1. Chỉ định

Liệu pháp dùng thuốc chỉ được chấp nhận khi cơ thể không còn khả năng thích ứng, nghĩa là có biểu hiện của stress bệnh lý. Nói cách khác, liệu pháp dùng thuốc góp phần phục hồi khả năng thích ứng của chủ thể và làm giảm nhẹ các rối loạn stress.

Điều trị stress bằng thuốc thường được chỉ định phối hợp với các liệu pháp tâm lý.



7.2.2. Các loại thuốc thường được sử dụng

7.2.2.1. Thuốc tác động trên quá trình sinh học

a. Các thuốc bổ sung khoáng chất, vitamin

- *Magie*: làm cân bằng hoạt động nơron thần kinh, đặc biệt làm tăng hoạt động acid amin kích thích.
- *Canxi*: tham gia vào quá trình trao đổi ion khi co, giãn cơ và quá trình kiểm soát các kích thích thần kinh - cơ.
- *Các vitamin*: vitamin nhóm B tham gia vào quá trình chuyển hóa năng lượng. Vitamin nhóm C giữ vai trò nhất định trong quá trình tổng hợp cortisol. Một số tác giả cho rằng, các vitamin còn làm tăng khả năng đề kháng của cơ thể, bù đắp sự thiếu hụt do chán ăn.

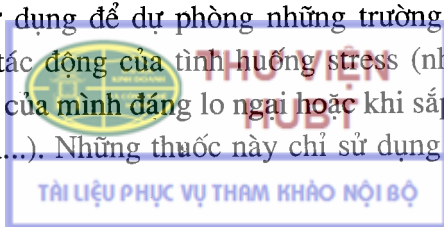
b. Glucocorticoid

Làm tăng khả năng đề kháng sinh lý của chủ thể đối với stress, nhất là khi bị sốc. Một số trường hợp dị ứng mạnh, giống như phản ứng stress (như khi bị ong có nọc độc châm), glucocorticoid có tác dụng ngăn cản stress, tránh cho cơ thể không lâm vào tình trạng sốc nặng.

7.2.2.2. Thuốc tác động hệ thần kinh trung ương

a. Các thuốc giải lo âu

Thuốc được sử dụng để dự phòng những trường hợp lo âu xuất hiện sớm do tác động của tình huống stress (như khi biết kết quả xét nghiệm của mình đáng lo ngại hoặc khi sắp tiến hành một phẫu thuật lớn...). Những thuốc này chỉ sử dụng mang tính tạm thời.



Thuốc được sử dụng để điều trị các trường hợp phản ứng stress cấp tính, nhằm làm giảm cường độ và rút ngắn thời gian biểu hiện của stress. Thuốc có thể được sử dụng một hoặc nhiều lần.

Đối với stress kéo dài, thuốc có tác dụng làm giảm các triệu chứng lo âu, giúp cho người bệnh cải thiện khả năng giao tiếp. Trong trường hợp này, thuốc được dùng với thời gian ngắn (khoảng ba tuần).

b. Các thuốc chống trầm cảm

Thuốc được sử dụng để phòng tránh những cơn stress tái phát dưới dạng gia tăng lo âu (giống như những triệu chứng của rối loạn hoảng sợ). Ngoài ra, nó còn được sử dụng để phòng ngừa một số phản ứng ám ảnh - sợ.

Thuốc được dùng để điều trị các biểu hiện stress bệnh lý kéo dài, trong đó nhân tố trầm cảm có thể xuất hiện thành cơn rõ rệt (hay gặp trong bệnh tâm căn). Có thể dùng thuốc ngay từ khi các rối loạn cảm xúc vừa mới xuất hiện.

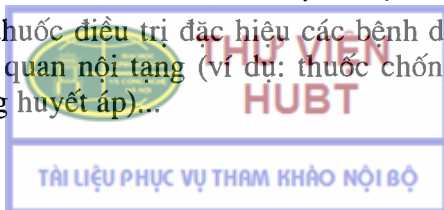
7.2.2.3. Các thuốc tác dụng ngoại biên

a. Thuốc ức chế beta

Thuốc được dùng để dự phòng các cơn lo âu đến trước stress (hay còn gọi là lo âu hiệu năng). Nó làm giảm các triệu chứng thần kinh thực vật của tim, giúp chủ thể tránh hoặc làm giảm một cách gián tiếp các cơn lo âu tâm thần.

b. Một số thuốc đặc hiệu điều trị các bệnh thực thể

Đây là các thuốc điều trị đặc hiệu các bệnh do stress gây ra đối với các cơ quan nội tạng (ví dụ: thuốc chống viêm loét dạ dày, chống tăng huyết áp)...



8. VẤN ĐỀ VỆ SINH TÂM LÝ

Người khỏe mạnh là người có trạng thái thoải mái về cơ thể, tâm lý và xã hội. Vệ sinh tâm lý là hệ thống các biện pháp củng cố, tăng cường sức khỏe tâm lý và sức khỏe thể chất của con người.

Nhiệm vụ của vệ sinh tâm lý:

- Tạo điều kiện cho con người phát triển nhân cách khỏe mạnh, hài hòa.
- Nâng cao khả năng lao động, ngăn ngừa mệt mỏi, quá sức và các tác động stress.

- Giáo dục mối quan hệ phù hợp giữa ý chí và tình cảm...
- Hướng dẫn những thói quen có ích, ngăn ngừa thói quen xấu...

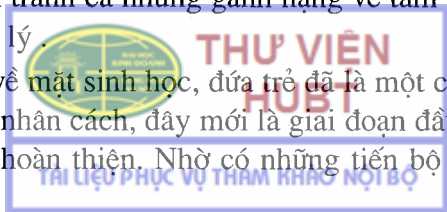
Nội dung vệ sinh tâm lý phong phú và phức tạp. Những nội dung này gắn liền với các lĩnh vực hoạt động, các giai đoạn trưởng thành, với hoàn cảnh và điều kiện sống cụ thể của mỗi người. Nó liên quan chặt chẽ với vấn đề vệ sinh lao động, vệ sinh môi trường, hoạt động phòng và chữa bệnh cho con người.

8.1. Vệ sinh tâm lý lứa tuổi

8.1.1. Vệ sinh tâm lý lứa tuổi nhỏ

Sự quan tâm đến sức khỏe tâm lý của trẻ được bắt đầu từ lúc người mẹ mang thai. Trạng thái tâm lý của mẹ có ảnh hưởng nhất định đến thai nhi, nhất là những tháng cuối. Lúc mang thai, người mẹ không những tránh làm các công việc nặng nhọc về thể lực, mà còn phải tránh cả những gánh nặng về tâm lý, những tác động stress bệnh lý.

Khi ra đời, tuy về mặt sinh học, đứa trẻ đã là một con người, song về mặt tâm lý, nhân cách, đây mới là giai đoạn đầu của quá trình hình thành và hoàn thiện. Nhờ có những tiến bộ của khoa



học, của đời sống xã hội nên ngày nay, nhiều bà mẹ đã biết cách nuôi dưỡng, giáo dục con cái; biết cách tạo ra một môi trường thuận lợi cho sự phát triển nhân cách của trẻ. Trong giai đoạn phát triển này, những biện pháp vệ sinh tâm lý cần đan xen và liên hệ chặt chẽ với các biện pháp giáo dục khoa học.

Cần hết sức tránh tạo ra những thói quen xấu cho trẻ. Những nhu cầu thiết yếu của trẻ cần cố gắng đáp ứng đầy đủ, kịp thời còn những nhu cầu khác, cần đáp ứng có chọn lọc và không nên gây cho trẻ thói quen đòi gì được nấy. Cần dần dần hình thành thói quen tự lập cho trẻ.

Đặc biệt, không nên dùng những hình phạt nặng nề đối với trẻ, kể cả những hình phạt tâm lý. Vì những hình phạt này nhiều khi để lại hậu quả xấu, ảnh hưởng nghiêm trọng đến phát triển nhân cách của trẻ. Thực tế cho thấy, đôi khi hình phạt trở thành nguyên nhân bệnh rối loạn tâm căn hoặc bệnh thái nhân cách của trẻ sau này.

8.1.2. Vệ sinh tâm lý tuổi thiếu niên

Ở lứa tuổi này, nhân cách của trẻ được phát triển một cách mạnh mẽ, tự ý thức đã bắt đầu hình thành, các quan niệm về cuộc sống rõ ràng hơn và quan hệ xã hội bước đầu được mở rộng...

Hoạt động chủ đạo của trẻ lúc này là học tập. Các biện pháp vệ sinh tâm lý được đan xen với hoạt động học tập và tổ chức học tập cho trẻ. Cần tránh tạo ra gánh nặng trí tuệ và tránh thúc ép các em học quá sức các môn học văn hóa, thể thao, âm nhạc, hội họa...

Ở cuối lứa tuổi này, trẻ dễ có những khủng hoảng tâm lý đi kèm với những biến đổi mạnh mẽ về sinh lý. Đối với trẻ em gái, nếu không được chuẩn bị chu đáo về tâm lý cho lần thấy kinh nguyệt đầu tiên, các em dễ bị những mặc cảm nặng nề.



Ở trẻ em trai, sự phát triển tâm lý giới tính cũng chuyển sang thời kỳ mới. Nếu các em bị những tác động xấu của video đen, phim ảnh đồi trụy... thì dễ có những hành vi chống đối xã hội và hành vi phi đạo đức. Các biện pháp vệ sinh tâm lý đối với lứa tuổi này gắn liền với công tác giáo dục của nhà trường, gia đình và xã hội.

8.1.3. Vệ sinh tâm lý lứa tuổi thanh niên và trưởng thành

Lứa tuổi thanh niên được đánh dấu bằng sự trưởng thành về tất cả các mặt của con người. Về xã hội, họ đã là một thành viên chính thức, tham gia tích cực vào các lĩnh vực hoạt động khác nhau của xã hội. Họ được công nhận là công dân và vì thế họ dần dần có định hình về ý thức cũng như các quan niệm xã hội... Nhiều người trong số họ lần đầu tiên tách khỏi gia đình, trở thành con người sống độc lập (độc lập về kinh tế, về dự định cuộc sống, tự mình quyết định các suy nghĩ, hành động của mình).

Nhiều thanh niên, nhất là các thiếu nữ rất chú ý đến nhan sắc, hình dáng thân thể của mình.

Trong giai đoạn trưởng thành, con người tiếp tục phát triển và hoàn thiện các nhân tố tâm lý và cơ thể.

Đối với hai giai đoạn phát triển (tuổi thanh niên và tuổi trưởng thành) vệ sinh tâm lý gắn liền với từng loại hình hoạt động cụ thể mà cá nhân tham gia như hoạt động lao động, học tập, vui chơi...

8.1.4. Vệ sinh tâm lý người cao tuổi

Những người cao tuổi có những thay đổi lớn về mặt sinh học và xã hội. Hoạt động của các hệ thống tuần hoàn, hô hấp, miễn dịch, nội tiết... thay đổi theo chiều hướng suy giảm. Về mặt xã hội, họ được nghỉ ngơi theo luật định. Sự nghỉ hưu đã kéo theo những thay đổi trong quan hệ xã hội của họ. Những mối quan hệ công tác nơi công sở trước đây chiếm một tỷ trọng lớn trong đời sống, bây giờ họ chuyển sang những mối quan hệ với bạn bè thời

thờ ấu, thuở học sinh, với người đồng hương và các quan hệ gia đình, họ hàng...

Những thay đổi về sinh học, về xã hội đã để lại những dấu ấn đậm nét trên những biến đổi về tâm lý. Họ có trạng thái thiếu cân bằng trong hoạt động, có mặc cảm bị bỏ rơi, là người thừa, là gánh nặng của gia đình, xã hội... Cũng có người đòi hỏi sự đền bù của xã hội và đề cao công lao của mình...

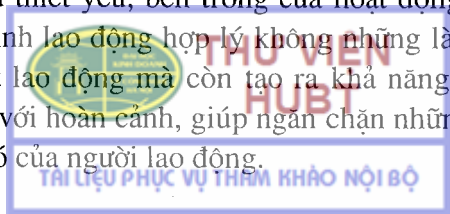
Sự quan tâm chăm sóc chu đáo của gia đình, xã hội, đặc biệt là chăm sóc y tế và đảm bảo các chế độ xã hội, tổ chức hợp lý thời gian nghỉ ngơi... có một ý nghĩa vệ sinh tâm lý rất to lớn đối với người cao tuổi.

8.2. Vệ sinh tâm lý lao động

Điều quan trọng đầu tiên của vệ sinh tâm lý lao động là nghề nghiệp phải phù hợp với năng lực và hứng thú của cá nhân. Có như vậy thì năng suất lao động mới cao, người lao động mới làm việc một cách sáng tạo và sức khỏe tâm lý của họ mới được duy trì.

Công tác hướng nghiệp cho thanh niên, học sinh không chỉ mang lại lợi ích về mặt kinh tế mà còn có ý nghĩa thiết thực về mặt vệ sinh tâm lý.

Bất kỳ một dạng lao động cụ thể nào cũng phải tuân theo những nguyên tắc, những chế độ, kỷ luật nhất định. Kỷ luật lao động phải được người lao động ý thức một cách đầy đủ và trở thành nhu cầu thiết yếu, bên trong của hoạt động lao động. Kỷ luật và quy trình lao động hợp lý không những là cơ sở để nâng cao năng suất lao động mà còn tạo ra khả năng tự điều chỉnh, thích ứng đối với hoàn cảnh, giúp ngăn chặn những stress tâm lý không đáng có của người lao động.



Những hoạt động lao động đơn điệu, như lao động theo dây chuyền, đã gây ra mệt mỏi, căng thẳng tâm lý đáng kể cho người lao động. Cần bố trí, sắp xếp sao cho các thao tác, nhịp điệu công việc không đơn điệu.

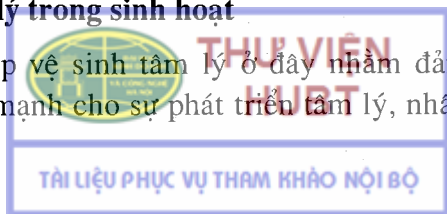
Cần thực hiện nghiêm túc các quy định vệ sinh lao động đối với tiếng ồn, ánh sáng, nhiệt độ... nơi làm việc và các chế độ bảo hộ lao động khác.

Trong bất kỳ loại lao động nào cũng đều có nhu cầu giao tiếp. Đây cũng là nhu cầu phát triển, hoàn thiện nhân cách nghề nghiệp của người lao động. Việc xây dựng một tập thể lao động đoàn kết, tương trợ, giúp đỡ lẫn nhau để từng người hoàn thành nghĩa vụ và chức trách lao động của mình, không những có lợi về mặt vệ sinh tâm lý mà còn có lợi về mặt sản xuất.

Lao động trí óc là một dạng lao động đặc biệt. Hiệu quả của lao động này phụ thuộc vào từng con người cụ thể. Có nhiều người làm việc trong điều kiện một mình, yên tĩnh mới đạt hiệu quả cao. Trái lại có những người thích làm việc với đồng người, thích trao đổi, bàn luận v.v... Song dù trong những trường hợp nào thì mỗi cá nhân cũng đều phải có một chế độ lao động, nghỉ ngơi hợp lý. Có như vậy cá nhân mới duy trì được nhịp độ, hiệu quả lao động và mới giữ gìn được sức khỏe thể lực, tâm lý.

8.3. Vệ sinh tâm lý trong sinh hoạt

Các biện pháp vệ sinh tâm lý ở đây nhằm đảm bảo một môi trường lành mạnh cho sự phát triển tâm lý, nhân cách của mỗi cá nhân.



Trong cuộc sống hàng ngày, mỗi cá nhân một mặt phải tôn trọng những nguyên tắc giao tiếp, ứng xử chung, phù hợp với chuẩn mực, đạo đức, văn hóa xã hội; một mặt khác, phải tôn trọng sở thích, hứng thú... của cá nhân. Trong thực tế lâm sàng, chúng ta có thể gặp những bệnh rối loạn thần kinh, tâm thần, thậm chí cả những bệnh thực thể, bắt đầu từ những xung đột, những va chạm thường xuyên trong cuộc sống.

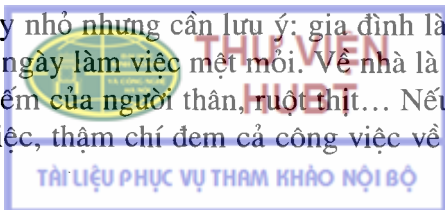
Một trong những khía cạnh đang nổi lên trong vệ sinh tâm lý sinh hoạt là vấn đề tổ chức vui chơi, giải trí trong 2 ngày nghỉ cuối tuần. Cần phải tổ chức chặt chẽ, lành mạnh các hoạt động thể thao, văn nghệ, hội hè... Cần tránh những ảnh hưởng xấu của sách báo, tranh ảnh, phim video có nội dung kích động bạo lực hoặc tình dục. Cần xây dựng phong trào mọi người thực hiện chương trình phòng tránh các tệ nạn xã hội, nhất là phòng chống các tệ nạn nghiện ma túy, mại dâm...

8.4. Vệ sinh tâm lý gia đình và đời sống tình dục

8.4.1. Vệ sinh tâm lý gia đình

Mục đích của vệ sinh tâm lý gia đình là nhằm tạo nên một môi trường tâm lý thuận lợi cho sự phát triển nhân cách hài hòa của các thành viên trong gia đình, nhất là cho con trẻ. Vấn đề vệ sinh tâm lý ở đây bao hàm cả vấn đề mọi người trong gia đình quan tâm, chăm sóc lẫn nhau và vấn đề gia đình làm công tác giáo dục con cái.

Một điều tuy nhỏ nhưng cần lưu ý: gia đình là nơi mỗi người trở về sau một ngày làm việc mệt mỏi. Về nhà là để tìm kiếm sự quan tâm, âu yếm của người thân, ruột thịt... Nếu ai đó quá mải mê với công việc, thậm chí đem cả công việc về nhà để làm, sẽ



khiến người thân cho rằng mình không quan tâm đến ai và vì thế tình cảm dần nhạt phai, gia đình trở nên lạnh lùng, xa lạ.

Hiện nay tình trạng những người thích sống cô đơn, tự giam mình trong phòng ốc đầy đủ tiện nghi tăng lên nhiều hơn. Song, như thế là làm mất đi sự giao tiếp, sự gặp mặt với mọi người; mất đi không khí “tay bắt, mặt mừng”; mất đi những nụ cười sáng khoái để rũ bỏ ưu phiền. Hãy quan tâm đến những gì xảy ra xung quanh ta và mở lòng đón nhận sự quan tâm của những người xung quanh đối với mình để cuộc sống thi vị hơn.

8.4.2. Vệ sinh tâm lý trong đời sống tình dục

Đây là một vấn đề hết sức tế nhị và nhạy cảm. Chuyện ân ái vợ chồng sẽ mang lại cho nhau niềm vui, sự sáng khoái, hạnh phúc và sức khỏe (cải thiện tuần hoàn não, giảm các cơn đau tim...).

Một số công trình nghiên cứu đã chỉ ra rằng, trong giai đoạn đang yêu “ngây ngất”, lượng testosterone ở nam giới giảm xuống, còn ở phụ nữ thì tăng lên; lượng serotonin ở cả hai người thấp hơn bình thường. Điều này có lợi cho cả sức khỏe tâm lý và cơ thể.

Nước hoa, thức ăn... sẽ làm cho cuộc sống tình dục thêm lãng mạn. Một số thức ăn có tác dụng kích thích ham muốn. Ngược lại, có một số thức ăn giúp máu lưu thông ở não và cơ quan sinh dục; kích thích sản sinh hormon làm tăng khoái cảm.

Phần lớn những cuộc ly hôn, những trục trặc trong gia đình là do cuộc sống tình dục không hòa hợp.

Vệ sinh tâm lý ở đây là tạo ra một sức khỏe tâm lý, thể chất cho cả vợ và chồng, tạo ra không khí tâm lý hòa hợp, hiểu biết lẫn nhau trong tình cảm cao đẹp giữa con người với con người.

Chương 8

PGS - TS. Nguyễn Văn Nhận - PGS - TS. Nguyễn Sinh Phúc

CHẨN ĐOÁN TÂM LÝ LÂM SÀNG

Ngày nay chẩn đoán tâm lý (psychodiagnostic) đã trở thành một khoa học thực thụ và được sử dụng rộng rãi trong giải quyết các vấn đề hoạt động thực tiễn của con người. Nhờ có chẩn đoán tâm lý mà tâm lý học từ một khoa học lý thuyết đặc trưng trở thành một khoa học hành động thực tiễn và các nhà tâm lý học chuyển từ vai trò người “cố vấn” thành người “giám định” các hoạt động tâm lý.

Trong y học lâm sàng, khoa học chẩn đoán tâm lý đã góp phần phát hiện các lệch lạc tâm lý, nhân cách của người bệnh, giúp cho thầy thuốc chẩn đoán bệnh được chính xác và điều trị người bệnh đạt hiệu quả toàn diện hơn.

I. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG VỀ CHẨN ĐOÁN TÂM LÝ

1.1. Khái niệm chẩn đoán tâm lý

Chẩn đoán tâm lý là kết quả hoạt động của các nhà tâm lý học nhằm mô tả, xác lập bản chất những đặc trưng tâm lý, nhân cách cá nhân hiện tại, dự đoán sự phát triển tương lai, đưa ra kiến nghị giúp con người khắc phục thiếu sót và phát triển hài hòa các chức năng tâm lý.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2. Nét đặc trưng của khoa học chẩn đoán tâm lý

Đối tượng nghiên cứu của khoa học chẩn đoán tâm lý là bản chất các chức năng tâm lý đang diễn ra, với những đặc trưng lệch lạc, sai sót nhất định và nguyên nhân của những sai sót, lệch lạc đó.

- Khách thể nghiên cứu của khoa học chẩn đoán tâm lý là những cá nhân riêng lẻ, những nhân cách riêng lẻ.
- Vai trò của khoa học chẩn đoán tâm lý đối với hoạt động của con người là rất to lớn. Nó giúp con người phát hiện những lệch lạc của các chức năng tâm lý so với chỉ tiêu, chuẩn mực và đồng thời giúp họ tìm ra những phương hướng, phương pháp phát triển hài hoà về tâm lý và nhân cách.

1.3. Hệ thống khoa học chẩn đoán tâm lý

1.3.1. Chẩn đoán tâm lý lý luận

Đây là hệ thống chẩn đoán tâm lý đi sâu nghiên cứu sự phân kiểu, phân loại các chức năng tâm lý lệch lạc; tìm ra mối quan hệ quy luật giữa những lệch lạc tâm lý với các nhân tố xã hội, sinh lý cơ thể (nhất là sinh lý thần kinh)...; nêu ra những nguyên tắc, phương pháp và xây dựng các phác đồ chẩn đoán tâm lý.

1.3.2. Chẩn đoán tâm lý thực nghiệm

Hệ thống này có nhiệm vụ tiến hành các thực nghiệm để chuẩn hóa nội dung, chỉ số đo lường chẩn đoán và lập ra các thang đánh giá tương ứng.

1.3.3. Chẩn đoán tâm lý thực hành

Đây là hệ thống có nhiệm vụ tác động lên các chức năng tâm lý để khảo sát, chẩn đoán những lệch lạc của chúng và thực thi các biện pháp nhằm khắc phục những lệch lạc, giúp con người phát triển một cách hài hoà về tâm lý, nhân cách.

1.4. Các hoạt động có sử dụng chẩn đoán tâm lý

1.4.1. Tuyển chọn nghề nghiệp

Mỗi dạng hoạt động nghề nghiệp có những nét đặc thù riêng và đòi hỏi người hoạt động phải có những phẩm chất tâm lý - nhân cách tương ứng. Ví dụ, người làm công tác quản lý phải có năng lực giao tiếp; người làm nghề y phải có lòng nhân ái... Cùng với các tiêu chuẩn khác về thể chất, văn hóa..., tiêu chuẩn tâm lý giúp tuyển chọn được những người có khả năng đạt hiệu quả cao trong từng lĩnh vực hoạt động cụ thể. Chính nhờ có vai trò này của chẩn đoán tâm lý mà công tác tuyển chọn nghề nghiệp vừa mang ý nghĩa xã hội, vừa mang ý nghĩa kinh tế to lớn.

1.4.2. Đánh giá sự phát triển tâm lý, nhân cách

Trong quá trình phát triển cá thể, thông qua hoạt động và giao tiếp, các chức năng tâm lý cấp cao và những phẩm chất nhân cách của con người được hình thành và hoàn thiện. Chẩn đoán tâm lý - nhân cách giúp đánh giá sự hình thành, phát triển đó diễn ra nhanh hay chậm, đồng bộ hay không đồng bộ... và nguyên nhân của những động thái diễn biến này. Ví dụ với trẻ em 6 tuổi, chẩn đoán tâm lý cần phải trả lời xem trẻ đã sẵn sàng đến trường hay chưa? Nếu chưa thì nguyên nhân tại sao? Trên cơ sở những đánh giá này, các nhà tâm lý y học đề xuất giải pháp tối ưu để giúp cho trẻ hoạt động phù hợp với những yêu cầu thực tế lứa tuổi và công việc...

1.4.3. Chẩn đoán tâm lý lâm sàng

Đây là lĩnh vực chẩn đoán tâm lý ứng dụng trong y học lâm sàng. Một trong những nội dung cơ bản của nó là xác định hiện trạng các chức năng tâm lý - nhân cách người bệnh, phát hiện những biểu hiện sai lệch bệnh lý, lý giải các nguyên nhân và dự báo sự phát triển hoặc biến đổi của các chức năng này.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.5. Các cấp độ chẩn đoán tâm lý lâm sàng

1.5.1. Chẩn đoán triệu chứng

Loại chẩn đoán này nhằm xác định mức độ hiện tại của một hoặc một số chức năng tâm lý cá nhân; so sánh với chuẩn mực, với chỉ tiêu đã có để tìm ra những lệch lạc, giống như tìm ra triệu chứng của bệnh. Ví dụ như xác định khối lượng chú ý, khả năng di chuyển chú ý; xác định khả năng của trí nhớ ngắn hạn, dài hạn hoặc chỉ số trí tuệ v.v... của các cá nhân.

1.5.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân là mức độ cao hơn so với chẩn đoán triệu chứng. Sau khi xác định hiện trạng những biến đổi, những rối loạn các chức năng tâm lý, các nhà tâm lý cần lý giải nguyên nhân của những biến đổi, rối loạn đó. Chỉ khi nào xác định rõ nguyên nhân của hiện tượng thì mới có đủ cơ sở để đề xuất những giải pháp hữu hiệu cải tạo hiện tượng.

Ví dụ: bằng các trắc nghiệm, chúng ta có thể xác định được mức độ chậm phát triển trí tuệ của trẻ. Sau đó, chúng ta tìm ra nguyên nhân của sự chậm phát triển đó (là do tổn thương hệ thần kinh trung ương hay do những thiếu sót trong quá trình giáo dục...). Trên cơ sở đó, có thể nêu ra kiến nghị: trẻ cần được học ở trường dành riêng cho học sinh chậm phát triển trí tuệ hay cần được hưởng những chế độ giáo dục ưu tiên cụ thể, thích hợp...

1.5.3. Chẩn đoán kiểu hình (type)

Đây là cấp độ chẩn đoán tâm lý cao nhất. Kết quả của chẩn đoán kiểu hình cho chúng ta một sự mô tả đầy đủ, chi tiết các mặt của nhân cách và những đặc điểm chức năng tâm lý của con người. Để có được kết quả như vậy, các nhà tâm lý phải sử dụng

nhiều phương pháp, kể cả phương pháp chính và phương pháp bổ trợ. Các cứ liệu thu thập được, cần phải phân tích trong một tổng thể cân bằng động, trong sự vận động, phát triển của đời sống tâm lý.

Chẩn đoán kiểu hình thường được sử dụng trong tuyển chọn nhân viên hoạt động trong một số ngành nghề đặc biệt. Trong lâm sàng, chẩn đoán kiểu hình thường được sử dụng trong công tác giám định sức khỏe, giám định pháp y...

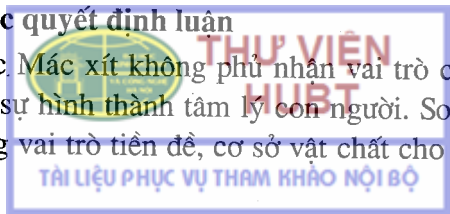
2. CÁC NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN TÂM LÝ LÂM SÀNG

Để có được một chẩn đoán tâm lý lâm sàng khoa học, các nhà tâm lý y học phải sử dụng các nhóm phương pháp khác nhau. Mỗi phương pháp được xây dựng trên một cơ sở lý luận nhất định. Song, vì mỗi phương pháp chỉ là một hệ thống các công cụ trong tay các nhà nghiên cứu, cho nên kết quả của một phương pháp như thế nào là tùy thuộc vào trình độ, quan điểm, ý đồ của nhà nghiên cứu.

Những nguyên tắc phương pháp luận là cơ sở chung nhất để các nhà nghiên cứu tiến hành việc lựa chọn nhóm phương pháp hợp lý và tiến hành phân tích cứ liệu thu được một cách tối ưu. Mặt khác, đây cũng là cơ sở để chúng ta tiếp thu một cách có chọn lọc, có phê phán các quan điểm của các trường phái tâm lý y học khác nhau.

2.1. Nguyên tắc quyết định luận

Tâm lý học. Mặc xít không phủ nhận vai trò của các yếu tố sinh học trong sự hình thành tâm lý con người. Song, đây chỉ là các yếu tố đóng vai trò tiền đề, cơ sở vật chất cho sự hình thành



đó. Tâm lý không hình thành, phát triển theo cơ chế sinh học, mà theo cơ chế lĩnh hội kinh nghiệm xã hội - lịch sử, thông qua các hoạt động tích cực của chủ thể.

Khi ra đời, con người mới chỉ đơn thuần là một tồn tại sinh học, một cơ thể sống. Bản thân cá thể người, nếu không được sống trong môi trường xã hội thì không bao giờ trở thành con người với đúng nghĩa của nó. Chỉ sống trong xã hội loài người, cá thể người mới có đủ điều kiện để trở thành con người. Những cái mà thế hệ người trước truyền lại được cho thế hệ người sau như kiến thức, tình cảm, kỹ xảo... không phải bằng con đường sinh học. Đứa trẻ phải học tập, từ cách sử dụng đồ chơi đến sử dụng các đồ dùng khác và sau này là học cách sử dụng các công cụ lao động; trẻ phải học cách đếm, cách viết v.v... Chính từ những hoạt động tích cực của mình, con người đã lĩnh hội "kinh nghiệm" của xã hội, của người khác và biến nó thành vốn liếng của riêng mình.

Do vậy khi nghiên cứu tâm lý người bệnh, chúng ta phải xem xét nó trong một thể thống nhất các mối liên hệ qua lại phức tạp giữa con người với thực tại khách quan. Điều này có nghĩa là phải xem xét một nhân cách cụ thể trong những điều kiện, hoàn cảnh xã hội - lịch sử cụ thể, với các mối quan hệ gia đình, dòng họ... phức tạp và bị chi phối bởi các tập tục từ bao đời, kể cả những tập tục, thói quen không có lợi cho sức khỏe...

2.2. Sự thống nhất tâm lý, ý thức, nhân cách và hoạt động của con người

Tâm lý, ý thức và các phẩm chất nhân cách của con người được hình thành trong hoạt động và thông qua hoạt động. Không có hoạt động thì con người không thể có bất kỳ một hiện tượng

tâm lý nào, dù là đơn giản nhất. Chúng ta chỉ có thể hiểu và giải thích một cách đúng đắn các hiện tượng tâm lý con người trong điều kiện coi chúng là sản phẩm của hoạt động.

Nguyên tắc thống nhất tâm lý, ý thức, nhân cách với hoạt động đòi hỏi phải nghiên cứu tâm lý, nhân cách người bệnh dưới góc độ các hoạt động, hành động của họ. Nghiên cứu tâm lý không chỉ đơn thuần là sự ghi nhận những biến đổi, rối loạn các chức năng tâm lý, hoặc là “đo đạc” mức độ suy giảm của chúng, mà phải xem xét chúng như một hoạt động. Phải đi sâu phân tích lĩnh vực động cơ, quá trình tạo mục đích, cách thức sử dụng công cụ, phương tiện, hoạt động, sự biến đổi trong quá trình hoạt động... của chủ thể. Điều này cũng có nghĩa là phải đi sâu tiếp cận các cơ chế vận hành bên trong của trạng thái bệnh lý, tâm lý và nhân cách người bệnh:

2.3. Nguyên tắc phát triển

Có thể xem các hiện tượng tâm lý là những hoạt động, đồng thời cũng có thể xem chúng là những quá trình. Do vậy khi nghiên cứu bất kỳ một hiện tượng tâm lý nào, chúng ta cũng phải nghiên cứu trong sự vận động và phát triển của chúng.

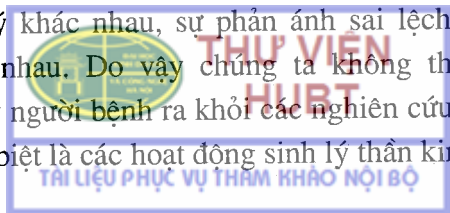
Nguyên tắc nghiên cứu hiện tượng tâm lý trong trạng thái động có một ý nghĩa đặc biệt. Nó giúp cho các nhà nghiên cứu nhìn nhận vấn đề một cách đầy đủ hơn. Một mặt, họ thấy được các hiện tượng tâm lý luôn vận động và phát triển theo qui luật nhất định, ở mỗi giai đoạn, mỗi thời kỳ có những nét riêng (ví dụ, nghiên cứu trí nhớ ở người lớn tuổi khác với ở trẻ nhỏ); mặt khác họ càng thấy rõ các hiện tượng tâm lý của con người hoàn

toàn không phải là những hiện tượng riêng lẻ, tách rời nhau mà chúng nằm trong mối quan hệ qua lại chặt chẽ với nhau.

Một điểm đáng lưu ý khác rút ra từ nguyên tắc này là: không phải tất cả các hiện tượng tâm lý của người bệnh đều vận hành theo hướng tích cực, hoặc đều phát triển theo những cơ chế bình thường, mà có khi chúng xuất hiện và vận hành theo cơ chế bệnh lý. Tất nhiên, những biến đổi tâm lý ở người bệnh diễn ra rất phức tạp, không phải chỉ theo một cơ chế “thoái lui” đơn thuần. Diễn biến của chúng bị chi phối bởi nhiều yếu tố và ngược lại, bản thân chúng cũng ảnh hưởng sâu sắc đến các yếu tố, các hiện tượng khác trong người bệnh.

2.4. Nguyên tắc nghiên cứu tâm lý kết hợp với các chức năng sinh lý

Bất kỳ một bệnh nào trong cơ thể cũng đều ảnh hưởng đến hoạt động của hệ thần kinh và qua đó mà ảnh hưởng, làm biến đổi tâm lý người bệnh. Vì lẽ đó, chúng ta không thể nghiên cứu tâm lý người bệnh một cách chung chung, mà phải nghiên cứu một cách cụ thể trên con người bị những bệnh cụ thể. Chính trạng thái bệnh lý của cơ thể, đặc biệt là của hệ thần kinh trung ương, đã làm cho con người phản ánh hiện thực khách quan một cách sai lệch, thậm chí còn phản ánh một cách bệnh lý. Ở các trạng thái bệnh lý khác nhau, sự phản ánh sai lệch của người bệnh cũng khác nhau. Do vậy chúng ta không thể tách các nghiên cứu tâm lý người bệnh ra khỏi các nghiên cứu về sinh lý, sinh lý bệnh, đặc biệt là các hoạt động sinh lý thần kinh cấp cao.



3. THỰC NGHIỆM VÀ TRẮC NGHIỆM TRONG CHẨN ĐOÁN TÂM LÝ

Để có được những chẩn đoán chính xác về thực trạng, dự đoán được đầy đủ và có biện pháp hữu hiệu thúc đẩy sự phát triển hài hòa tâm lý của người bệnh, chẩn đoán tâm lý trong lâm sàng phải sử dụng kết hợp rất nhiều phương pháp khác nhau của y học, của tâm lý học... Những phương pháp mà chúng ta thường sử dụng trong chẩn đoán tâm lý lâm sàng là: phương pháp khai thác tiền sử, bệnh sử; xây dựng lý lịch tâm lý của người bệnh; phương pháp thăm khám bệnh học tâm thần; phương pháp xét nghiệm sinh học; phương pháp điều tra theo phiếu, phương pháp trò chuyện, phương pháp phân tích sản phẩm... Song, trong số những phương pháp này, đáng lưu ý hơn cả là các phương pháp thực nghiệm và trắc nghiệm.

3.1. Một số vấn đề chung về phương pháp thực nghiệm

3.1.1. Khái niệm về phương pháp thực nghiệm

Thực chất của phương pháp thực nghiệm là tạo ra các tình huống để khách thể tái tạo lại một hiện tượng tâm lý theo ý đồ của nhà nghiên cứu và tiến hành khảo sát hiện tượng tâm lý này.

Trong thực nghiệm, thông thường chúng ta làm thay đổi một hoặc một số yếu tố của hoàn cảnh xung quanh, sau đó tiến hành nghiên cứu đánh giá những thay đổi về tâm lý, nhân cách của người bệnh dưới tác động của hoàn cảnh mới. Tất nhiên, sự thay đổi hoàn cảnh phải tuân theo những quy luật nhất định.

3.1.2. Các nguyên tắc thực nghiệm tâm lý (theo X. L. Rubinstein)

3.1.2.1. Nguyên tắc mô hình hóa các hoạt động tâm lý

Trong những điều kiện nghiên cứu nhất định (thực nghiệm trong phòng thí nghiệm hay thực nghiệm tự nhiên) các hiện



tượng tâm lý cần nghiên cứu được tái tạo lại theo đúng như hình mẫu mà con người đã thể hiện nó trong lao động, cuộc sống, trong giao tiếp v.v...

3.1.2.2. Nguyên tắc phân tích định tính các hoạt động tâm lý

Phân tích định tính các hoạt động tâm lý không có nghĩa là chỉ đi sâu đánh giá xem người bệnh có thực hiện được hay không, hoặc thực hiện được bao nhiêu phần trăm các bài tập trong thực nghiệm, mà còn phải đánh giá xem họ đã giải quyết các bài tập như thế nào? Thái độ, mức độ hứng thú cũng như sự nỗ lực của người bệnh ra sao? Cái gì đã thúc đẩy họ thực hiện các bài tập?... Phân tích định tính phải kết hợp chặt chẽ với phân tích định lượng. Tất nhiên, các chỉ số về khối lượng, về thời gian thực hiện bài tập cũng cần được phân tích, lý giải dưới góc độ phân tích định tính.

3.1.2.3. Nguyên tắc khách quan

Về cơ bản, thực nghiệm là sự tác động qua lại giữa người tiến hành thực nghiệm với khách thể nghiên cứu. Do vậy việc thu thập và phân tích các cứ liệu trong thực nghiệm phải được thực hiện một cách khách quan, tránh bị chi phối bởi những yếu tố chủ quan.

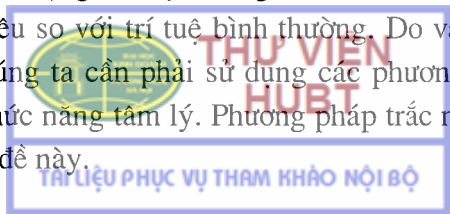
Trong thực nghiệm, người tiến hành thực nghiệm không được coi mình chỉ là người quan sát, đứng ngoài cuộc, mà phải trực tiếp tham gia vào quá trình thực nghiệm, thực hiện các tác động qua lại với khách thể nghiên cứu và chủ động thay đổi yếu tố của hoàn cảnh, ghi nhận một cách khách quan những thay đổi của hiện tượng tâm lý cần nghiên cứu.

Thực nghiệm tâm lý được coi là phương pháp rất có hiệu quả trong chẩn đoán lâm sàng các bệnh thần kinh, tâm thần, nhất là trong chẩn đoán phân biệt hoặc chẩn đoán định khu tổn thương ở não.

Tuy vậy, chúng ta cũng thấy thực nghiệm có một số hạn chế như:

- Thực nghiệm sẽ rất khó khăn nếu như phải tiến hành cùng một lúc trên nhiều người bệnh.
- Kết quả thu được của thực nghiệm rất khó xử lý bằng phương pháp thống kê.
- Do các nhà nghiên cứu trực tiếp tham gia vào thực nghiệm nên khi tiến hành có thể xảy ra một số vấn đề phức tạp sau đây:
 - + Có nhiều yếu tố chủ quan ảnh hưởng đến việc phân tích kết quả thực nghiệm.
 - + Các dữ liệu dễ bị bỏ sót. Có những dữ liệu tưởng như không quan trọng (tùy theo cách đánh giá của người thực hiện), nhưng có khi lại là những tài liệu chứa nhiều thông tin cần thiết về đặc điểm biến đổi tâm lý - nhân cách của người bệnh.

Trong thực tế, có rất nhiều trường hợp cần phải định lượng những biến đổi, những rối loạn chức năng tâm lý, dù chỉ là định lượng một cách tương đối. Ví dụ, trên một người bệnh bị giảm sút khả năng lao động trí tuệ, chúng ta rất muốn biết sự giảm sút này là bao nhiêu so với trí tuệ bình thường. Do vậy trong nhiều trường hợp chúng ta cần phải sử dụng các phương pháp có khả năng đo đặc chức năng tâm lý. Phương pháp trắc nghiệm sẽ giúp giải quyết vấn đề này.



3.2. Một số vấn đề chung về phương pháp trắc nghiệm

3.2.1. Khái niệm về trắc nghiệm tâm lý

Test, theo nghĩa tiếng Hy Lạp, đó là một phép thử, phép đo. Trong rất nhiều tài liệu ở nước ta, thuật ngữ “trắc nghiệm” và “test” được sử dụng với nghĩa tương đương nhau.

Trắc nghiệm được coi là nhóm các phương pháp nghiên cứu đang được sử dụng rộng rãi nhất trong tâm lý học nói chung và trong tâm lý học y học nói riêng. Nó là một trong những công cụ đặc biệt, giữ vai trò chủ yếu để giải quyết các nhiệm vụ của chẩn đoán tâm lý lâm sàng.

Trắc nghiệm tâm lý là hệ thống các biện pháp đã được chuẩn hóa về kỹ thuật, được qui định về nội dung và qui trình thực hiện, nhằm đánh giá hành vi và kết quả hoạt động của một người hoặc một nhóm người.

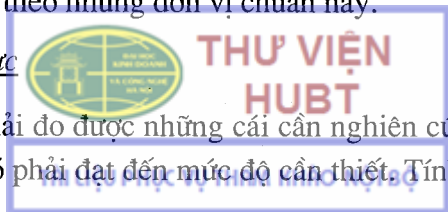
3.2.2. Cơ sở của các trắc nghiệm tâm lý

3.2.2.1. Tính quy chuẩn

Trắc nghiệm phải được chuẩn hóa về mặt kỹ thuật (về trình tự các thao tác, điều kiện tiến hành trắc nghiệm...). Điểm chuẩn của trắc nghiệm phải được xác lập trên một nhóm đồng người, đại diện cho một quần thể về lứa tuổi, văn hóa, nghề nghiệp, sắc tộc, giới tính v.v... Đánh giá bất kỳ phẩm chất tâm lý nào của cá nhân cũng phải dựa theo những đơn vị chuẩn này.

3.2.2.2. Tính hiệu lực

Trắc nghiệm phải đo được những cái cần nghiên cứu và hiệu quả đo lường của nó phải đạt đến mức độ cần thiết. Tính hiệu lực



của trắc nghiệm một mặt được đo bằng hệ số tương quan giữa các chỉ số trắc nghiệm, mặt khác được đo bằng sự đánh giá đã qua kiểm tra một cách khách quan các phẩm chất tâm lý của khách thể nghiên cứu.

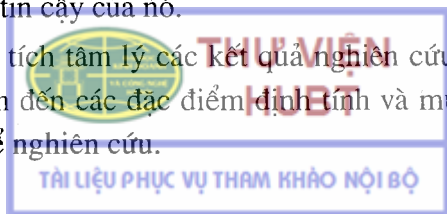
Tính hiệu lực của trắc nghiệm bao gồm bốn loại: tính hiệu lực về nội dung; tính hiệu lực về khả năng dự đoán của trắc nghiệm; tính hiệu lực về quan niệm tâm lý học của các tác giả và tính hiệu lực đã qua xác định bằng cách đối chiếu với tiêu chuẩn bên ngoài của các phẩm chất tâm lý người bệnh.

3.2.2.3. Độ tin cậy

Đây chính là sự ổn định của các kết quả trắc nghiệm, nghĩa là khi sử dụng những hình thức khác nhau của một trắc nghiệm hoặc khi tiến hành một trắc nghiệm lặp lại nhiều lần trên cùng một khách thể nghiên cứu (hay trên những khách thể tương đương nhau) thì kết quả các lần trắc nghiệm đều giống nhau.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến độ tin cậy của trắc nghiệm, ví dụ như số lượng và chất lượng các bài tập tiến hành trong trắc nghiệm; sự đa dạng về thành phần các khách thể nghiên cứu; mức độ chính xác của việc đánh giá các câu trả lời của khách thể nghiên cứu v.v... Qua tính toán, người ta thấy rằng, thông thường, hệ số hiệu lực của trắc nghiệm không thể cao hơn căn bậc hai hệ số tin cậy của nó.

Khi phân tích tâm lý các kết quả nghiên cứu, chúng ta phải luôn luôn tính đến các đặc điểm định tính và mức độ phát triển của khách thể nghiên cứu.



3.2.3. Nét đặc trưng của trắc nghiệm tâm lý

- Trước hết, các trắc nghiệm tâm lý không đòi hỏi những thủ tục, những tài liệu, dụng cụ phức tạp khi tiến hành và việc sử dụng chúng lại tốn ít thời gian.
- Các kết quả trắc nghiệm thường được ghi lại một cách trực tiếp và việc xử lý các kết quả này bằng toán học, bằng máy tính... rất thuận tiện.
- Các tiêu chuẩn của trắc nghiệm được xác lập đầy đủ, chính xác, nên việc đánh giá được thực hiện một cách dễ dàng.
- Trắc nghiệm có thể được sử dụng cho từng cá nhân hoặc cho cả nhóm người.

3.2.4. Các kiểu loại và hình thức trắc nghiệm

3.2.4.1. Các kiểu loại trắc nghiệm

Trắc nghiệm gồm một số kiểu loại chính sau đây:

- + Kiểu trắc nghiệm dành cho cá nhân hoặc dành cho nhóm.
- + Kiểu sử dụng ngôn ngữ hoặc sử dụng hành động thực thi.
- + Kiểu trắc nghiệm viết hoặc trắc nghiệm nói.
- + Kiểu trắc nghiệm tiến hành trong điều kiện nhân tạo (trong phòng thí nghiệm) hoặc trong điều kiện tự nhiên (như trong giáo dục, trong lao động, khi chữa bệnh...).
- + Kiểu trắc nghiệm cần đến những công cụ đặc biệt hoặc chỉ sử dụng các phương tiện thông thường như giấy, bút, đồng hồ...

Ngày nay chúng ta đã có nhiều phương tiện nghe nhìn hiện đại, dựa trên các phương tiện này mà chúng ta biết rất nhiều kiểu trắc nghiệm mới đã ra đời và việc thực hiện các trắc nghiệm có nhiều thuận lợi hơn.

Mỗi kiểu trắc nghiệm có mặt ưu và mặt khuyết nhất định. Tùy đối tượng, tùy khách thể và các điều kiện trắc nghiệm mà chúng ta lựa chọn những kiểu trắc nghiệm cho phù hợp.

3.2.4.2. Các hình thức trắc nghiệm

Trước đây, các trắc nghiệm cá nhân thường được xây dựng trên cơ sở những câu trả lời độc lập, tự do của khách thể nghiên cứu. Câu trả lời càng đầy đủ, người tiến hành trắc nghiệm càng dễ dàng đánh giá kết quả. Song hình thức này cũng đòi hỏi trắc nghiệm viên phải thật sự có trình độ cao và phải phân tích kết quả thu được một cách khách quan.

Nếu tiến hành trắc nghiệm theo nhóm, thì vấn đề tiêu chuẩn hóa các điều kiện của khách thể cần được đặt ra. Điều này làm nảy sinh nhiều hình thức trắc nghiệm khác nhau (mỗi nhóm khách thể được đặt vào một điều kiện thời gian, không gian cụ thể).

Sau đây xin trình bày sâu về hình thức trắc nghiệm lựa chọn câu trả lời:

+ Các câu trả lời được quy thành một số từ hạn chế và đòi hỏi khách thể phải đặt các từ này vào đúng những vị trí nhất định (ở cuối câu hay điền vào chỗ trống của câu). Tất nhiên hình thức này cũng không thể khắc phục được sự ảnh hưởng của yếu tố chủ quan trong đánh giá các kết quả trắc nghiệm, bởi vì có thể phải đánh giá rất nhiều câu trả lời của khách thể, vượt ra ngoài dự tính của người lập trắc nghiệm.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Để khắc phục nhân tố chủ quan khi đánh giá câu trả lời, người ta đưa ra các hình thức trắc nghiệm đòi hỏi khách thể nghiên cứu phải lựa chọn một câu nào đó trong một vài câu trả lời có sẵn. Thông thường, yêu cầu khách thể lựa chọn một trong hai phương án đúng hay sai, có hay không hoặc lựa chọn một trong nhiều câu trả lời có sẵn mà họ cho là đúng hoặc đúng nhất...

Thời gian gần đây, hình thức trắc nghiệm lựa chọn câu trả lời đã trở thành hình thức phổ biến trong chẩn đoán tâm lý nói chung, trong chẩn đoán tâm lý lâm sàng nói riêng.

+ Những ưu điểm của hình thức trắc nghiệm lựa chọn câu trả lời:

Do chỉ cần đánh những dấu đơn giản vào câu trả lời nên khách thể trắc nghiệm tốn ít thời gian mà vẫn làm được nhiều bài tập, cho nên trắc nghiệm viên có thể nghiên cứu trên một phạm vi rộng và toàn diện hơn, làm cho trắc nghiệm có độ tin cậy cao hơn.

Hình thức trắc nghiệm lựa chọn câu trả lời đã cho phép khách thể và trắc nghiệm viên có điều kiện để kiểm tra kỹ câu hỏi, câu trả lời; phân biệt được mức độ khó, dễ của bài tập và có thể làm bộc lộ ra những khía cạnh khác nhau của các chức năng tâm lý cần nghiên cứu, khắc phục tốt hơn những nhân tố chủ quan trong đánh giá kết quả nghiên cứu.

Bằng hình thức trắc nghiệm này, việc xử lý các kết quả bài tập sẽ tốt hơn, đơn giản và thuận tiện hơn.

+ Nhược điểm của trắc nghiệm lựa chọn câu trả lời là:

Nhiều trường hợp sự nhận lại của trí nhớ, sự phỏng đoán và bất chú có thể bị làm dung nên kết quả trắc nghiệm dễ bị sai

lạc. Ngay những câu trả lời "có" hoặc "không" cũng có khi không chân thật, bởi vì nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như khách thể nghe theo khuynh hướng trả lời chung của nhiều người, của quan niệm xã hội chứ không phải là câu trả lời của riêng mình; mặt khác nó còn phụ thuộc vào chính tâm thế, ý thức, trình độ phát triển trí tuệ... của cả trắc nghiệm viên và khách thể nghiên cứu...

3.2.5. Sự trình bày và kiểm tra các bài tập trắc nghiệm

3.2.5.1. Một số yêu cầu khi trình bày các trắc nghiệm

Theo R. L. Thorndike và E. Hagen, khi trình bày trắc nghiệm cần tuân thủ một số yêu cầu sau:

- + Các bài tập của trắc nghiệm phải dễ đọc.
- + Nếu là trắc nghiệm về học lực, thì bài tập không được nhắc lại những câu y như trong sách giáo khoa.
- + Tri thức của bài tập này không phụ thuộc vào tri thức của các bài tập kia.
- + Các câu trả lời cho bài tập này không được là những câu gợi ý để trả lời các bài tập khác.
- + Các câu trả lời đúng trong bài tập của trắc nghiệm lựa chọn phải được phân bố theo một thứ tự ngẫu nhiên.
- + Các bài tập không được chứa những câu hai nghĩa và nhất là không "đặt bẫy" đối với người đọc.
- + Trong các bài tập của trắc nghiệm lựa chọn một trong hai cách trả lời, không được có những từ gợi ý ví dụ như những bài có từ "luôn luôn", "tất cả"... thường là những bài sai và những bài có từ "đôi khi", "có trường hợp"... thường là những bài đúng v.v...

+ Trong các bài tập yêu cầu điền vào chỗ trống, cần tránh để quá nhiều chỗ trống trong mỗi bài tập. Những từ bỏ trống phải là những chìa khóa để hiểu đúng đắn bài tập.

+ Đối với trắc nghiệm lựa chọn, những điều bản chất nhất phải được chứa đựng trong câu hỏi chính. Không được đưa nhiều chi tiết phụ vào trong câu hỏi. Những câu trả lời không được chứa những từ vô nghĩa, nhiều nghĩa hoặc là những cạm bẫy.

3.2.5.2. Kiểm tra các bài tập trắc nghiệm

+ Bộ bài tập trắc nghiệm khi xây dựng xong phải được kiểm tra trên nhóm người đại diện (về giới tính, lứa tuổi, trình độ học vấn và trong những môi trường, hoàn cảnh, điều kiện trắc nghiệm khác nhau). Khi đưa ra sử dụng, phải chỉ rõ trắc nghiệm phù hợp với loại người nào, trong điều kiện nào...

+ Bài tập phải được kiểm tra về mức độ khó, dễ. Những bài quá dễ hoặc quá khó thì phải được loại bỏ khỏi trắc nghiệm.

+ Các bài tập cần được kiểm tra về sự thuần nhất (cái chung và cái riêng), về số lượng bài tập, độ tin cậy và trật tự phân bố (sự tương quan) trong trắc nghiệm.

Cần xác định rõ thời gian, cách tiến hành (lập bảng hướng dẫn) và điểm chuẩn, hệ số điều chỉnh cũng như những phương hướng chính trong phân tích tâm lý các kết quả trắc nghiệm...

3.3. Một số quan điểm sử dụng thực nghiệm và trắc nghiệm

3.3.1. Quan điểm thứ nhất

Quan điểm này đã tuyệt đối hóa thực nghiệm, phê phán trắc nghiệm và cho rằng nó không có cơ sở lý luận đúng đắn. Theo họ, do các hiện tượng tâm lý luôn luôn ở trạng thái động, luôn

có sự ảnh hưởng và tác động qua lại lẫn nhau, cho nên chúng ta không thể có được những phép đo khách quan các chức năng tâm lý.

3.3.2. Quan điểm thứ hai

Loại quan điểm này ngược lại, đã tuyệt đối hóa trắc nghiệm và cho rằng dường như mọi hiện tượng tâm lý đều có thể đo đạc được. Ngay từ đầu thế kỷ XIX, khi trắc nghiệm mới ra đời, người ta như đã tìm được một công cụ sắc bén, thích hợp để tiếp cận các hiện tượng tâm lý - nhân cách. Sau những trắc nghiệm trí tuệ, hàng loạt các trắc nghiệm tâm lý khác đã ra đời. Có thể coi thời kỳ phát triển đỉnh cao của trắc nghiệm là những năm 40 - 45 của thế kỷ XX.

3.3.3. Quan điểm mang tính điều hòa

Những người theo hướng thực nghiệm cũng đã nhận thấy rằng trong nhiều trường hợp, vẫn phải cần đến sự "đo đạc" các hiện tượng tâm lý, dù chỉ là sự đo đạc ở mức độ tương đối. Họ công nhận rằng, bản thân các trắc nghiệm được soạn thảo rất công phu và các trắc nghiệm cũng chỉ là một thứ công cụ nghiên cứu, còn việc sử dụng nó như thế nào lại là những vấn đề của các nhà nghiên cứu.

Một số tác giả như V. M. Bleykher (1986), L. F. Burlatruc (1979) đã coi trắc nghiệm chỉ là những trường hợp cụ thể của thực nghiệm. Bên cạnh đó, họ cũng không phủ nhận một điều là, mọi trắc nghiệm đều có thể được sử dụng dưới góc độ thực nghiệm.

Ví dụ: trắc nghiệm trí tuệ của Raven vẫn có thể được khai thác dưới dạng các bài tập thực nghiệm về tư duy.

Có thể do bị lạm dụng, nên trong những thập kỷ gần đây, ở các nước phương Tây, có rất nhiều người mất lòng tin đối với trắc nghiệm. Thay vì việc tiến hành các trắc nghiệm (testing), họ có xu hướng chủ yếu đi vào đánh giá bản thân các trắc nghiệm (assessment).

Trong lĩnh vực chẩn đoán tâm lý lâm sàng, sự đánh giá các trắc nghiệm được tiến hành dưới dạng phân tích, tổng hợp các cứ liệu thu được khi tiến hành những trắc nghiệm khác nhau trên cùng một khách thể nghiên cứu.

4. PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN TRÍ TUỆ

4.1. Một số vấn đề chung

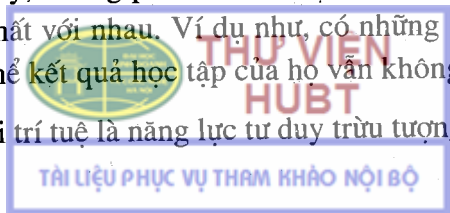
4.1.1. Khái niệm về trí tuệ

Trí tuệ (hay trí thông minh) là khái niệm được sử dụng nhiều trong tâm lý học y học. Tuy vậy, cho đến nay vẫn chưa có được một định nghĩa bao hàm đầy đủ nội dung của khái niệm này. Trong thực tế, thường gặp một số quan niệm về trí tuệ như sau:

- Quan niệm coi trí tuệ là năng lực học tập:

Thực tế cho thấy, không phải lúc nào hai khái niệm này cũng luôn luôn đồng nhất với nhau. Ví dụ như, có những người thông minh, nhưng có thể kết quả học tập của họ vẫn không được cao.

- Quan niệm coi trí tuệ là năng lực tư duy trừu tượng:



Đây là cách hiểu làm cho khái niệm trí tuệ bị thu hẹp trong phạm vi khả năng sử dụng các khái niệm của con người.

– Quan niệm coi trí tuệ là năng lực thích ứng:

Quan niệm coi trí tuệ là sự thích ứng tâm lý của chủ thể với hoàn cảnh được nhiều người tán thành. V. Stern đã coi trí thông minh là năng lực thích ứng tâm lý chung của con người với những điều kiện và nhiệm vụ mới trong đời sống. D. Wechsler đã giải thích trí thông minh là năng lực chung của nhân cách, thể hiện trong mục đích hoạt động, trong sự phán đoán, thông hiểu một cách đúng đắn và trong việc con người làm cho môi trường phù hợp với khả năng của mình. X.L. Rubinstein đã xem xét trí thông minh trên bình diện của những mối quan hệ qua lại có hiệu lực cụ thể của cá thể với hiện thực xung quanh...

Mỗi quan niệm trên xem xét trí thông minh theo một dấu hiệu nhất định và chưa có một quan niệm nào phản ánh một cách đầy đủ bản chất hiện tượng thông minh của con người.

Sau đây là định nghĩa về trí thông minh của V. M. Blaykhe và L. F. Burlatruc:

Trí thông minh - đó là một cấu trúc động, tương đối độc lập của các thuộc tính nhận thức, được hình thành và thể hiện trong hoạt động, do những điều kiện văn hóa - lịch sử quy định và chủ yếu bảo đảm cho sự tác động qua lại phù hợp với hiện thực xung quanh, cho sự cải tạo có mục đích hiện thực ấy.

Quan niệm này phản ánh tương đối đầy đủ về nội dung của trí thông minh và được nhiều người đồng tình hơn cả

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.1.2. Chỉ số trí tuệ (IQ - intelligence quotient)

Thuật ngữ này được W. Terman đưa ra lần đầu tiên vào năm 1912. Tuy vậy, cách tính chỉ số trí tuệ lại xuất hiện sớm hơn, từ năm 1905, khi trắc nghiệm trí tuệ đầu tiên (của Binet - Simon) ra đời.

Theo Binet, chỉ số trí tuệ được tính theo công thức:

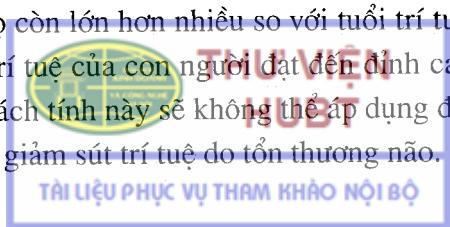
$$IQ = MA : CA \times 100$$

Trong đó, MA là tuổi trí tuệ; CA là tuổi thực của người được trắc nghiệm.

Cách tính này đơn giản, dễ thực hiện và có giá trị định hướng khi xem xét trí thông minh của trẻ em.

Ngay từ năm 1916, Terman đã chỉ ra sự bất hợp lý trong cách tính IQ của Binet. Ví dụ: một em bé có tuổi thực (CA) là 3, tuổi trí tuệ (MA) là 2, thì chỉ số trí tuệ (IQ) của em là 66. Trong khi đó, có em 14 tuổi, nếu cũng có tuổi trí tuệ kém hơn so với tuổi thực là 1, thì chỉ số trí tuệ của em lại là 93. Một ví dụ khác, một em bé lên 5 tuổi, có MA = 6, nên IQ = 120; sau 5 năm, đến khi em 10 tuổi, có MA = 12, thì cũng vẫn có IQ = 120... Rõ ràng là công thức này không tính đến những đặc điểm phát triển chất lượng trí tuệ của trẻ.

Đối với người lớn, công thức tính này càng không phù hợp, vì tuổi thực của họ còn lớn hơn nhiều so với tuổi trí tuệ (người ta quan niệm rằng, trí tuệ của con người đạt đến đỉnh cao là lúc 16 tuổi). Mặt khác, cách tính này sẽ không thể áp dụng được đối với những trường hợp giảm sút trí tuệ do tổn thương não.



Do những điều không hợp lý trên mà ngay cả khi trắc nghiệm trí tuệ của Binet được cải biên đến lần thứ 3 (1960) và lần thứ 4 (1986) nhưng cũng không được nhiều người sử dụng mà tính theo cách tính của D. Wechsler.

D. Wechsler đã biểu thị IQ bằng các đơn vị của độ lệch chuẩn. Ông tiến hành đo nghiệm trên những nhóm chuẩn (với mẫu lớn và đại diện cho đủ các thành phần). Trên cơ sở điểm số tổng cộng và bảng phân bố điểm của trắc nghiệm, ông tính số điểm trung bình cộng (M) và độ lệch chuẩn (SD) cho mỗi hạng tuổi. Các điểm được tính toán này là căn cứ để Wechsler ấn định trị số IQ tương đương (IQ chuẩn hay IQ khuynh số) và theo ông số trung bình của các điểm số đều tương đương với trị số $IQ = 100$, độ lệch chuẩn là 1 SD (bằng 15 điểm IQ). Như vậy, cứ mỗi điểm nguyên liệu, sẽ có một IQ tương ứng.

Trắc nghiệm trí tuệ và cách tính IQ của D. Wechsler, phần nào đã phản ánh được quan niệm trí tuệ của ông: trí tuệ là năng lực toàn thể, thể hiện toàn bộ nhân cách con người.

4.2. Một số trắc nghiệm trí tuệ dùng trong lâm sàng

4.2.1. Trắc nghiệm trí tuệ Stanford - Binet

Trắc nghiệm được Binet và Simon công bố năm 1905 để giúp cho việc phân biệt trẻ em học bình thường và trẻ em học kém do chậm phát triển trí tuệ. Năm 1916, Terman (một giáo sư tâm lý học Trường Đại học Stanford của Mỹ) đã cải tiến trắc nghiệm và đưa vào sử dụng cho trẻ em Mỹ. Người ta gọi hình thức cải biên này là trắc nghiệm Stanford - Binet. Trắc nghiệm đã được tiêu chuẩn hóa trên 1000 trẻ em và 400 người lớn. Năm

1937, trắc nghiệm biến thể thành hai dạng (L và M), đã qua tiêu chuẩn hóa trên 3184 người và được dùng để chẩn đoán trí tuệ của trẻ em trên 1,5 tuổi và người lớn. Năm 1960 trắc nghiệm được lược bỏ bớt phần lạc hậu, hợp nhất phần ưu việt thành một dạng duy nhất và độ khó của trắc nghiệm cũng được nâng lên. Thang Stanford - Binet 1960 được chuẩn hóa trên 4498 người và được dùng cho người từ 2,5 đến 18 tuổi.

Trắc nghiệm Stanford - Binet được chia thành nhiều tiểu nghiệm, trong đó có các tiểu nghiệm dùng cho hạng tuổi từ 2 đến 14 và có 4 tiểu nghiệm dùng cho người lớn.

Các tiểu nghiệm đều liên quan đến sự đánh giá từ vựng, cách sử dụng từ và trí nhớ... Dành cho trẻ em ở những hạng tuổi thấp, trắc nghiệm thường chú trọng đến sự nhận thức các vật thể, hình thể. Dành cho trẻ em ở những hạng tuổi cao, thường là các trắc nghiệm có sử dụng ngôn từ, con số và các mối tương quan so sánh. Về mặt lý thuyết, tiểu trắc nghiệm dùng cho hạng tuổi nào thì chỉ trẻ em ở hạng tuổi đó hoặc ở hạng tuổi lớn hơn mới làm được, còn những trẻ em ở hạng tuổi thấp hơn thì không làm nổi.

Khi tiến hành trắc nghiệm, trước hết phải thử xem em bé làm đúng được tất cả các khoản của tiểu nghiệm nào. Tiểu nghiệm mà em đã hoàn thành thuộc hạng tuổi nào, thì tuổi cơ bản (basal age) của em ở hạng tuổi đó. Sau đó, cho em làm các tiểu nghiệm ở hạng tuổi cao hơn, cho đến một tiểu nghiệm cao nhất mà ở đó em không làm được bất kỳ một khoản mục nào. Tiểu nghiệm cao nhất này ứng với hạng tuổi nào thì đó chính là tuổi ngọn (ceiling age) của em đó. Đếm quy tổng số khoản mục của các tiểu nghiệm mà em bé đã làm được theo hạng tuổi. Hạng tuổi này được gọi là tuổi trí tuệ (mental age) của em bé.

Trắc nghiệm Stanford - Binet (năm 1937) dựa vào quan niệm: $IQ = MA : CA \times 100$.

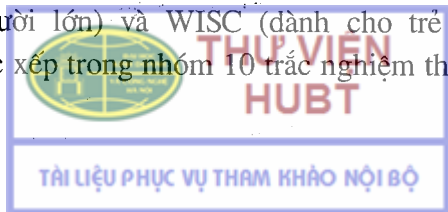
Tuy nhiên, như chúng ta đã biết, cách tính này có rất nhiều hạn chế.

Khi sử dụng trắc nghiệm Stanford - Binet, chúng ta cần hết sức lưu ý việc ấn định các quy chuẩn tuổi. Trắc nghiệm của em bé thuộc hạng tuổi nào, chỉ nói lên trí tuệ của em ở lứa tuổi đó. Mặt khác, trắc nghiệm chỉ phản ánh năng lực trí tuệ chung, không cho biết thêm về các năng lực trí tuệ chuyên biệt của trẻ vì trắc nghiệm dùng nhiều lời, nên đối với những trẻ em có thiếu khuyết về ngôn ngữ, việc thực hiện sẽ rất khó khăn.

4.2.2. Trắc nghiệm trí tuệ dành cho người lớn của Wechsler

D. Wechsler là giáo sư tâm lý học lâm sàng của Trường Đại học Y khoa New York, là chủ nhiệm Khoa Tâm lý của Bệnh viện Tâm thần Bellevue. Ông đã dành nhiều công sức cho việc soạn thảo các trắc nghiệm về trí tuệ.

Năm 1939, D. Wechsler công bố "Thang Wechsler Bellevue". Sau đó ông tiếp tục soạn thảo và cải biên các trắc nghiệm trí tuệ này. Năm 1949, ông đưa ra trắc nghiệm WIC dành cho trẻ em từ 5 đến 15 tuổi (The Wechsler Intelligence Scale for Children). Năm 1955, ông đưa ra trắc nghiệm trí tuệ WAIS dành cho những người từ 16 tuổi trở lên (The Wechsler Adult Intelligence Scale). Hiện nay, hai trắc nghiệm trí tuệ: WAIS (dành cho người lớn) và WISC (dành cho trẻ em) của D. Wechsler được xếp trong nhóm 10 trắc nghiệm thông dụng nhất thế giới.



Trắc nghiệm trí tuệ WAIS dành cho người lớn bao gồm 11 tiểu nghiệm, trong đó có 6 tiểu nghiệm dùng lời (verbal scale) và 5 tiểu nghiệm thực thi (performance scale). Sau đây là những tiểu nghiệm trong trắc nghiệm trí tuệ WAIS:

4.2.2.1. Các tiểu nghiệm dùng lời

a. *Tiểu nghiệm về kiến thức chung (general information)*

Những thông tin, kiến thức trong tiểu nghiệm tương đối đơn giản, nhằm đánh giá tính chính xác của việc ghi nhớ, sức bền trí nhớ và trong chừng mực nhất định, có thể được dùng để đánh giá sự hứng thú của khách thể nghiên cứu. Những kiến thức chung này thông thường không giảm theo lứa tuổi.

Tiểu nghiệm gồm 29 câu hỏi, sắp xếp theo mức độ khó dần. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm. Tổng số điểm tối đa của tiểu nghiệm là 29.

b. *Tiểu nghiệm về mức độ thông hiểu chung (general comprehension)*

Tiểu nghiệm nhằm đo đặc năng lực hiểu ý nghĩa các thành ngữ, năng lực phán đoán, khả năng kết hợp trí tuệ và tình cảm cũng như đánh giá mức độ hiểu biết các tiêu chuẩn đạo đức, xã hội của khách thể nghiên cứu. Kết quả tiểu nghiệm thường không thay đổi nhiều theo lứa tuổi.

Tiểu nghiệm có 14 câu hỏi. Tùy theo mức độ chính xác và khái quát của câu trả lời mà cho điểm 0, 1 hoặc 2. Tổng số điểm tối đa là 28.

c. *Tiểu nghiệm về số học*

Tiểu nghiệm nhằm đánh giá năng lực tập trung chú ý, mức độ dễ dàng trong thao tác tính toán số liệu.



Nhìn chung năng lực tính toán số liệu trong đầu không bị giảm đi một cách rõ rệt theo lứa tuổi.

Tiểu nghiệm gồm 14 bài tập số học, yêu cầu khách thể nghiên cứu tính nhẩm và trả lời miệng. Mỗi câu trả lời đúng, trong khoảng thời gian cho phép, được tính 1 điểm. Có 4 bài toán khó, nếu bài nào trả lời vượt định mức thời gian thì được cộng thêm 1 điểm. Tổng số điểm tối đa là 18.

d. Tiểu nghiệm so sánh (so sánh sự giống nhau)

Tiểu nghiệm yêu cầu khách thể nghiên cứu so sánh để xác lập sự giống nhau (tương tự) của một loạt khái niệm.

Kết quả của tiểu nghiệm giúp đánh giá năng lực hình thành khái niệm, năng lực phân loại, sắp xếp các tài liệu tri giác; năng lực trừu tượng hóa; tìm ra sự giống và khác nhau v.v... Thông thường, kết quả của tiểu nghiệm sẽ thấp dần theo lứa tuổi.

Toàn bộ tiểu nghiệm có 13 cặp khái niệm để so sánh. Tùy mức độ trả lời về những khía cạnh cụ thể, về chức năng hay khái niệm mà cho điểm là 0, 1 hoặc 2.

d. Tiểu nghiệm nhắc lại trật tự các dãy số

Tiểu nghiệm giúp cho việc nghiên cứu trí nhớ thao tác và sự chú ý. Nội dung của tiểu nghiệm bao gồm hai phần: lặp lại thuận chiều và lặp lại ngược chiều các dãy số. Mỗi phần gồm 7 dãy số. Số các chữ số thuộc dãy sau tăng dần so với dãy trước (các dãy số lặp lại thuận chiều tăng từ 3 số đến 9 số; các dãy số lặp lại ngược chiều tăng từ 2 đến 8 số). Các chữ số trong dãy không trùng nhau. Nên có thêm dãy số tương đương để sử dụng khi muốn thử lại.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Điểm của mỗi phần trắc nghiệm được tính bằng số lượng các chữ số trong dãy sau cùng mà khách thể nghiên cứu còn lặp lại được một cách chính xác. Tổng số điểm tối đa của tiểu nghiệm là 17.

Theo một số tác giả (như Bromli), kết quả thực hiện của phần thứ nhất thấp dần không đáng kể theo lứa tuổi, còn kết quả của phần hai thì lại giảm một cách rõ rệt hơn.

e. Tiểu nghiệm về từ vựng

Tiểu nghiệm yêu cầu khách thể nghiên cứu phải giải thích ý nghĩa của các từ ghi sẵn trong bảng. Kết quả của tiểu nghiệm cho phép đánh giá vốn từ vựng (có liên quan đến học vấn) của cá nhân.

Toàn bộ tiểu nghiệm gồm 40 từ, với mức độ trừu tượng tăng dần. 10 từ đầu là các từ phổ cập, thường sử dụng hàng ngày. 10 từ sau có mức độ phức tạp trung bình, đòi hỏi một trình độ học vấn nhất định mới giải thích được. Sau cùng là những từ phức tạp nhất, muốn giải thích đúng, phải có một trình độ học vấn đáng kể. Nhìn chung, các kết quả của tiểu nghiệm ít biến đổi theo lứa tuổi.

Tùy theo mức độ giải thích khái quát của câu trả lời mà cho điểm là 0, 1 hoặc 2 điểm. Điểm tối đa của tiểu nghiệm là 80.

4.2.2.2. Các tiểu nghiệm thực hành

g. Tiểu nghiệm mã hóa các chữ số (ghi ký hiệu cho các số)

Cho trước 9 ký hiệu khác nhau, tương ứng với các số từ 1 đến 9. Yêu cầu khách thể nghiên cứu dùng ký hiệu điền vào vị trí tương ứng của 100 ô số trong bảng, với thời gian là 90 sec. Tiểu nghiệm cho phép đánh giá trình độ kỹ xảo thị giác - vận động và năng lực tổng hợp các kích thích thị giác - vận động. Kết quả thực hiện tiểu nghiệm thường giảm đi một cách rõ rệt theo lứa tuổi, bắt đầu từ tuổi 40 trở lên.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mỗi ô số ghi đúng ký hiệu được tính 1 điểm. Trong thời gian 90 sec ghi đúng bao nhiêu ô, thì tính bấy nhiêu điểm. Tổng số điểm tối đa không quá 100.

h. Tiểu nghiệm tìm chi tiết còn thiếu (nét thiếu)

Có 21 bức tranh, yêu cầu khách thử nghiệm cứu sau khi xem mỗi bức tranh (trong thời gian 20 sec) chỉ ra những nét vẽ thiếu hoặc những nét chưa phù hợp của bức tranh. Tiểu nghiệm nhằm nghiên cứu những đặc điểm tri giác nhìn, khả năng quan sát và năng lực phân biệt các chi tiết cần hay không cần có.

Mỗi tranh trả lời đúng được tính 1 điểm. Điểm tối đa của tiểu nghiệm là 21.

i. Tiểu nghiệm với khối Kohs

Tiểu nghiệm yêu cầu xếp các khối gỗ có màu khác nhau (trắng và đỏ) theo 10 hình mẫu có sẵn. Kết quả của tiểu nghiệm giúp cho việc đánh giá sự phối hợp cảm giác - vận động; mức độ thực hiện dễ dàng các thao tác trên vật liệu và năng lực tổng hợp từ bộ phận thành toàn thể của khách thử nghiệm cứu.

Điểm bài tập được đánh giá tùy theo mức độ chính xác của việc ghép hình và thời gian thực hiện. Làm đúng ngay lần đầu mẫu 1 và 2 thì mỗi mẫu được 4 điểm. Nếu phải làm lại thì mỗi mẫu được 2 điểm. Từ mẫu 3 đến 6, mỗi mẫu làm đúng trong thời gian 60 sec, được 4 điểm. Bốn mẫu sau cùng (từ mẫu 7 đến 10), mỗi mẫu hoàn thành trong 120 sec thì được 4 điểm. Nếu hoàn thành sớm hơn hạn định thì được cộng thêm từ 1 đến 2 điểm cho mỗi mẫu. Điểm tối đa của tiểu nghiệm là 48.

k. Tiểu nghiệm sắp xếp trật tự bức tranh

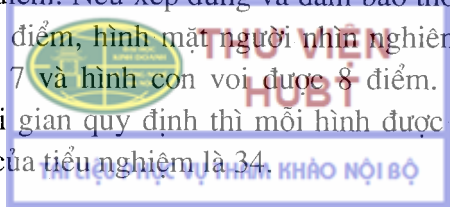
Có 8 bộ tranh, mỗi bộ gồm nhiều tranh nói về một chủ đề nhất định. Tiểu nghiệm yêu cầu khách thể nghiên cứu sắp xếp các sự kiện theo trình tự thời gian. Kết quả của tiểu nghiệm cho phép đánh giá năng lực sắp xếp các cảnh thành một chỉnh thể lô gíc; năng lực hiểu tình huống và dự đoán diễn biến của sự kiện...

Cách tính điểm dựa vào kết quả ghép tranh đúng và đảm bảo thời gian. Được 4 điểm nếu làm đúng lần thứ nhất và 2 điểm nếu phải làm lại lần hai đối với mỗi bộ tranh thứ nhất và thứ hai. Từ bộ tranh thứ ba đến thứ tám, nếu làm đúng mỗi bộ, được 4 điểm; nếu làm đúng và vượt thời gian quy định thì mỗi bộ được cộng thêm 1 đến 2 điểm.

l. Tiểu nghiệm ghép hình

Có 4 hình, mỗi hình được cắt rời thành nhiều mảnh. Khách thể nghiên cứu chỉ nhận được các mảnh rời và không biết trước hình này. Tiểu nghiệm yêu cầu họ phải ghép các mảnh rời lại theo một thứ tự hợp lý và trong một khoảng thời gian quy định. Kết quả của tiểu nghiệm giúp cho việc đánh giá các yếu tố như tiểu nghiệm “với khối Kohs”. Thông thường khả năng thực hiện tiểu nghiệm giảm đi một cách rõ rệt theo lứa tuổi.

Việc đánh giá kết quả được căn cứ vào mức độ chính xác của hình ghép và thời gian hoàn thành việc ghép hình. Mỗi mảnh ghép đúng được 1 điểm. Nếu xếp đúng và đảm bảo thời gian thì hình em bé được 5 điểm, hình mặt người nhìn nghiêng được 9, hình bàn tay được 7 và hình con voi được 8 điểm. Nếu hoàn thành sớm hơn thời gian quy định thì mỗi hình được thêm một điểm. Điểm tối đa của tiểu nghiệm là 34.



Sau khi khách thể nghiên cứu hoàn thành trắc nghiệm, trắc nghiệm viên tiến hành cộng số điểm thô của các tiểu trắc nghiệm. Từ điểm thô quy ra điểm chuẩn. Căn cứ vào điểm chuẩn, tra bảng tính IQ phân lời và IQ phân thực hành là sẽ có được chỉ số IQ chung của khách thể nghiên cứu (bảng 8.1).

Bảng 8.1:

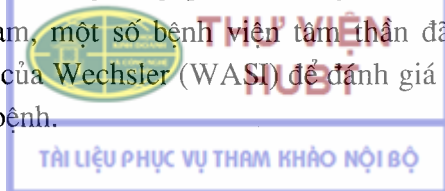
PHÂN LOẠI CHỈ SỐ TRÍ TUỆ CỦA D.WECHSLER

IQ	Phân loại	Tỷ lệ phân bố
130 và cao hơn	Rất xuất sắc	Chiếm 2,2 % dân số
120 - 129	Xuất sắc	6,7
110 - 119	Thông minh	16,10
90 - 109	Trung bình	50,00
80 - 89	Tầm thường	16,10
70 - 79	Kém	6,7
69 và thấp hơn	Đần độn	2,2

Từ kết quả trắc nghiệm WAIS, có thể rút ra hệ số thoái lui của trí tuệ (DQ - Deterioration quotient).

Trắc nghiệm trí tuệ Wechsler dành cho trẻ em (WISC) cũng có cấu trúc tương tự như trắc nghiệm trí tuệ người lớn (WAIS). Tuy nhiên, trong WISC, nội dung của một số khoản mục nhẹ nhàng hơn và có những bảng qui chuẩn tùy theo lứa tuổi của trẻ.

Ở Việt Nam, một số bệnh viện tâm thần đã sử dụng trắc nghiệm trí tuệ của Wechsler (WASI) để đánh giá sự giảm sút trí tuệ của người bệnh.



4.2.3. Trắc nghiệm Raven

4.2.3.1. Một số vấn đề chung

Lần đầu tiên J. C. Raven (người Anh) mô tả trắc nghiệm này vào năm 1936. Theo ông, đây là phương pháp đo năng lực tư duy trên một bình diện rộng nhất. Nó thuộc loại trắc nghiệm phi ngôn ngữ về trí thông minh và còn được gọi là trắc nghiệm "khuôn hình tiếp diễn" (progressive matrices). Chính sự thiếu vắng các bài tập ngôn ngữ trong trắc nghiệm đã cho phép san bằng (ở mức độ nhất định), sự ảnh hưởng của trình độ học vấn và kinh nghiệm sống khi đánh giá trí tuệ khách thể nghiên cứu.

Toàn bộ trắc nghiệm gồm 60 bài tập, được chia làm 5 nhóm (A, B, C, D, E), mỗi nhóm có 12 bài. Trong mỗi nhóm bài tập, mức độ khó của bài sau tăng hơn bài trước; so sánh giữa các nhóm bài tập với nhau, thì nhóm bài sau khó hơn nhóm bài trước.

Trắc nghiệm có thể dùng cho từng cá nhân hoặc cho cả nhóm. Thời gian thực hiện thường không bị hạn chế, tùy theo nhịp điệu làm việc vốn có của khách thể nghiên cứu. Đối với trẻ em và những người trên 65 tuổi, có thể sử dụng một dạng trắc nghiệm đặc biệt là "Những khuôn hình mẫu của Raven".

4.2.3.2. Nguyên tắc cấu tạo các khuôn hình

* *Nhóm A - dựa theo tính trọn vẹn, tính liên tục của cấu trúc:* các bài tập đòi hỏi khách thể nghiên cứu phải bổ sung những phần còn thiếu của khuôn hình. Kết quả thực hiện cho phép đánh giá quá trình tư duy phân biệt các yếu tố cơ bản của

cấu trúc và vạch ra mối liên hệ giữa chúng, đồng nhất hóa phần còn thiếu và đem đối chiếu nó với các mẫu trong từng bài tập.

* *Nhóm B* - dựa theo sự so sánh giống nhau giữa các cặp hình. Nhóm bài tập này đòi hỏi khách thể nghiên cứu phân biệt dần dần các yếu tố để tìm ra sự giống nhau (tương tự) giữa các cặp hình.

* *Nhóm C* - dựa theo sự thay đổi tiếp diễn trong các cấu trúc. Đây là nhóm bài tập chứa đựng những thay đổi của các hình phù hợp với nguyên tắc phát triển, rất phong phú và được phân phối theo chiều ngang hoặc theo chiều thẳng đứng.

* *Nhóm D* - dựa vào sự đổi chỗ của các hình. Sự đổi chỗ này cũng xảy ra theo chiều nằm ngang hoặc theo chiều dọc.

* *Nhóm E* - dựa theo sự phân tích, chia tách các hình toàn thể thành các bộ phận. Đây là nhóm bài tập phức tạp nhất. Muốn giải được các bài tập này khách thể nghiên cứu phải huy động đến tư duy phân tích và tổng hợp.

4.2.3.3. Cơ sở lý luận của trắc nghiệm

Trắc nghiệm Raven được xây dựng trên cơ sở của hai lý thuyết chính sau đây:

a. Thuyết tri giác hình thể Gestalt

Mỗi bài tập của trắc nghiệm như một chỉnh thể, gồm nhiều yếu tố, có quan hệ qua lại mật thiết với nhau. Khi giải bài tập, trước hết, khách thể nghiên cứu đánh giá toàn bộ các yếu tố của bài tập; tiếp đến là nảy sinh sự tri giác có tính phân tích và đưa các yếu tố bị tách rời vào một khuôn hình hoàn chỉnh. Cuối cùng, họ phát hiện ra các chi tiết còn thiếu của từng khuôn hình.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b. Thuyết "Tân phát sinh" của Spearman

Theo thuyết này, quá trình tư duy hình thể được chia thành ba pha, dựa trên ba quy luật tân phát sinh là: sự nắm bắt toàn bộ, hoàn chỉnh khuôn hình; vạch ra những mối liên hệ giữa các yếu tố cấu thành một cấu trúc hoàn chỉnh; trên cơ sở những mối quan hệ giữa các yếu tố thành phần và sự toàn vẹn, chỉnh thể, tìm ra những yếu tố thành phần còn thiếu của khuôn hình.

4.2.3.4. Các quá trình tâm lý của trắc nghiệm

Có nhiều quá trình tâm lý diễn ra khi thực hiện trắc nghiệm, như sự chú ý, quá trình tri giác, quá trình tư duy, nhất là tư duy logic, nhằm vạch ra mối liên hệ giữa các sự vật, hiện tượng.

4.2.3.5. Xử lý các kết quả trắc nghiệm

Mỗi bài tập giải đúng được tính 1 điểm. Trên cơ sở tổng số điểm của trắc nghiệm, quy thành mức độ thông minh và chỉ số thông minh.

- Mức độ thông minh, được đánh giá bằng tỷ lệ phần trăm giữa số các bài tập làm đúng với tổng số các bài tập trong trắc nghiệm (xem bảng 8.2).
- Chỉ số thông minh:

Cách xác định IQ của khách thể nghiên cứu trong trắc nghiệm Raven được tiến hành như sau: đem đối chiếu kết quả của từng nhóm bài tập với sự phân phối kỳ vọng của các kết quả đó để có được chỉ số biến thiên (chỉ số biến thiên không vượt quá 6 đơn vị;

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

và sự chênh lệch giữa kết quả thực hiện so với kết quả cần có của mỗi nhóm bài tập không vượt quá 2 đơn vị là phù hợp).

Bảng 8.2:

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ THÔNG MINH

Mức độ	Đánh giá	Kết quả
I	Rất tốt	Bằng hoặc lớn hơn 95%
II	Tốt	Bằng hoặc lớn hơn 75%
III	Trung bình	Từ trên 25% đến dưới 75%
+	TB trên	Trên trung bình cộng so với tuổi
-	TB dưới	Dưới trung bình cộng so với tuổi
IV	Yếu	Bằng hoặc nhỏ hơn 25%
V	Rất yếu	Bằng hoặc nhỏ hơn 5%

Kết quả thu được đem hiệu đính theo lứa tuổi để có điểm quy chuẩn. Đối chiếu điểm qui chuẩn với bảng tính sẵn để có chỉ số trí tuệ của khách thể nghiên cứu.

IQ ở đây được lý giải như sau:

Trên 140 là trí tuệ cực kỳ thông minh.

Trên 120 là trí tuệ bậc cao.



Từ 110 đến 120 là trí tuệ trên trung bình.

Từ 100 đến 110 là trí tuệ trung bình.

Từ 90 đến 100 là trí tuệ trung bình dưới.

Từ 80 đến 90 là trí tuệ dưới trung bình.

Từ 70 đến 80 là trạng thái ranh giới.

Dưới 70 là trí tuệ bị khuyết tật.

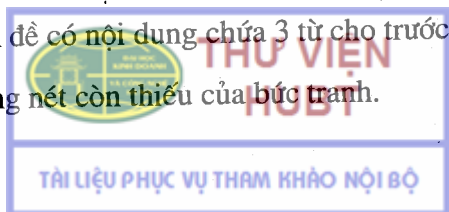
Đối với trẻ em dưới 16 tuổi, trắc nghiệm Raven được thiết kế gồm 3 nhóm hình (A1, AB và B) với 36 bài tập có màu sắc và được tính điểm theo cách riêng.

4.2.4. Một số trắc nghiệm trí tuệ khác

4.2.4.1. Trắc nghiệm của Richard Meili

Đây là trắc nghiệm do nhà tâm lý học Thụy Sĩ R. Meili nêu ra năm 1928, trước hết dùng để tư vấn nghề nghiệp và tư vấn học đường. Trắc nghiệm gồm 6 tiểu nghiệm:

- Xác lập tính liên tục của sự kiện theo nội dung các bức tranh.
- Tìm quy luật của dãy số và điền tiếp các số.
- Lập các mệnh đề có nội dung chứa 3 từ cho trước.
- Vẽ thêm những nét còn thiếu của bức tranh.



- Ghép hình từ những phần tách rời nhau.
- Tìm sự liên quan với nhau của mỗi cặp hình học mẫu, sau đó tìm một hình thứ hai để cặp đôi với hình cho trước, sao cho giữa chúng cũng có mối liên quan tương tự như cặp hình mẫu.

Các tiểu nghiệm được quy định thực hiện trong một thời gian nhất định và được đánh giá kết quả bằng điểm. Điểm thực hiện toàn bộ tiểu nghiệm được so sánh với tổng số điểm cần đạt của trắc nghiệm. Trên cơ sở đó, tra bảng và tìm ra hệ số thông minh của khách thể nghiên cứu. Theo tác giả, giá trị từ 35 đến 65 tương ứng với mức độ trung bình chuẩn; lớn hơn 80 là trí tuệ phát triển cao.

Dựa vào đồ thị biểu diễn kết quả của từng tiểu trắc nghiệm để xây dựng nên 5 trắc nghiệm điển hình của trí tuệ: lô gíc hình thức, hình ảnh cụ thể, phân tích, sáng tạo, phát triển đồng đều. Ngoài ra, trắc nghiệm cũng có thể được dùng để đánh giá đặc điểm nhân cách, thái độ đối với công việc (có khuynh hướng cầu kỳ, tỷ mỉ hay cầu thả, qua loa...) của khách thể nghiên cứu.

4.2.4.2. Trắc nghiệm Amthaer

Đây là trắc nghiệm do nhà tâm lý học Đức R. Amthaer mô tả năm 1953, dùng để đánh giá trí tuệ và cấu trúc trí tuệ của những người từ 13 đến 61 tuổi. Trắc nghiệm được soạn thảo theo nhóm và có giá trị trong công tác tuyển chọn ngành nghề.

Trắc nghiệm gồm 6 tiểu nghiệm (với 176 bài tập):

- Sự lựa chọn lô gíc: nhằm nghiên cứu tư duy quy nạp, sự nhạy bén về ngôn ngữ.
- Tìm ra những đặc điểm chung: nhằm nghiên cứu tư duy trừu tượng.



- Xác định sự giống nhau, tương tự: nhằm nghiên cứu kỹ năng phát hiện các mối liên hệ và những năng lực liên hợp.
- Tiểu nghiệm phân loại: nhằm nghiên cứu những phán đoán.
- Các bài toán: để nghiên cứu tư duy toán học, năng lực số học.
- Chọn hình: nhằm nghiên cứu sự tưởng tượng về không gian, sự hình dung các hình ảnh.
- Tiểu nghiệm với các khối: nhằm nghiên cứu sự tưởng tượng không gian.
- Tiểu nghiệm về năng lực tập trung chú ý, gìn giữ trong trí nhớ những điều đã lĩnh hội được ...

Trong lần tái bản thứ nhất, tác giả đã đổi tên các tiểu trắc nghiệm và các cấu trúc trí tuệ như sau:

- Điền vào các câu chưa trọn vẹn (nghiên cứu năng lực thiết lập và biểu đạt phán đoán).
- Chọn từ (nghiên cứu sự nhạy cảm ngôn ngữ).
- Tương tự (nghiên cứu năng lực liên hợp).
- Xác định những đặc điểm chung (nghiên cứu năng lực tư duy trừu tượng hóa).
- Bài tập về tập trung chú ý và giữ gìn trong trí nhớ những điều đã lĩnh hội (nghiên cứu năng lực phát hiện các đặc điểm, thuộc tính đã xác định).
- Bài tập toán (nghiên cứu tư duy toán học thực hành).
- Bài tập với các loại số (nghiên cứu tư duy toán học lý luận).
- Chọn hình (nghiên cứu tưởng tượng, biểu tượng về không gian).
- Bài tập với các hình khối (nghiên cứu sự tưởng tượng không gian).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trắc nghiệm có 3 hình thức song song (A, B, C), được chuẩn hóa trên 4076 người. Kết quả nghiên cứu sẽ là cơ sở để đánh giá trình độ và cấu trúc trí tuệ của khách thể nghiên cứu. Theo tác giả, khi lý giải trình độ trí tuệ, bao giờ cũng phải tính đến trình độ học vấn, tri thức nghề nghiệp, nguồn gốc xã hội, điều kiện sống... của các khách thể nghiên cứu.

4.2.4.3. Các trắc nghiệm nhóm về trí tuệ

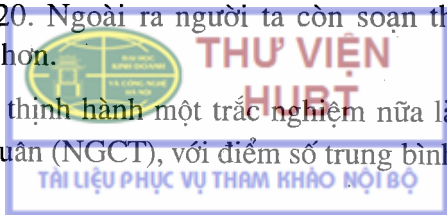
a. Các nhà tâm lý học Mỹ, trong chiến tranh thế giới thứ nhất đã nêu ra hai trắc nghiệm sau:

Trắc nghiệm Alpha lục quân: dùng cho nhóm những người biết đọc, biết viết (bằng cách dựa vào điểm số để xếp loại trí thông minh).

Trắc nghiệm Beta lục quân: dùng cho những người không biết chữ hoặc cho những di dân không biết tiếng Anh. Đây là loại trắc nghiệm phi ngôn ngữ.

Trong chiến tranh thế giới thứ hai, các trắc nghiệm này được cải tiến thành trắc nghiệm phân loại tổng quát lục quân (AGCT). Trắc nghiệm được soạn thành 4 hình thức thay thế cho nhau. Trí tuệ ở đây được phân thành 4 loại: khả năng ngôn ngữ, nhận thức về không gian, tính toán số học, suy luận số học. Mỗi mẫu trắc nghiệm được thực hiện trong một giờ. Một người trí tuệ trung bình trong trắc nghiệm AGCT có điểm số ấn định là 100, độ lệch chuẩn là 20. Ngoài ra người ta còn soạn thảo nhiều mẫu nghiên cứu dài hơn.

Ở Mỹ còn thịnh hành một trắc nghiệm nữa là Trắc nghiệm tổng quát hải quân (NGCT), với điểm số trung bình là 50.



Về sau, cả hai trắc nghiệm AGCT và NGCT được thay thế bằng trắc nghiệm khả năng lực quân (AFQT).

b. Một số trắc nghiệm nhóm khác

- Trắc nghiệm tự khiển Otis về khả năng trí tuệ (Otis SA), để tuyển chọn nhân viên ngành công thương nghiệp.
- Trắc nghiệm khả năng học đường và đại học (SCAT), thường dùng cho học sinh thi vào đại học.
- Trắc nghiệm khảo hạch cao học (GRE) và trắc nghiệm tương đồng Miller (MAT), dùng cho những người học cao học ...

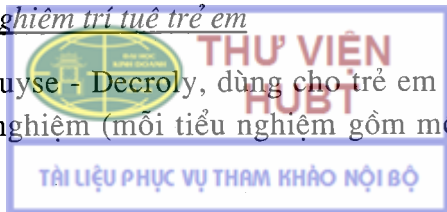
4.2.4.4. Tổng nghiệm Batteries

Bao gồm nhiều trắc nghiệm khác nhau để đo năng khiếu, giúp cho công tác tư vấn. Đáng chú ý hơn cả là trắc nghiệm năng khiếu DAT. Đây là tổng nghiệm gồm các trắc nghiệm về suy luận ngôn ngữ, khả năng số học, suy luận trừu tượng, tương quan không gian, suy luận cơ học, tốc độ và độ chính xác trong công tác văn phòng, chính tả và khả năng sử dụng ngôn ngữ qua các mệnh đề.

Điểm số của mỗi trắc nghiệm được ghi thành biểu đồ trong một sơ đồ đặc biệt. Trên cơ sở kết quả từng trắc nghiệm và toàn bộ tổng nghiệm, tiến hành phân tích về năng khiếu, trí tuệ của người được đo nghiệm.

4.2.4.5. Các trắc nghiệm trí tuệ trẻ em

- Trắc nghiệm Buyse - Decroly, dùng cho trẻ em từ 3 đến 7 tuổi, gồm 5 tiểu nghiệm (mỗi tiểu nghiệm gồm một loạt các bài tập).



- Trắc nghiệm Ballard, gồm 100 câu hỏi, dùng cho trẻ em từ 8 đến 15 tuổi.
- Trắc nghiệm Wechsler và trắc nghiệm Raven dùng cho trẻ em v.v...

5. PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN NHÂN CÁCH

5.1. Một số vấn đề về nghiên cứu nhân cách

Ngày nay, do có nhiều quan niệm khác nhau về nhân cách nên trong thực tế chúng ta gặp nhiều phương pháp nghiên cứu nhân cách khác nhau. Mỗi một quan niệm được coi là cơ sở lý luận để xây dựng và lý giải kết quả của một phương pháp nghiên cứu nhất định.

Các tác giả phương Tây xây dựng phương pháp nghiên cứu nhân cách thường dựa trên ba quan niệm sau đây:

- Quan niệm phân kiểu học của W. H. Sheldon, E. Kretschmer, C. G. Jung...

Theo quan niệm này, khi nghiên cứu nhân cách trước hết phải tri giác toàn bộ nhân cách, sau đó quy chúng thành một số nhóm (trong đó có những nhóm tiêu biểu). Mỗi nhóm có những biến số quy định đặc điểm riêng và những lời giải thích tại sao lại phân nhóm như vậy.

- Quan niệm nhân tố học của J. P. Guilford, H. J. Eysenck, R. B. Cattell...

Quan niệm này cho rằng, phải tìm ra cách đo lường khách quan những thông số cơ bản của các yếu tố nhân cách (thường lấy yếu tố thể tạng làm cơ sở) và tiến hành giải thích các nhân tố này.

- Quan niệm động thái (của K. Levin, E. C. Tolman...)

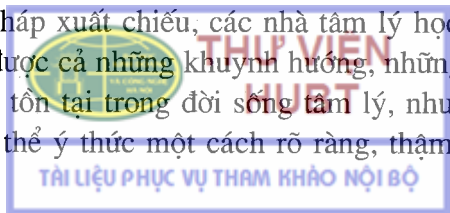
Quan niệm này xem nhân cách là một cấu trúc động và được tạo nên bởi sự tác động qua lại của nhiều yếu tố. Nhân cách được nghiên cứu qua những yếu tố tiêu biểu và qua những điều kiện, hoàn cảnh làm cho nó tồn tại.

Các nhà tâm lý học Liên Xô cũ đã nghiên cứu nhân cách dưới nhiều góc độ khác nhau. Ví dụ như K. N. Coocnhilốp đã cho rằng, đối tượng nghiên cứu của tâm lý học nhân cách là các đặc điểm tâm lý cá thể của nhân cách. K. K. Platônốp đã nghiên cứu nhân cách dưới dạng các tiểu cấu trúc với những nội dung sinh học và xã hội kết hợp theo tỷ trọng khác nhau. Đa số các tác giả khác lại nghiên cứu nhân cách trong mối quan hệ thống nhất với hoạt động và ý thức...

Theo V. M. Blaykhe và L. F. Burlatruc, các phương pháp nghiên cứu nhân cách có thể chia thành các loại sau:

- Phương pháp quan sát và các phương pháp tương tự như quan sát (nghiên cứu tiền sử, đàm thoại lâm sàng...).
- Phương pháp thực nghiệm chuyên biệt (mô hình hóa hoạt động, tình huống và các phương pháp có sử dụng những thiết bị đặc biệt...).
- Phương pháp trưng cầu ý kiến cá nhân (dựa trên sự lượng giá).
- Các phương pháp xuất chiếu (phóng ngoại - projective methods).

Bằng phương pháp xuất chiếu, các nhà tâm lý học hy vọng có thể nghiên cứu được cả những khuynh hướng, những động cơ hành vi đã và đang tồn tại trong đời sống tâm lý, nhưng không được bản thân chủ thể ý thức một cách rõ ràng, thậm chí hoàn



toàn không xuất hiện trong ý thức của họ, không được thể hiện đối với những người xung quanh, hoặc tồn tại dưới dạng không phù hợp (dưới dạng mà chỉ trong hoàn cảnh đặc biệt con người mới ý thức được chúng).

L. Frank là người đầu tiên sử dụng thuật ngữ "phương pháp phóng ngoại" (1939). Hiện nay đang tồn tại nhiều quan niệm khác nhau về phương pháp này.

S. Freud cho phóng ngoại là một cơ chế tự vệ (1894), giống như những ý hướng, tâm thế để đáp ứng có hiệu quả tác động từ bên ngoài. Năm 1923, ông nêu thêm cơ chế quyết định sự mô tả sự vật, hiện tượng khách quan (nghĩa là những đặc điểm tâm lý được bộc lộ khi mô tả nó cho người khác biết).

Một số tác giả khác cho rằng, phóng ngoại thể hiện ở việc chủ thể đặt trạng thái tâm lý của mình vào một người khác và mô tả ở người đó những đặc điểm mà thực tế đang có ở chính bản thân mình (A. A. Bodaliov, 1970).

Một quan niệm khác về phóng ngoại là quan niệm "tự kỷ". Theo quan niệm này, nếu một nhu cầu nào đó không được thỏa mãn thì càng ngày nó càng tăng dần về cường độ và mức độ cụ thể hóa, đến một chừng mực nhất định, nó sẽ dẫn đến sự phóng ngoại nội dung nhu cầu vào trí tưởng tượng, giấc mơ hoặc sự hứng thú... của chủ thể (D. C. McClelland, J. W. Atkinson, 1948).

Quan niệm phóng ngoại "hợp lý hóa" cũng khá được thịnh hành. Theo quan niệm này, những đánh giá phù hợp với các đặc điểm âm tính của người này có thể được "di chuyển" sang người khác và sự phóng ngoại được bộc lộ như một yếu tố biện hộ cho hành vi của người đó "cũng như mọi người" (E. Frenkel Brunswik, 1939).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Từ những quan niệm trên, chúng ta thấy phương pháp phóng ngoại là phương pháp nghiên cứu nhân cách một cách gián tiếp, dựa trên việc xây dựng những tình huống kích thích đặc trưng, mềm dẻo. Nhờ tính tích cực của tri giác mà các tình huống này đã tạo điều kiện thuận lợi nhất cho sự thể hiện khuynh hướng của tâm thế, trạng thái của cảm xúc cũng như đặc điểm nhân cách (B. M. Blaykher và L. F. Burlatruc, 1978).

Trong nghiên cứu nhân cách người bệnh, chúng ta thường sử dụng một số phương pháp phóng ngoại như phương pháp Rorschach, phương pháp TAT...

5.2. Các trắc nghiệm nhân cách dùng trong lâm sàng

5.2.1. Trắc nghiệm Cattell

Trắc nghiệm do R.B.Cattell đề xướng, nhằm nghiên cứu 16 yếu tố nhân cách của người bệnh. Trắc nghiệm có hai loại bảng câu hỏi (A và B) song song với nhau, mỗi bảng gồm 187 câu hỏi. Mỗi câu hỏi có 3 đáp án trả lời (2 đáp án đối lập nhau và 1 đáp án trung gian). Có loại bảng câu hỏi rút gọn (bảng C) dành riêng cho trẻ em.

Trắc nghiệm có thể thực hiện với từng cá nhân hoặc cho cả nhóm. Kết quả trả lời từng câu hỏi được tính bằng điểm (0, 1, 2). Dem tổng số điểm thô của từng yếu tố đối chiếu với bảng điều chỉnh của giới tính, lứa tuổi để có điểm chuẩn. Tùy điểm chuẩn của từng yếu tố lớn hay nhỏ hơn 5 mà chúng ta phân tích các thuộc tính cụ thể của nhân cách.

Mười sáu yếu tố nhân cách đối cực của Cattell là:

– A - Tâm thần kiểu chu kỳ hay phân liệt. Đây là yếu tố chủ yếu để xem xét nhân cách của người bệnh hướng nội hay hướng ngoại.

- B - Trí tuệ thấp hay thông minh, sáng dạ.
- C - “Cái tôi” yếu, xúc cảm không ổn định hoặc ngược lại.
- E - Có khuynh hướng phục tùng hay đòi hỏi quyền lực.
- F - Bận tâm hay vô tâm.
- G - “Siêu tôi” thấp, thiếu các tiêu chuẩn bên trong hay “siêu tôi” cao, tính cách mạnh, có lương tâm.
- H - Phản ứng đối với sự đe dọa yếu, dè dặt hay mạnh mẽ, can đảm.
- I - Xúc cảm khô khan, kém nhạy cảm hay rất mẫn cảm.
- L - Hoài nghi hay cả tin.
- M - Là người thực tế, thận trọng hay mơ mộng, lý tưởng hóa.
- N - Tự nhiên, ngây thơ hay láu lỉnh, sắc sảo.
- O - Tự tin ở mình hay lo lắng, lỗi lầm.
- Q₁ - Bảo thủ hay cấp tiến.
- Q₂ - Phụ thuộc vào nhóm hay độc lập, tự chủ.
- Q₃ - Có ý kiến riêng, tự kiểm tra kém hay tốt.
- Q₄ - Căng thẳng nội tâm thấp, yếu đuối hay rất căng thẳng nội tâm, mạnh mẽ.

Đi kèm với mỗi nhân tố là bảng liệt kê một loạt những thuộc tính đặc trưng, cụ thể. Để đánh giá đầy đủ yếu tố nào đó, cần phải phân tích kết quả một số câu trả lời về nhân tố đó. Khi phân tích một nhân tố riêng rẽ, phải tính đến các nhân tố liên quan khác. Nhiều khi phải liên kết các nhân tố thành từng nhóm để đánh giá thuộc tính đặc trưng của nhân cách người bệnh.

Khi nghiên cứu 16 yếu tố nhân cách của Cattell, chúng ta phải kết hợp chặt chẽ với các yếu tố thể chất, hoàn cảnh xã hội... của người bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.2.2. Trắc nghiệm Eysenck

H. J. Eysenck là giáo sư tâm lý học người Anh. Trắc nghiệm của ông nhằm đánh giá hai nhân tố chính tạo nên nhân cách người bệnh:

- Nhân tố I: nói lên trạng thái thần kinh ổn định hay không ổn định.
- Nhân tố N: nói lên nhân cách hướng nội hay hướng ngoại.

Bảng câu hỏi trắc nghiệm Eysenck gồm hai loại (A và B), mỗi loại có 57 câu. Có 9 câu hỏi để kiểm tra độ tin cậy của các câu trả lời (L). Mỗi nhân tố I và N gồm 24 câu hỏi. Có bảng câu hỏi dành riêng cho trẻ em.

Tốc độ trả lời các câu hỏi khoảng 2 - 3 câu trong 1 phút. Người bệnh lựa chọn trả lời “có” hoặc “không” cho từng câu hỏi. Xử lý kết quả trả lời bằng cách:

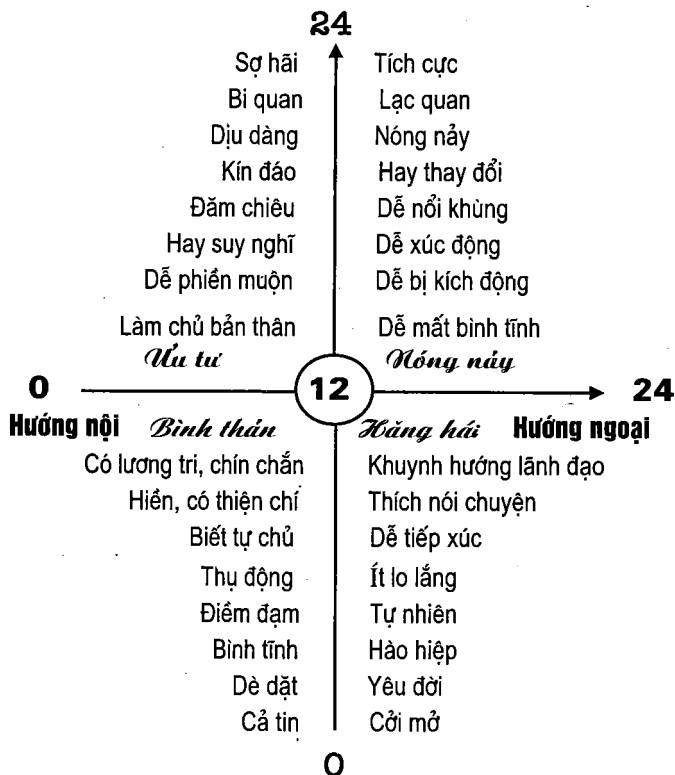
Cộng tất cả các câu trả lời “có” của nhân tố L. Nếu kết quả lớn hơn 5 là độ tin cậy của các câu trả lời không cao và trắc nghiệm không có giá trị chẩn đoán.



Sơ đồ 8.1:

PHÂN TÍCH KẾT QUẢ TRẮC NGHIỆM EYSENCK

Không ổn định



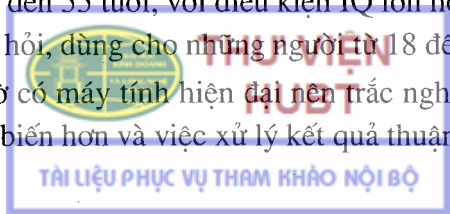
– Cộng các câu trả lời “có” của từng nhân tố I và N. Sau đó biểu diễn kết quả trên một thiết đồ (có trục tung là yếu tố I, trục hoành là yếu tố N; mỗi trục chia thành 24 phần tương ứng với 24 câu trả lời; giao điểm của hai trục là số 12).

– Tùy đồ thị nằm ở phân tư nào của thiết đồ mà xác định kiểu nhân cách (trước hết là kiểu khí chất) của người bệnh. Đi kèm với các kiểu nhân cách này là những thuộc tính nhân cách cụ thể, đặc trưng (sơ đồ 8.1).

5.2.3. Trắc nghiệm MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Đây là phương pháp "Kiểm kê nhân cách đa diện Minnesota", được các nhà tâm lý học S. R. Hathaway và J. C. McKinley của Trường Đại học Tổng hợp Minnesota Mỹ công bố lần đầu tiên vào năm 1943. Vào những năm tiếp sau, trắc nghiệm được cải tiến cả về số lượng các câu hỏi (có trắc nghiệm gồm 504 câu, có trắc nghiệm gồm 704 câu) và cả về cách đánh giá các tiểu tiết, các yếu tố trong nhân cách mà trắc nghiệm đề cập đến... Có hai dạng trắc nghiệm được sử dụng tương tự như MMPI là trắc nghiệm MMPI-2 (dùng dưới dạng sổ tay, do Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen và Kaemmer cải tiến năm 1989) và trắc nghiệm MMPI-s (dùng trong lâm sàng các bệnh tâm thần). Loại MMPI gồm 550 câu, thường dùng cho những người từ 16 đến 55 tuổi, với điều kiện IQ lớn hơn 80. Loại MMPI có 704 câu hỏi, dùng cho những người từ 18 đến 90 tuổi.

Ngày nay, nhờ có máy tính hiện đại nên trắc nghiệm MMPI được sử dụng phổ biến hơn và việc xử lý kết quả thuận tiện hơn.



MMPI là những câu khẳng định, nhằm đánh giá về sức khỏe thể chất, quan hệ xã hội và các khía cạnh khác của nhân cách. Người bệnh lựa chọn 1 trong 3 câu trả lời đã cho sẵn: đồng ý, không đồng ý hoặc không rõ. Kết quả các câu trả lời được quy ra điểm. Theo giới tính, điểm thô ban đầu được chuyển thành điểm chuẩn T (T thường là 50, với độ lệch chuẩn là 10). Toàn bộ kết quả của trắc nghiệm được biểu thị trên 10 thang lâm sàng và 3 thang phụ.

Mười thang lâm sàng là:

- Hs - Nghi bệnh (Hypochondriasis): người bệnh quá lo lắng về sức khỏe, nghi mình có bệnh, thích đi khám bệnh, bi quan, phóng đại bệnh tật...
- D - Trầm cảm (Depression): người bệnh lo lắng, buồn phiền, vô vọng...
- Hy - Rối loạn phân ly (Hysteria): người bệnh bị các bệnh chức năng, nhu nhược, yếu đuối, đòi hỏi sự quan tâm của những người xung quanh...
- Pd - Biến đổi nhân cách (Personality deviation): trạng thái nhân cách bệnh, có khi có cơn xung động, gây hấn với xung quanh...
- Mf - Bệnh lý giới tính (Masculinity - femininity): người bệnh tăng hoặc giảm một cách bệnh lý những đặc trưng giới tính của giới mình hoặc của giới đối lập. Ví dụ có bệnh nhân nữ mang nhiều đặc trưng nam tính hoặc có người ái nam, ái nữ ...).
- Pa - Hoang tưởng (Paranoia): tính cách nghi ngờ, lo sợ, có thể có những hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng tự cao...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Pt - Suy nhược tâm thần (psychasthenia): có những ý tưởng vô lý, những cử động vô nghĩa...
- Sc - Tâm thần phân liệt (schizophrenia): người bệnh bị rối loạn tư duy, ảo giác và có những hành vi không bình thường...
- Ma - Hưng cảm (hypomania): vui mừng, hứng khởi một cách khác thường, vô cơ...
- Si - Hướng nội xã hội (social introversion): người bệnh sống với nội tâm, thu mình, xa lánh mọi người...

Ba thang phụ là:

- L - Sự chân thật: kiểm tra độ chân thật của các câu trả lời.
- F - Sự tin cậy: kiểm tra độ tin cậy, sự chu đáo, cẩn thận của các câu trả lời.
- K - Sự điều chỉnh: đánh giá sự định hướng giá trị, thái độ...

Kết quả trắc nghiệm được xem xét cùng với những đặc trưng về giới tính, học vấn, bệnh cảnh lâm sàng v.v... của người bệnh.

5.2.4. Trắc nghiệm tổng giác chủ thể

Trắc nghiệm tổng giác chủ thể (Thematic Apperception Test - TAT) được H. Murray mô tả lần đầu tiên vào năm 1935 với tư cách là một trắc nghiệm nghiên cứu về sự tưởng tượng. Những năm gần đây, TAT được sử dụng như là một loại trắc nghiệm xuất chiếu để luận giải những vấn đề về nhân cách.

Trắc nghiệm bao gồm 29 tấm bìa, trong đó một số đã có hình xác định và còn lại là những tấm bìa trắng, không có hình gì (để người bệnh có thể tưởng tượng ra trên đó bất kỳ hình ảnh nào). Loại TAT được sử dụng gần đây bao gồm một số bộ ảnh chuẩn, mô tả những tình huống tương đối không xác định. Mỗi tấm hình có thể giải thích theo những cách khác nhau.

Ngoài ra, các tấm hình còn được chia thành những loại mang tích chất khêu gợi như: khêu gợi sự trâm uất, thao cường (tấm số 3, 14, 15); khêu gợi sự gây hấn và tình dục (tấm số 13, 18); khêu gợi sự xâm chiếm, làm chủ hay phụ thuộc (tấm số 12); khêu gợi sự xung đột tình dục và gia đình (tấm số 4, 6)... Có một số tấm hình sử dụng cho cả nam và nữ; có một số tấm hình chỉ dùng riêng cho nam hoặc riêng cho nữ; đồng thời cũng có những tấm dành riêng cho thiếu niên...

Trắc nghiệm được tiến hành dưới góc độ những câu chuyện bình thường, thân mật. Mỗi người bệnh được xem 20 tấm hình, chia làm hai buổi (mỗi buổi xem 10 tấm, giữa hai buổi cách nhau không quá một ngày). Sau khi xem mỗi tấm hình, người bệnh tạo dựng một câu chuyện nhỏ, liên quan đến tấm hình đó (trung bình 5 phút cho mỗi hình). Trong quá trình trắc nghiệm có thể đặt ra những câu hỏi để người bệnh nói rõ hơn những điều mà họ đã đề cập đến. Nhìn chung, chuyện kể của khách thể nghiên cứu phải làm sáng tỏ ba yếu tố cơ bản là: cái gì đã dẫn đến những tình huống được mô tả trong tấm hình; cái gì đang diễn ra lúc này; tình huống đó được kết thúc như thế nào ?

Trắc nghiệm viên ghi lại toàn bộ những lời nói, những lý giải của người bệnh như: nói về việc gì, nói về ai, những tình huống nào hay được nhắc đi, nhắc lại, các xung đột được giải quyết như thế nào... Cũng có khi khách thể nghiên cứu tự ghi lại nội dung câu chuyện của mình. Trong biên bản cần ghi cả những chi tiết phụ như giọng điệu, động tác, chỗ nghỉ ngắt quãng, thời gian thực hiện trên mỗi tấm hình, những lời nói sai ngữ pháp, nói lẫn về nội dung... Trong quá trình trắc nghiệm, có thể sử dụng

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

các phương tiện nghe nhìn để ghi âm, ghi hình, giúp cho việc lưu giữ và phân tích kết quả nghiên cứu.

Theo H. A. Murrey, giá trị chẩn đoán của trắc nghiệm dựa trên sự thừa nhận có 2 khuynh hướng để con người tự thể hiện mình:

- Một là, con người lý giải các vấn đề tùy theo sự phức tạp của tình huống và tùy theo kinh nghiệm, nhu cầu của bản thân.
- Hai là, trong mỗi một khía cạnh hoạt động sáng tạo nào đó, con người đều dựa trên những trải nghiệm cá nhân, phản ánh một cách có ý thức hoặc vô thức những nhu cầu, tình cảm của mình vào trong những nhân vật điển hình do mình sáng tạo ra (thường những nhân vật này đồng nhất với bản thân khách thể nghiên cứu).

Ông còn cho rằng câu chuyện mà khách thể nghiên cứu tạo dựng theo "chủ đề" thực ra là câu chuyện kể về mình. Qua phân tích hoàn cảnh diễn biến câu chuyện, nội dung cốt chuyện, đặc điểm nhân vật trong chuyện... sẽ giúp cho trắc nghiệm viên biết được tình cảm, ý nghĩ, vị trí xã hội, nguyện vọng, mong muốn, tính cách, sự cạnh tranh, những xung đột, những thất bại, thành đạt..., nghĩa là biết được bức tranh nhân cách sinh động của khách thể nghiên cứu.

Điểm hạn chế đáng kể của TAT là sự phức tạp trong kỹ thuật phân tích kết quả nghiên cứu. Cho đến nay đã có trên 20 sơ đồ khác nhau để phân tích kết quả TAT. E. T. Xôcôlova cho rằng, những qui luật mà trắc nghiệm TAT phát hiện được chỉ là những khả năng tiềm tàng của nhân cách và không nên kết hợp một cách máy móc các tài liệu nghiên cứu của TAT với các phương pháp nghiên cứu nhân cách khác.

5.2.5. Trắc nghiệm Wartegg

Trắc nghiệm được E. Wartegg mô tả năm 1963 và được gọi là trắc nghiệm phản xạ họa đồ.

Trong từng tờ giấy hình vuông có vẽ sẵn một dấu hiệu như: một chấm đen, nét cong hình lượn sóng, 3 đoạn thẳng dài ngắn khác nhau, một hình vuông nhỏ, các đoạn thẳng ở những vị trí khác nhau, nửa cung tròn hoặc nửa cung tròn đứt đoạn...

Người bệnh được xem lần lượt từng tờ giấy đó và vẽ bổ sung vào các dấu hiệu đã cho thành những hình theo suy nghĩ của mình. Theo Wartegg, những dấu hiệu vẽ trong tờ giấy chính là các kích thích. Việc vẽ bổ sung của người bệnh chính là các kết quả của những phản xạ. E. Wartegg đã sử dụng những nguyên tắc sinh lý bệnh của hoạt động thần kinh cấp cao để lý giải trắc nghiệm của mình.

Cũng như các trắc nghiệm xuất chiếu khác, cơ sở lý luận của trắc nghiệm Wartegg còn mang tính chủ quan, song bản thân trắc nghiệm thì lại có giá trị thực tiễn lâm sàng khá cao và nó được sử dụng nhiều trong chẩn đoán tâm lý bệnh học.

5.2.6. Trắc nghiệm Rorschach

Trắc nghiệm do nhà tâm thần học Thụy Sĩ H. Rorschach xây dựng năm 1921. Ông là một trong những người đầu tiên nhận thấy có mối liên hệ giữa sản phẩm của trí tưởng tượng với các kiểu nhân cách. Trong quá trình thực nghiệm trên người bình thường và trên người bệnh tâm thần, ông đã phát hiện ra có một số người tri giác kiểu "vận động" (họ có khuynh hướng cảm thụ về mặt vận động, động thái của sự vật hiện tượng); ngược lại, có một số người lại tri giác kiểu "màu sắc" (họ tập trung trả lời về

màu sắc của những sự vật, hiện tượng mà họ quan sát được). Theo Rorschach, kiểu tri giác (hay kiểu rung động) nói lên xu thế hướng nội hay hướng ngoại trong nhân cách của người được trắc nghiệm. Với người hướng nội bình thường thì những câu trả lời về vận động chiếm ưu thế hơn so với những câu trả lời về màu sắc. Ở những người hướng nội bệnh lý, thì chỉ toàn những câu trả lời về vận động. Cũng tương tự như vậy, chúng ta phân biệt được người hướng ngoại bình thường những câu trả lời về màu sắc chiếm ưu thế và người hướng ngoại bệnh lý chỉ toàn những câu trả lời về màu sắc.

Khác với Jung, Rorschach cho rằng hướng nội và hướng ngoại không phải là những thuộc tính loại trừ lẫn nhau của nhân cách, mà chúng cùng tồn tại ở bất kỳ người nào, tuy mức độ ưu thế không ngang bằng nhau (có kiểu chiếm ưu thế hơn). Ngoài hai kiểu nhân cách trên, ông còn nêu ra kiểu nhân cách "bế tắc" (các câu trả lời vận động và màu sắc đều rất ít, hầu như không có) và kiểu nhân cách "luỡng năng" (các câu trả lời về vận động và màu sắc đều rất nhiều, số lượng ngang bằng nhau). Bốn kiểu nhân cách của Rorschach đều bao gồm những yếu tố tương quan về trí thông minh, trạng thái xúc động, nét tính cách và những bệnh tâm thần xác định.

Tuy cơ sở lý luận của trắc nghiệm Rorschach còn nhiều điều đang tranh luận, song đây là một trong những trắc nghiệm nhân cách xuất chiếu được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng hiện nay.

Trắc nghiệm Rorschach bao gồm 10 bức tranh giống như những vết mực loang đều sang hai bên của một trục đối xứng (inkblots). Bức số II và số III có hai màu đen và đỏ; bức VIII, IX, X có nhiều màu sắc; các bức còn lại có màu đen xám.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Người bệnh được xem lần lượt từng vết mực và trả lời câu hỏi: "cái gì đây" hoặc "cái này giống cái gì"... Người tiến hành trắc nghiệm quan sát và ghi chép đầy đủ, chi tiết tất cả nội dung các câu trả lời, cử chỉ, nét mặt, điệu bộ, hướng nhìn, thời gian bắt đầu trả lời, thời gian kết thúc trắc nghiệm với từng vết mực... của người bệnh. Có thể dùng các phương tiện nghe nhìn hiện đại để ghi lại diễn biến của quá trình trắc nghiệm.

Sau khi trả lời xong 10 tấm hình vết mực loang, có thể yêu cầu người bệnh nói rõ thêm vị trí, hình thể của những vật mà họ đã nói tới; yêu cầu họ trả lời vì sao và cái gì buộc họ nghĩ về vật ấy... Có thể yêu cầu họ vẽ lại những hình mà họ đã mô tả. Cuối cùng, yêu cầu người bệnh nói xem, họ thích nhất vết mực nào, không thích vết mực nào, vì sao...

Toàn bộ các câu trả lời của người bệnh được phân tích theo các chỉ số sau:

- Các đặc điểm định vị trong câu trả lời: câu trả lời mang tính toàn thể (W), bao trùm lên toàn bộ bức tranh hay trả lời một cách chi tiết (D, Dd, S).
- Yếu tố chủ đạo: câu trả lời về hình thể (F); về màu sắc kết hợp với hình thể (FC, CF, C); màu sắc chuyển tiếp (C', C) hay trả lời về sự vận động (M).
- Dấu của hình thể: hình thể được phản ánh phù hợp với bức tranh (F^+) hoặc không phù hợp (F^-).
- Nội dung trả lời: các nội dung này rất khác nhau, có thể câu trả lời về người (H), về động vật (A) hay về lửa (Fi)...
- Yếu tố bổ sung: tính độc đáo (Orig) hay tính phổ thông (P) của câu trả lời.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Từ những chỉ số trên có thể nêu ra biểu đồ tâm lý của người bệnh. Từ biểu đồ tâm lý, chuyển sang chân dung tâm lý của họ. Theo Rorschach, bằng trắc nghiệm này, có thể xác định được các kiểu trải nghiệm của người bệnh. Đây cũng chính là vấn đề gây nhiều tranh cãi của trắc nghiệm Rorschach.

Thực tế cho thấy rằng quan điểm của Rorschach đối với việc nghiên cứu nhân cách là một quan điểm động và đây là một quan điểm hợp lý. Trong chẩn đoán tâm lý lâm sàng nói chung và tâm lý bệnh học nói riêng, trắc nghiệm Rorschach được sử dụng kết hợp với các phương pháp khác đã cho giá trị chẩn đoán rất cao.

5.2.7. Một số trắc nghiệm nhân cách khác

- Trắc nghiệm nghiên cứu khí chất của Strelay.
- Trắc nghiệm nghiên cứu nhân cách của Beckmann và Richter.
- Trắc nghiệm nghiên cứu hứng thú nghề nghiệp của Strong v.v...

6. HỒ SƠ CHẨN ĐOÁN TÂM LÝ LÂM SÀNG

Vấn đề lập hồ sơ tâm lý là vấn đề rất quan trọng, làm tiền đề cho việc thăm khám và điều trị toàn diện, nhằm nâng cao cả về sức khỏe tâm lý và sức khỏe thể chất cho người bệnh.

Việc lập hồ sơ tâm lý không chỉ đối với những người bệnh rối loạn tâm thần hoặc những người bệnh có vấn đề về sức khỏe tâm lý mà cho cả người mắc bệnh thực thể.

Hồ sơ tâm lý có thể do các nhà tâm lý lâm sàng hoặc do các thầy thuốc có am hiểu về tâm lý y học lập ra trong quá trình khám và chữa bệnh. Nó tồn tại giống như những bệnh án lâm sàng và là tài liệu khoa học giúp cho thầy thuốc cũng như người bệnh biết cách khắc phục các biến đổi tâm lý tiêu cực, xây dựng yếu tố tâm lý có lợi cho việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe.

6.1. Nội dung của hồ sơ tâm lý

6.1.1. Lý lịch tâm lý

Lý lịch này được lập ra từ những lời khai của bản thân người bệnh, từ người thân, bạn bè, người cùng địa phương, cùng công tác với người bệnh và từ những tư liệu do thầy thuốc hoặc do nhà tâm lý thu thập, điều tra được.

Nội dung của bản lý lịch tâm lý đề cập đến các vấn đề sau:

6.1.1.1. Phần thủ tục hành chính

Phần này ghi lại những thủ tục hành chính liên quan đến người bệnh như: họ và tên; ngày, tháng, năm sinh; nam hay nữ, trình độ học vấn, dân tộc, chức vụ, nghề nghiệp, quê quán, địa chỉ liên hệ...

6.1.1.2. Quá trình phát triển tâm lý, thể lực

a. Về thể lực

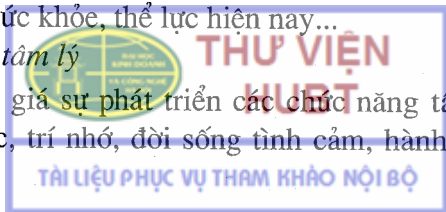
Cần khai thác các khía cạnh liên quan đến sự phát triển chung và sự đột biến về sức khỏe thể chất của người bệnh như:

- Tình trạng sức khỏe của mẹ lúc mang thai.
- Lúc sinh ra có phải can thiệp gì không, nặng bao nhiêu cân, sinh đủ hay thiếu tháng, bình thường hay có khuyết tật...
- Quá trình phát triển thể lực diễn ra bình thường hay có gì đột biến và lý do của sự đột biến đó...
- Những bệnh tật mắc phải (thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh, kết quả khám và điều trị...).

- Tình trạng sức khỏe, thể lực hiện nay...

b. Về sức khỏe tâm lý

- Chú ý đánh giá sự phát triển các chức năng tâm lý như quá trình nhận thức, trí nhớ, đời sống tình cảm, hành vi, thói quen,



tính cách, năng lực, năng khiếu... của người bệnh từ lúc sinh ra cho đến giai đoạn hiện nay. Cần nêu rõ thời điểm phát sinh và mức độ nặng nhẹ của những đột biến tâm lý (ví dụ như tự nhiên trở nên buồn phiền, quên nhiều, nói năng khó khăn...). Cố gắng để người bệnh trình bày những lý do khách quan, chủ quan làm nảy sinh sự thay đổi đó.

- Chú ý đánh giá các mối quan hệ giữa người bệnh với công việc, sự nghỉ ngơi giải trí, giấc ngủ; với các thành viên trong gia đình, trong cơ quan và với người xung quanh... Tìm hiểu nét nổi bật về hoàn cảnh gia đình, cơ sở công tác, chỉ ra những tác động ảnh hưởng đến sự phát triển tâm lý của người bệnh và sự đánh giá của người xung quanh về người bệnh...

6.1.2. Các kết quả nghiên cứu tâm lý chuyên biệt

Mỗi phương pháp nghiên cứu chuyên biệt như thực nghiệm, trắc nghiệm, quan sát, điều tra... đều có biên bản riêng. Các biên bản này cần ghi rõ thời điểm, hoàn cảnh tiến hành nghiên cứu; nội dung và kết quả nghiên cứu; những diễn biến chính trong quá trình nghiên cứu, nhất là những nội dung cần phân tích và kết luận chính của nghiên cứu...

6.1.3. Bản kết luận chẩn đoán tâm lý

6.1.3.1. Phần thủ tục hành chính

Ghi lại những nét đặc trưng điển hình, liên quan đến việc tìm hiểu tâm lý, bệnh lý của người bệnh.

6.1.3.2. Kết quả nghiên cứu

Tùy mục đích nghiên cứu mà ghi lại một cách trình tự diễn biến tâm lý, bệnh tật của người bệnh; kết quả thu được qua nghiên cứu về lý lịch tâm lý, về thực nghiệm, trắc nghiệm cũng như kết quả của các phương pháp nghiên cứu khác.

6.1.3.3. Kết luận tâm lý

- Ghi lại những đánh giá cơ bản về các nét tâm lý đặc trưng của người bệnh. Quy những nét tâm lý này thành những hội chứng tâm lý đặc hiệu và chỉ ra mối tương quan của hội chứng này với bệnh cảnh lâm sàng, với sự phát triển toàn diện của người bệnh.
- Trong phần kết luận cũng cần nêu rõ nguyên nhân của các hiện tượng lệch lạc tâm lý và sự phân loại chức năng tâm lý của người bệnh...

Nêu ra kiến nghị, giải pháp tâm lý, giúp cho người bệnh và thầy thuốc tiến hành tâm lý liệu pháp cũng như các phương pháp điều trị khác, nhằm nâng cao sức khỏe toàn diện cho người bệnh.

6.2. Một số điểm lưu ý khi lập hồ sơ chẩn đoán tâm lý

- Có hai khuynh hướng cần tránh khi ghi chép hồ sơ chẩn đoán tâm lý lâm sàng:

Khuynh hướng thứ nhất: ghi chép một cách tràn lan với ý muốn rút ra từ đó một số thông tin hữu ích. Cách tiếp cận này thường chung chung, ôm đồm và những kiến nghị điều trị thường không đặc hiệu.

Khuynh hướng thứ hai: nhằm trực tiếp vào bệnh tật, ghi lại những nét đặc thù về tâm lý và tiến hành những trắc nghiệm đặc hiệu trên người bệnh. Cách này nhằm đúng hướng và có giá trị thực tế cao, song sẽ gặp rất nhiều khó khăn khi phải lý giải tại sao những thông tin này lại là thông tin quan trọng và cần phải giải quyết trong nghiên cứu.

- Ngôn từ trong hồ sơ phải là thứ ngôn từ hành động, sự mô tả phải đặc hiệu, sát từng người bệnh và hoàn cảnh của họ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Những kiến nghị đưa ra phải sát thực và có tác dụng điều trị, không lý thuyết chung chung.

- Toàn bộ nội dung hồ sơ tâm lý phải thể hiện được các vấn đề sau:
- + Lai lịch của người bệnh và những nét đặc trưng của hoàn cảnh, thời gian lúc khám bệnh.
- + Những vấn đề cần thăm khám.
- + Các phương pháp, thủ tục đánh giá.
- + Nhận xét về hành vi, thái độ ứng xử...
- + Những vấn đề liên quan về tiền sử.
- + Kết quả trắc nghiệm, thực nghiệm...
- + Các ấn tượng, nét đặc trưng và phân lý giải.
- + Các kết luận cơ bản và kiến nghị...

Hồ sơ chẩn đoán tâm lý thể hiện công sức, kết quả làm việc của các nhà tâm lý lâm sàng. Việc lập hồ sơ phải hết sức tỉ mỉ, chính xác, khoa học và thiết thực.

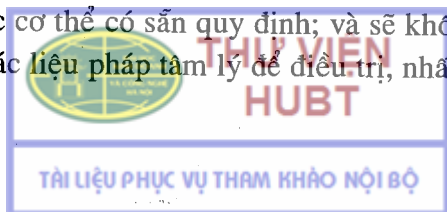
Trong thời gian vừa qua, Bộ môn Tâm lý học y học của Học viện Quân y đã lập ra những hồ sơ tâm lý có giá trị nhất định, giúp cho việc lựa chọn các cặp ghép và tiến hành tâm lý liệu pháp trước, sau ghép cho cả người cho và người nhận thận. Bộ môn cũng đang tiến hành chẩn đoán và lập hồ sơ tâm lý cho những người bệnh khác, nhất là những người bệnh cần giám định sức khỏe.



LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Trong số những phương pháp điều trị người bệnh, liệu pháp tâm lý có một sức hấp dẫn rất đặc biệt. Điều này không những đúng trong lĩnh vực tâm thần học mà còn đúng trong tất cả các lĩnh vực khác của y học lâm sàng. Song cho đến nay, liệu pháp tâm lý vẫn chưa hoàn toàn tương xứng với vai trò, vị trí như vậy. Trong suốt thời gian dài, vai trò của liệu pháp tâm lý không được đề cao và phạm vi sử dụng của nó chỉ giới hạn trong lĩnh vực tâm thần học. Ngay trong lĩnh vực này, liệu pháp tâm lý cũng chỉ được sử dụng để điều trị các bệnh chức năng hoặc chỉ được dùng để phân biệt giữa bệnh chức năng và bệnh thực thể.

Một trong những nguyên nhân của tình trạng trên là do sự hiểu biết của chúng ta về tác động của các hiện tượng tâm lý, tinh thần lên cơ thể còn bị hạn chế. Đây là hậu quả sâu sắc của thuyết “nhị nguyên luận” và lý thuyết “cơ thể bệnh học” trong y học. Theo lý thuyết này, hiện tượng tâm lý, tâm thần là do những cấu trúc cơ thể có sẵn quy định; và sẽ không có hiệu quả nếu sử dụng các liệu pháp tâm lý để điều trị, nhất là điều trị các bệnh thực thể.



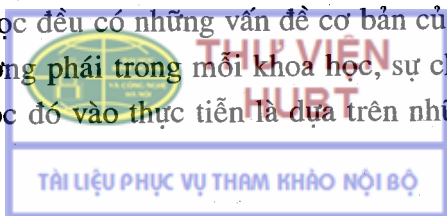
Bức tranh liệu pháp tâm lý được thay đổi một cách cơ bản từ khi xuất hiện những trường phái y học hiện đại. Trong số đó, đáng chú ý hơn cả là trường phái y học thực nghiệm, mà chủ thuyết là sự điều chỉnh của hệ thần kinh trung ương đối với hoạt động cơ thể. Lý thuyết này chỉ ra mối quan hệ tương hỗ tâm thần - cơ thể và khẳng định rằng, những cấu trúc cơ thể có thể bị biến đổi dưới tác động của các hiện tượng tâm lý. Đây là một trong những luận thuyết được coi là cơ sở chủ yếu để phát triển và hoàn thiện các liệu pháp tâm lý đúng đắn.

Rất nhiều thầy thuốc của chúng ta có kinh nghiệm trong sử dụng liệu pháp tâm lý để giữ vững trạng thái tinh thần cho người bệnh và giúp họ duy trì cuộc sống. Tất nhiên, liệu pháp tâm lý không phải chỉ có như vậy.

Cho đến nay, còn rất nhiều vấn đề của liệu pháp tâm lý đòi hỏi thầy thuốc của tất cả các chuyên ngành phải quan tâm, như vấn đề mở rộng phạm vi điều trị của liệu pháp tâm lý; vấn đề thống nhất các lý thuyết, các trường phái và nhất là thống nhất các kỹ thuật của liệu pháp tâm lý...

1. NHỮNG VẤN ĐỀ CƠ BẢN CỦA LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Mỗi một khoa học đều có những vấn đề cơ bản của mình. Sự thống nhất các trường phái trong mỗi khoa học, sự chi tiết hóa, cụ thể hóa khoa học đó vào thực tiễn là dựa trên những vấn đề cơ bản này.



Rất tiếc là cho đến nay liệu pháp tâm lý chưa có được sự thống nhất về những vấn đề cơ bản của mình. Trong quá trình thực hiện các liệu pháp tâm lý đang diễn ra sự đấu tranh gay gắt giữa các trường phái. Mỗi trường phái lý giải những vấn đề cơ bản của liệu pháp tâm lý theo một lý thuyết riêng. Sự khác nhau về lý thuyết giữa các trường phái đã dẫn đến việc hình thành các nhóm liệu pháp tâm lý chuyên biệt. Mỗi nhóm này lại nêu ra những chẩn đoán về bệnh, những chỉ định, mục đích điều trị cụ thể... theo cách riêng của mình.

Trong thực tế, một liệu pháp tâm lý không phải chỉ có tác dụng đối với một loại bệnh mà còn tác dụng chung cho nhiều loại bệnh khác nhau; và ngược lại một triệu chứng, một loại bệnh có thể sử dụng nhiều liệu pháp tâm lý khác nhau để điều trị. Cần căn cứ vào khả năng, phạm vi điều kiện hoàn cảnh thực tế của từng liệu pháp và tùy từng loại bệnh tật, tùy từng nhân cách người bệnh cụ thể mà lựa chọn những liệu pháp tâm lý thích hợp.

Sau đây là một số vấn đề cơ bản của liệu pháp tâm lý.

1.1. Mục đích, nhiệm vụ của liệu pháp tâm lý

Thế nào là liệu pháp tâm lý ? Câu trả lời có thể rất đơn giản: đó là phương pháp chữa bệnh với sự hỗ trợ của các phương tiện tâm lý. Song trong thực tiễn, chúng ta khó có thể tách riêng các phương tiện tâm lý trong điều trị người bệnh, cho nên, theo

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nghĩa hẹp, liệu pháp tâm lý là sự phân tích trực tiếp một hiện tượng tâm lý nào đó hoặc là dùng các phương pháp để có được một hiện tượng tâm lý cụ thể. Ví dụ như, bằng cách tập trung vào công việc lao động tay chân mà người bệnh thoát khỏi một sự ràng buộc nào đó và có được chút thư thái về tinh thần.

1.1.1. Nhiệm vụ của liệu pháp tâm lý

Tâm lý liệu pháp là phương pháp điều trị người bệnh với sự hỗ trợ của các phương tiện tâm lý nhằm đạt được những mục đích cụ thể, thống nhất.

Hiệu quả điều trị của liệu pháp tâm lý có thể đạt được bằng nhiều cơ chế và trải ra trên nhiều bình diện khác nhau của đời sống tâm lý. Đa số các nhà liệu pháp học cho rằng liệu pháp tâm lý không những được dùng để điều trị các quá trình cơ bản của bệnh mà còn được dùng để đạt tới kết quả chung cuộc của quá trình điều trị người bệnh. Ví dụ như, bằng liệu pháp tâm lý chúng ta có thể làm cân bằng sự lệch lạc về nhân cách của người bệnh. Và như thế, nhiệm vụ của liệu pháp tâm lý rất toàn diện.

1.1.2. Mục đích của liệu pháp tâm lý

Liệu pháp tâm lý trước hết nhằm đạt được một sự thay đổi cụ thể nào đó trên người bệnh. Ví dụ trong giai đoạn đầu, chúng ta muốn người bệnh được trấn tĩnh; trong giai đoạn hai, chúng ta lại muốn mang đến một sự thay đổi trong ý nghĩ, tình cảm của họ... Có thể chia mục đích của cả quá trình điều trị thành những

mục đích của từng giai đoạn, từng công việc cụ thể và khi đạt được các mục đích cụ thể này, có nghĩa là đã đạt tới một kết quả chung cuộc. Ví dụ như, từ những kết quả của các liệu pháp thời miên, ám thị..., chúng ta đạt tới kết quả của cả quá trình điều trị người bệnh.

Có một số trường phái không chấp nhận mục tiêu từng phần mà khẳng định rằng, một liệu pháp tâm lý đúng đắn chỉ có mục đích duy nhất là đưa đến một sức khỏe đầy đủ cho người bệnh. Theo họ, mục đích và nhiệm vụ của liệu pháp tâm lý là đồng nhất.

1.2. Điều kiện của liệu pháp tâm lý

Đây là những vấn đề quy định thể thức tiến hành liệu pháp tâm lý. Những điều kiện này được xác định từ phía người bệnh, từ phía môi trường và từ chính các nhà liệu pháp tâm lý.

1.2.1. Những điều kiện thuộc về người bệnh

Thành công của liệu pháp tâm lý trước hết do trạng thái bệnh lý của người bệnh quyết định. Tùy từng bệnh và tùy từng giai đoạn của bệnh mà hiệu quả tác động của liệu pháp tâm lý khác nhau. Bệnh tật là điều kiện chính để thầy thuốc đưa ra chỉ định và xây dựng kế hoạch liệu pháp tâm lý. Mặt khác kết quả của liệu pháp tâm lý còn phụ thuộc nhiều vào sự tham gia của người bệnh, nhất là sự hiểu biết, vốn tâm lý, sự sẵn sàng hợp tác, sự chịu ám thị... của họ. Người bệnh vừa là đối tượng vừa là chủ thể thực hiện liệu pháp tâm lý.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2.2. Môi trường xung quanh

Đây là điều kiện quyết định việc lựa chọn những mục đích mà liệu pháp tâm lý có thể thực hiện được. Các nhà tâm lý liệu pháp cần biết rõ những điều kiện liên quan đến người bệnh và tìm ra yếu tố mang ý nghĩa “chiến đấu” ở trong họ, xem họ đấu tranh với cái gì (với một khái niệm trừu tượng hay với một cá nhân cụ thể); phải tính xem điều gì sẽ xảy ra khi có một sự thay đổi ở người bệnh (ví dụ như thay đổi chỗ ở, việc làm...); đồng thời phải đưa ra lời khuyên hữu ích, giúp họ đối phó với những thay đổi, những tình huống... gây nên bệnh tật. Đây là điều kiện tiên quyết. Nếu thiếu điều kiện môi trường này, thì việc thực hiện tâm lý liệu pháp chỉ còn là hình thức và thoát ly thực tế. Những điều kiện trên đây, đối với các phương pháp điều trị thực thể, trong chừng mực nhất định, có thể không có giá trị, song trong tâm lý liệu pháp, chúng mang một ý nghĩa to lớn.

1.2.3. Những điều kiện thuộc về các nhà tâm lý liệu pháp

Những điều kiện cơ bản thuộc về người tiến hành tâm lý liệu pháp là: có hiểu biết nhất định về liệu pháp tâm lý; có khả năng nắm bắt hiện tượng tâm lý người bệnh một cách khách quan; có khả năng thâm nhập vào tình huống có vấn đề của người bệnh và phải biết đến giới hạn nào thì liệu pháp đã “chỉnh phục” được người bệnh, tạo nên biến đổi trong đời sống tâm lý của họ.

Người tiến hành liệu pháp tâm lý phải biết điều khiển người bệnh một cách sáng tạo (không nên điều khiển bằng quyền uy) và phải kiến tạo được các mối quan hệ thuận lợi cho quá trình điều trị. Họ cần ý thức rằng, phương tiện tâm lý không phải mang lại hiệu quả điều trị trong một không gian chật hẹp mà

là trong một trường phong phú và đa dạng các mối quan hệ của con người, trong đó có mối quan hệ giữa các nhà tâm lý liệu pháp và người bệnh. Cho nên, khi tiến hành tâm lý liệu pháp, không thể không tính đến hiệu quả điều trị của các mối quan hệ này.

1.3. Yếu tố sinh vật và xã hội trong liệu pháp tâm lý

Có nhiều ý kiến khác nhau khi đề cập đến phạm vi của tâm lý liệu pháp. Một số người hiểu liệu pháp tâm lý giống như một nội dung hẹp của điều trị thực thể trong y học. Một số khác lại xem tâm lý liệu pháp như một sự bổ sung, sửa đổi của công tác giáo dục người bệnh (giáo dục tâm thần). Nhìn chung những quan điểm trên đây đều phiếm diện.

Một mặt chúng ta nỗ lực làm cho liệu pháp tâm lý trở thành một thành phần thực thụ của y học, gắn bó mật thiết với điều trị thực thể thành một tổ hợp hoàn chỉnh, trong đó lấy sinh lý học thần kinh làm cơ sở kết dính các phương pháp điều trị với nhau. Mặt khác, chúng ta cố gắng làm cho người bệnh trở thành một thành viên thực thụ của xã hội. Chính nhờ có mặt thứ hai này mà tâm lý liệu pháp mang một ý nghĩa to lớn, vượt ra ngoài phạm vi của một phương pháp điều trị thông thường và làm cho những vấn đề mà nó đề cập đến khác xa so với y học thực thể. Ví dụ, tâm lý liệu pháp thường đề cập đến những vấn đề như: bệnh tật có thể có quan hệ với các khuynh hướng tôn giáo, với thế giới quan của người bệnh; bệnh tật đan xen vào quá trình giao tiếp giữa người bệnh với người xung quanh và tác động mạnh mẽ lên xúc cảm... Song cũng không nên vì thế mà cho rằng, các nhà tâm lý liệu pháp chỉ quan tâm giải quyết những vấn đề về mối quan hệ trong nhóm xã hội của người bệnh. Trái lại, họ cũng như các

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thầy thuốc khác, có nghĩa vụ và trách nhiệm thực hiện mối liên kết giữa tác động y học thực thể với tác động tâm lý, xã hội trong quá trình điều trị người bệnh.

1.4. Phân tích và tổng hợp trong liệu pháp tâm lý

Các nhà phân tâm học luôn nhấn mạnh nguyên tắc phân tích trong **liệu pháp tâm lý**. Họ chỉ ra điểm mấu chốt của tiến trình điều trị là phân tích để loại bỏ những nguyên nhân thực tế gây ra tình trạng bệnh lý. Đây vừa là quá trình suy nghĩ, loại bỏ một cách khách quan nguyên nhân của bệnh vừa là một nghệ thuật làm trung lập hóa các dấu hiệu bệnh lý. Một khi người bệnh đã tiếp thu được những điều lý giải của nhà tâm lý liệu pháp, thì tự họ tìm cách thoát khỏi sự chi phối của bệnh tật, không bị lún sâu vào đó và cảm thấy bệnh tật không còn nữa.

Qua phân tích tâm lý, có thể tìm và loại bỏ những trải nghiệm đóng vai trò nguyên nhân khiến người bệnh phải điều trị, những tác nhân tạo nên gánh nặng cho người bệnh hoặc những yếu tố liên quan với bệnh tật mà trong tiền sử của bệnh chưa được làm sáng tỏ...

Trong điều trị bằng phân tích tâm lý, các thầy thuốc cố gắng giành lấy sự can thiệp chủ động, tích cực và làm cho những can thiệp này có hiệu quả thiết thực, không gây tác hại. Tuy những can thiệp của thầy thuốc rất mạnh mẽ, song nếu sử dụng không đúng, chúng có thể phá vỡ hệ thống điều chỉnh tự động mà cơ thể người bệnh đã tạo được để khắc phục các thiếu sót bệnh lý.

Về cơ bản, những người theo khuynh hướng phân tích đều có chung phương thức tác động là lý giải sự phát sinh, phát triển của bệnh. Họ coi trọng cơ chế điều trị tự giác (trong đó bao gồm cả cơ chế đáp ứng trở lại). Đây là sự đáp ứng bằng tư duy - xúc

cảm, giống như cơ chế làm khô dịch tiết trong điều trị vết thương. Chỉ định điều trị ở đây mang tính chất chung chung (cũng như chỉ định dùng kháng sinh trong điều trị các bệnh viêm nhiễm) mà bị kịch Hy Lạp cổ đại gọi là “làm trong sạch nội tâm”.

Như vậy, trong điều trị bằng phân tích tâm lý, các triệu chứng của bệnh cũng dần dần mất đi cùng với việc thủ tiêu các yếu tố đặc trưng dẫn đến bệnh tật. Tuy tất cả các trường hợp phân tích thực hiện giống nhau, song kết quả thì muôn hình muôn vẻ, không theo một khuôn mẫu nào.

Có thể nói, các nhà phân tích tâm lý đã thực hiện việc giải tỏa tụ điểm bệnh lý trên người bệnh. Song thực tế cho thấy, không phải khi tụ điểm bệnh lý chức năng của hệ thần kinh được giải tỏa thì lập tức người bệnh có ngay sự điều chỉnh bổ sung, bù đắp những gì đã bị thiếu hụt.

Một mặt, chúng ta không nên xem xét tụ điểm bệnh lý chỉ đơn thuần về mặt triệu chứng học; mặt khác chúng ta cũng hiểu rằng tụ điểm bệnh lý chỉ là một trong vô số những chức năng biến đổi ở người bệnh, còn rất nhiều những biến đổi khác mà các thầy thuốc còn chưa biết đến.

Tuy sự phân tích để tìm và giải tỏa căn nguyên tâm lý của bệnh mang một ý nghĩa to lớn, song không phải tất cả các bệnh điều trị bằng cách này đều mang lại hiệu quả. Nhiều khi tiến hành điều trị “từ trung ương” không khỏi, chúng ta phải lập tức chuyển sang phương pháp tiếp cận “từ ngoại vi”.

Thực tế chỉ ra rằng, nếu chỉ dựa vào biểu hiện bên ngoài của bệnh thì thầy thuốc sẽ không nắm được bản chất của bệnh. Ngược lại, nếu thầy thuốc quá lệ thuộc vào những suy luận của người bệnh thì họ có thể sẽ tự làm mất đi sự sâu sắc của quá trình điều trị. Tất nhiên, dù người bệnh thiếu hiểu biết, thiếu sự chuẩn bị

đối phó với bệnh tật đến đâu thì tự họ cũng tìm cách lấy lại sự cân bằng với bệnh tật. Nhiều khi để đạt được kết quả điều trị, người bệnh phải tạm thời vượt qua chính mình.

Các nhà tâm lý liệu pháp phải giúp người bệnh duy trì trạng thái cân bằng nội tâm và xây dựng ý nghĩ bệnh tật sẽ thuyên giảm. Có như vậy thì sức khỏe của họ mới được nâng cao và liệu pháp tâm lý mới có tác dụng cả trong giai đoạn điều trị không cần sự chăm sóc toàn diện của thầy thuốc.

Cần nhấn mạnh một điều là, trong tâm lý liệu pháp, nếu hoàn toàn chỉ có phân tích, không thừa nhận sự tổng hợp, thì cũng có nghĩa là không thấy hết giá trị của nhân tố xã hội khi điều trị người bệnh.

Từ những lý giải trên chúng ta thấy trong tâm lý liệu pháp, vấn đề không chỉ đơn thuần là lựa chọn phương pháp điều trị nào, phân tích hay tổng hợp, mà là làm thế nào để sử dụng cả hai phương pháp này. Không thể có điều trị tổng hợp nếu không có liệu pháp phân tích hỗ trợ và liệu pháp tâm lý không thể kết thúc mà không có điều trị tổng hợp. Cần phải xác định khi nào thì thực hiện liệu pháp phân tích và khi nào thì thực hiện liệu pháp tổng hợp để đạt được kết quả điều trị tối ưu trong những điều kiện và hoàn cảnh cụ thể của người bệnh.

1.5. Điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng

Khi tiến hành liệu pháp tâm lý có nhất thiết phải lựa chọn giữa điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng không?

Có ý kiến cho rằng, liệu pháp tâm lý chỉ có hiệu quả trong điều trị triệu chứng. Sở dĩ quan niệm như vậy là vì họ thấy hình như liệu pháp ám thị đối lập với liệu pháp phân tích, chỉ tác động

trên các triệu chứng, “vá vú” các triệu chứng, bù đắp tạm thời toàn trạng cho người bệnh và hiệu quả của nó phụ thuộc vào ý đồ của nhà tâm lý liệu pháp..., mà trong thực tế thì lại cần đến điều trị tận gốc, điều trị nguyên nhân của bệnh.

Thực ra liệu pháp ám thị không phải chỉ tác dụng trên triệu chứng. Nó chỉ có tác dụng điều trị triệu chứng nếu như sử dụng một cách đơn độc để giải quyết những trường hợp, tình huống cụ thể.

Một số tác giả (như Eysenck, Wolpe...) cho rằng, điều trị triệu chứng cũng tương tự như điều trị nguyên nhân, nghĩa là bất kỳ một sự điều chỉnh cấu trúc chung nào của bệnh cũng được thực hiện trực tiếp trên những biểu hiện của nó (tức là trên các triệu chứng).

Đối với phần lớn các bệnh loạn thần kinh chức năng, nếu chỉ sử dụng phương pháp điều trị triệu chứng thì sẽ gặp thất bại, giống như trường hợp muốn giải quyết vấn đề rối loạn tình dục mà lại không chú ý ngăn chặn tình trạng ngày một xấu đi trong quan hệ nhân cách giữa hai vợ chồng. Đôi khi chỉ cần chấn chỉnh hợp lý dựa trên các triệu chứng thì không những các triệu chứng được điều trị mà cấu trúc chung của bệnh cũng không còn có thể gây ra những ảnh hưởng trực tiếp đến các chức năng cơ thể. Ví dụ như, trong điều trị các ám ảnh sợ, bằng sự giải tỏa hợp lý thì không những các ám ảnh sợ được chữa khỏi mà hậu quả đặc trưng do chúng gây ra cũng được khắc phục.

Có thể khẳng định một điều là: điều trị triệu chứng không thể không bao hàm điều trị nguyên nhân; điều trị triệu chứng không đối lập về căn bản với điều trị nguyên nhân và không nên thiên lệch về một loại điều trị nào, phân tích nhân cách hay điều

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

chỉnh nhân cách; không nên tạo ra sự trái ngược giữa điều trị “toàn thể” và điều trị “bộ phận”.

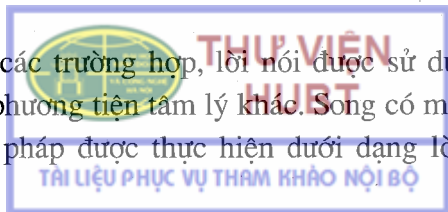
Để điều trị một bệnh nào đó cần sử dụng các liệu pháp khác nhau và ngược lại, một liệu pháp chuyên biệt có thể được sử dụng chung để điều trị cho nhiều loại bệnh nếu như có chẩn đoán hợp lý và chỉ định điều trị đúng đắn, kịp thời.

Dù trong phạm vi hẹp, cũng không thể phủ nhận hiệu quả của phương pháp điều trị triệu chứng. Cùng với việc hạn chế hoặc phát triển một triệu chứng nào đó của bệnh (điều trị cục bộ) là quá trình điều trị toàn thể người bệnh. Do vậy cần căn cứ vào từng trường hợp bệnh lý cụ thể mà lựa chọn những liệu pháp tâm lý thích hợp.

2. KỸ THUẬT TÂM LÝ LIỆU PHÁP

Trong thực tế, có những cơ sở điều trị chỉ tiến hành một kỹ thuật tâm lý liệu pháp duy nhất. Trái lại, có cơ sở lại sử dụng tổng hợp nhiều kỹ thuật điều trị khác nhau. Có một số trường phái tâm lý liệu pháp xây dựng riêng cho mình một chương trình, kế hoạch điều trị độc đáo; song một số khác, tuy nói là sẽ tiến hành điều trị theo quan điểm riêng, lý thuyết riêng, nhưng khi thực hiện thì lại sử dụng tổng hợp nhiều kỹ thuật khác nhau. Đôi khi chúng ta gặp một số trường phái cùng thực hiện chung một kỹ thuật, song họ lại lý giải kỹ thuật này không theo một lý thuyết đồng nhất.

Trong đa số các trường hợp, lời nói được sử dụng kết hợp chặt chẽ với các phương tiện tâm lý khác. Song có một số trường hợp, tâm lý liệu pháp được thực hiện dưới dạng lời nói thuần



nhất, không kèm theo các kỹ thuật chuyên biệt. Nhìn chung, lời nói là phương tiện thuận lợi nhất để tiến hành liệu pháp tâm lý.

Sau đây là những kỹ thuật thường được sử dụng trong liệu pháp tâm lý.

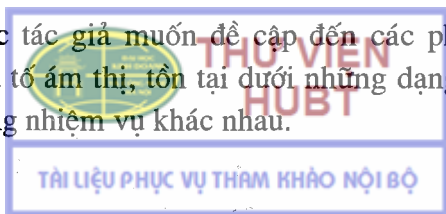
2.1. Kỹ thuật ám thị

Phải nói ngay một điều là, không phải mọi người đều hiểu khái niệm ám thị (suggestion) như nhau. Có một quan niệm rất phổ biến, song không hoàn toàn đúng đắn đã cho rằng, ám thị đồng nghĩa với việc tạo ra niềm tin thái quá; hoặc nói như một số tác giả (Dubols, Schultz...), đây là phương pháp can thiệp làm mất đi tính phê phán của người bị ám thị.

Nhưng trong thực tế người ra đã thấy quan niệm của Bernheim và Sorel có phần chính xác hơn. Theo các tác giả này, đây là quá trình làm nảy sinh trí tưởng tượng, đôi khi rất mạnh mẽ, dẫn đến sự thay đổi những trải nghiệm sâu sắc trong người bệnh (ví dụ, khi người bệnh tưởng tượng về sự ấm lên của bàn tay, thì thực tế, bàn tay họ cũng dần dần ấm lên). Những hiểu biết này rất gần với quan điểm sinh lý học thần kinh hiện đại.

Thực tế cho thấy, ám thị không làm yếu đi khả năng phê phán của người bệnh mà là liệu pháp tác động trước hết vào các quá trình cảm giác, tri giác, tưởng tượng... của họ.

Sau đây các tác giả muốn đề cập đến các phương pháp có chứa đựng yếu tố ám thị, tồn tại dưới những dạng khác nhau và thực hiện những nhiệm vụ khác nhau.



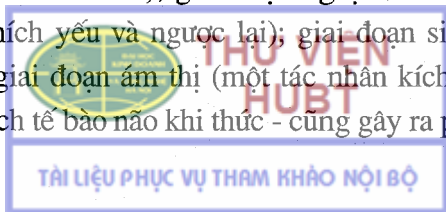
2.1.1. Liệu pháp thôi miên (hypnose)

Từ xa xưa người ta đã coi thôi miên là một loại giấc ngủ. Puységur cho rằng, đây là giấc ngủ trong trạng thái yên lặng. Mesmer lại cho đây là giấc ngủ tới hạn. Faria nói thôi miên là giấc ngủ “minh mẫn”; còn Bertrand thấy đây là giấc ngủ còn liên hệ được với xung quanh. Liebeault xem đây là giấc ngủ bình thường mà trong đó người bị thôi miên vẫn quan hệ được với những người điều hành.

Braid dùng thuật ngữ hypnotism để chỉ sự giống nhau giữa giấc ngủ và thôi miên (gốc từ Hy Lạp, hypnos có nghĩa là giấc ngủ).

Người đầu tiên thiết lập mối quan hệ giữa thôi miên và giấc ngủ trên cơ sở thực nghiệm là I. P. Pavlov. Ông và cộng sự đã cho những con chó làm quen với tiếng kèn báo hiệu ăn và chúng chỉ thức dậy khi có tiếng kèn đó, không thức dậy khi có các tiếng động khác, dù là mạnh hơn. Não của những con chó này không bị ức chế hoàn toàn, vẫn còn một số “điểm cảnh tỉnh”. Não của người ngủ thôi miên cũng có một số điểm như vậy, nên họ quan hệ được với các nhà thôi miên.

Pavlov đã chia giấc ngủ thôi miên thành ba giai đoạn: giai đoạn cân bằng (các tác nhân kích thích dù mạnh hay yếu đều gây ra những kết quả như nhau); giai đoạn nghịch đảo (tác nhân mạnh gây ra kích thích yếu và ngược lại); giai đoạn siêu nghịch đảo hay còn gọi là giai đoạn ám thị (một tác nhân kích thích âm tính - không kích thích tế bào não khi thức - cũng gây ra phản ứng).



2.1.1.1. Các giai đoạn thôi miên

Giai đoạn thứ nhất: người bệnh rơi vào tình trạng mơ màng (nhẹ hoặc sâu), có những chuyển động tự phát và cảm giác mệt mỏi. Sau đó, người bệnh có các chuỗi cử động mềm dẻo, uốn sấp (định vị tay, chân theo hướng dẫn của nhà thôi miên)

Giai đoạn thứ hai: người bệnh có các ảo tưởng, ảo giác, có các vận động không tự ý (làm theo nhà thôi miên một cách rập khuôn, máy móc), tự thực hiện mệnh lệnh thôi miên và có thể không còn các cảm giác đau...

Giai đoạn thứ ba: người bệnh có những dấu hiệu giống như giai đoạn hai và có thêm sự mất nhớ; có thể xuất hiện trạng thái uốn sấp định hình hoặc cứng đờ mất não. Họ làm theo mệnh lệnh của nhà thôi miên một cách tự động và có thể có các động tác phụ họa.

2.1.1.2. Chống chỉ định trong thôi miên

Loại thôi miên nào không can thiệp vào toàn bộ trạng thái sinh lý của não bộ thì không nên sử dụng để điều trị các bệnh về hoạt động thần kinh cấp cao, bởi vì nó sẽ trực tiếp gây ra các bệnh rối loạn tâm thần dễ tái phát, có nhiều biến chứng.

Không được sử dụng thôi miên để can thiệp vào những bệnh rối loạn tâm thần trầm trọng. Tất nhiên khi người bệnh trong trạng thái rối loạn tâm thần nặng thì không thể thực hiện được giấc ngủ thôi miên.

Cần chú ý khi sử dụng thôi miên trong điều trị những người bệnh tính cách phân ly vì tính chịu ám thị của họ được gia tăng đến mức không bình thường, dễ tự phát nảy sinh trạng thái giống

thôi miên. Có lẽ vì thế mà Charcot cho rằng, thôi miên là sự rối loạn phân ly nhân tạo.

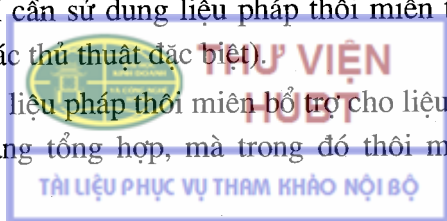
Trên thực tế, đạt tới trạng thái thôi miên ở người bệnh tính cách phân ly không khó khăn lắm, song việc tiến hành nó theo định hướng nào thì lại rất khó khăn. Có thể đưa người bệnh này đến ám thị, song chính đặc trưng nhân cách của họ đã chi phối mạnh mẽ sự tiến triển quá trình thôi miên và dẫn đến tình trạng thầy thuốc không còn điều khiển nổi quá trình này nữa. Từ đó người bệnh có những biến chứng rất nặng nề.

Một số chống chỉ định khác của thôi miên liên quan đến sự yếu kém ý chí của người bệnh. Mặc dù ảnh hưởng của thôi miên lên quá trình ý chí rất khó đánh giá, song nếu can thiệp thôi miên cứ lặp đi lặp lại (nhất là trên người bị bệnh thái nhân cách, có ý chí yếu) thì các tác động âm tính sẽ tăng lên và cơ chế điều chỉnh (nhằm duy trì sự cân bằng khi có những thiếu hụt) sẽ bị suy yếu. Tình trạng này ngày càng xảy ra thường xuyên hơn, vì người bệnh có khuynh hướng chịu ám thị cao trong thôi miên.

2.1.1.3. Chỉ định phương pháp thôi miên

Thôi miên có nhiều hiệu quả trong điều trị trạng thái ức chế toàn thể. Luyện tập thôi miên có tác dụng hạn chế trạng thái buồn phiền và nổi xung (trạng thái thiếu trấn tĩnh). Trong những trường hợp này chỉ cần sử dụng liệu pháp thôi miên thuần nhất (không kèm theo các thủ thuật đặc biệt).

Có thể sử dụng liệu pháp thôi miên bổ trợ cho liệu pháp giác ngủ, thành một dạng tổng hợp, mà trong đó thôi miên chiếm



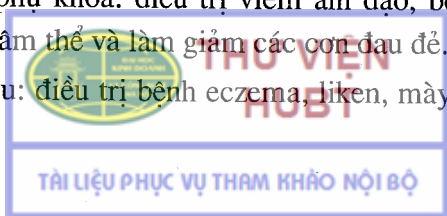
phần nhỏ hoặc chiếm phần điều trị kéo dài. Chỉ định liệu pháp thôi miên ở đây rất rộng, bao gồm gần như toàn bộ liệu pháp giấc ngủ và trong một số trường hợp, cường độ tác động thực tế có thể vượt xa cường độ vốn có của nó. Liệu pháp thôi miên đặc biệt tác dụng khi người bệnh có giấc ngủ bình thường.

Thôi miên có tác dụng tốt trong điều trị các bệnh có căn nguyên tâm lý kết hợp với tổn thương chức năng sinh lý, thực thể.

Trong tâm thần học, thôi miên được sử dụng để điều trị người bệnh hysteria (điều trị các triệu chứng mất nhớ, mất tiếng, mù, bại, liệt nửa người, nháy mắt...) và để điều trị người bệnh loạn thần kinh có trạng thái lo sợ v.v...

Trong lâm sàng, thôi miên còn được sử dụng để điều trị các bệnh sau:

- Bệnh hô hấp: điều trị bệnh hen (do nguyên nhân tâm lý dị ứng).
- Bệnh tim mạch: chữa loạn thần kinh tim, cao huyết áp và làm yên tâm người bệnh nhồi máu cơ tim, co thắt động mạch vành.
- Bệnh da dày, ruột: làm giảm ổ loét; điều trị co thắt thực quản, tâm vị; điều trị táo bón, đi lỏng, cắt cơn đau và làm giảm nôn mửa...
- Bệnh tiết niệu: để vô cảm trong nong niệu đạo, soi bàng quang, mổ quy đầu hoặc dùng để điều trị bí đái do nguyên nhân tâm lý, bệnh đái dầm trẻ em và các bệnh rối loạn tình dục...
- Bệnh sản, phụ khoa: điều trị viêm âm đạo, bệnh vô sinh do nguyên nhân tâm thể và làm giảm các cơn đau đẻ...
- Bệnh da liễu: điều trị bệnh eczema, liken, mày đay, rụng tóc, mụn cóc...



– Bệnh thần kinh: điều trị đau nửa đầu (migraine), đau cột sống, mất ngủ, chứng giật, chứng run, nói lắp...

– Bệnh răng miệng: dùng thôi miên để giảm đau, giảm phản xạ nôn...

Ngoài ra, có thể sử dụng thôi miên để cai nghiện, điều trị rối loạn dinh dưỡng, giảm đau trong chấn thương, trong ung thư...

2.1.1.4. Thôi miên và phân tích tâm lý

Trong thôi miên có thể sử dụng kết hợp với liệu pháp phân tích lô gíc, như: phân tích khi ngủ, để chẩn đoán và điều trị.

Giá trị chẩn đoán trong liệu pháp phân tích khi ngủ mang tính “vấn đề” hơn trong liệu pháp thôi miên, bởi vì những thông báo giữa người bệnh và nhà thôi miên thường thiếu tự nhiên, kém tin cậy. Tất nhiên, trong thôi miên cũng như trong phân tích khi ngủ đều không được phép đưa vấn đề khêu gợi, tìm hiểu những bí mật cá nhân lên hàng đầu.

Về cơ bản, cũng như liệu pháp phân tích khi ngủ, có thể tiến hành thôi miên để điều trị triệu chứng của bệnh, làm giảm gánh nặng cảm xúc và giải tỏa sự dồn nén trong người bệnh.

Tuy trong thôi miên không đề cập đến vấn đề điều trị bằng giáo dục cá biệt, song chính kết quả của nó có thể sẽ củng cố, bổ sung một số biểu tượng trái ngược với dấu hiệu bệnh lý. Đến khi người bệnh trở lại trạng thái thức tỉnh, những dấu hiệu này sẽ hỗ trợ cho thầy thuốc tiến hành liệu pháp điều trị tổng hợp.

2.1.1.5. Giới hạn của liệu pháp thôi miên

Điểm mấu chốt của điều trị bằng thôi miên là những mệnh lệnh đưa ra phải tác động vừa đủ lên lĩnh vực hoạt động thần

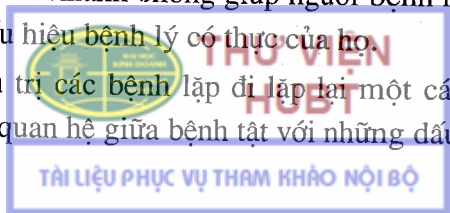
kinh thực vật của người bệnh - là lĩnh vực hoạt động thường xuyên, liên tục và không chủ định. Mệnh lệnh thời miên tác động lên hoạt động của tim, lên tình trạng của mạch, điều hòa thân nhiệt và tác động lên cả sự phân bố dinh dưỡng, thần kinh... của cơ thể.

Sở dĩ có những tác động này là vì trong thời miên, sự liên hệ, điều chỉnh của hệ thống thính giác với các chức năng sống của cơ thể vẫn được duy trì, nghĩa là sự liên hệ giữa hệ thống tín hiệu thứ hai của các mệnh lệnh thời miên với trạng thái cơ thể của người bị thời miên vẫn được đảm bảo. Trong thời miên, những tín hiệu lời nói có khả năng tác động mạnh mẽ, bởi vì trong trạng thái này, sự tác động của nó gần với cơ chế tác động của hệ thống tín hiệu thứ nhất.

Mối liên hệ chặt chẽ giữa chức năng cơ thể với tín hiệu lời nói trong thời miên là một đảm bảo chắc chắn, làm cho thời miên có khả năng can thiệp vào toàn bộ các rối loạn chức năng khu trú của cơ thể người bệnh.

Trong thời miên có thể tạo ra (bằng thực nghiệm) những “dấu hiệu bệnh lý” như đau đầu, lo lắng, trạng thái nặng nề về tim mạch... Qua tìm hiểu con đường tạo ra các dấu hiệu này, chúng ta xây dựng nên các phương pháp điều trị hoặc hạn chế sự trở lại của chúng. Mặt khác, những dấu hiệu bệnh lý được tạo ra trong thời miên sẽ nhanh chóng giúp người bệnh hình thành khả năng ức chế dấu hiệu bệnh lý có thực của họ.

Trong điều trị các bệnh lặp đi lặp lại một cách rập khuôn, cần tạo ra mối quan hệ giữa bệnh tật với những dấu hiệu gây khó



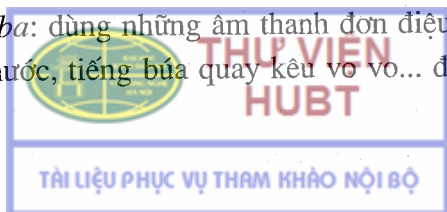
chịu cho người bệnh. Ví dụ, để điều trị bệnh nghiện rượu, dưới tác động của thôi miên, có thể gây ra các triệu chứng giống như say rượu (nôn mửa, khó chịu...), để sau đó người bệnh cảm thấy sợ, không còn muốn uống rượu nữa. Tác động của các dấu hiệu tạo ra này được duy trì rất lâu, cả sau khi người bệnh đã thoát khỏi thôi miên, trong trạng thái thức tỉnh hoàn toàn. Nhiều khi, tác động của chúng còn gia tăng do được củng cố bởi những can thiệp phù trợ. Tất nhiên, chỉ những can thiệp được tạo ra đủ sâu mới tiếp tục duy trì hiệu quả tác động sau thôi miên.

2.1.1.6. Một số kỹ thuật tiến hành thôi miên

Cách làm thứ nhất: đưa bàn tay chuyển động cách vài centimet, dọc theo thân người, tạo một dòng không khí hoặc một dòng nhiệt đơn điệu trên người bệnh. Người bệnh có thể nhìn theo sự chuyển động của tay (nếu tiếp xúc trực tiếp trên da cũng có kết quả tương tự). Phương pháp này có hiệu nghiệm đối với những người nhạy cảm, tế nhị.

Cách làm thứ hai: để người bệnh nhìn chăm chăm (tập trung chú ý) vào một đồ vật lấp lánh, cách mắt 25 - 40 cm và ngang với chiều cao của trán họ. Sự suy nghĩ của người bệnh cũng tập trung vào đồ vật này. Cũng có thể dùng mắt nhà thôi miên thay cho đồ vật để người bệnh nhìn vào.

Cách làm thứ ba: dùng những âm thanh đơn điệu như tiếng nước chảy từ vòi nước, tiếng búa quay kêu vo vo... để tác động vào người bệnh.



Cách làm thủ tư (tốt hơn cả): dùng lời nói kết hợp với các phương pháp trên. Để người bệnh tự ngồi hoặc nằm theo tư thế thoải mái, không gian xung quanh yên tĩnh. Yêu cầu người bệnh tập trung chú ý vào một vật, sau đó nhà thôi miên nói những câu như: “Bạn đang cảm thấy nặng ở chi... Bạn cố gắng sẽ mở được mắt... Đồ vật trước mặt bạn trở nên mờ nhạt và tan biến dần... Đôi mắt bạn đang khép lại...”. Khi thấy giấc ngủ thôi miên sắp đến thì kết thúc các tác động đơn điệu và nhẹ nhàng, dứt khoát ra lệnh: “Hãy ngủ đi”. Có thể làm tăng thêm sức mạnh của lời nói bằng những kích thích nhạy cảm, ví dụ như khi nói: “Bạn cảm thấy hai chân mình không cưỡng lại được”, đồng thời dùng tay ấn nhẹ lên đùi người bệnh...

Nếu như người bệnh chưa ngủ thì nên lặp lại cách làm trên một vài lần trong một ngày hoặc sang ngày tiếp theo. Theo Strelcuk, những người bệnh có ưu thế về hệ thống tín hiệu thứ nhất thì dễ bị thôi miên bằng các kích thích cảm giác; những người bệnh có ưu thế về hệ thống tín hiệu thứ hai thì dễ đi vào giấc ngủ thôi miên bằng tác động của lời nói.

2.1.2. Ám thị khi thức

Đây là liệu pháp ám thị được tiến hành khi người bệnh trong trạng thái thức tỉnh.

Đối với trường hợp khó có thể thực hiện liệu pháp thôi miên, nhưng chỉ cần điều trị bằng liệu pháp ám thị là đủ thì liệu pháp ám thị khi thức có hiệu quả rất cao. Liệu pháp thôi miên chủ yếu được lựa chọn để can thiệp các triệu chứng bệnh trầm trọng, mạn tính, ít thuyên giảm... Còn liệu pháp ám thị khi thức chủ yếu được chỉ định trong điều trị các rối loạn thần kinh chức năng và rối loạn vỏ não - nội tạng nhẹ, tạo nên trạng thái an thần, trấn tĩnh cho người bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.1.3. Giả chứng ám thị

Đây là loại ám thị làm cho người bệnh tin vào những kết quả tác động giả tạo của các yếu tố tác động.

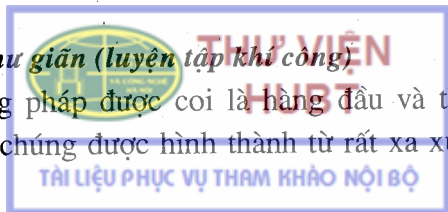
Những yếu tố tác động có thể là yếu tố vật lý, hóa dược v.v... Chúng được sử dụng để tạo cho người bệnh một ấn tượng hoặc sự mong đợi nào đó. Ví dụ, người thầy thuốc làm cho người bệnh tin rằng, sau khi tiêm thuốc "giảm đau" (mà thực tế chỉ là tiêm một dung dịch sinh lý), cơn đau sẽ thuyên giảm.

Có thể sử dụng tất cả các yếu tố tác động khác nhau để tiến hành liệu pháp giả chứng ám thị, miễn là những yếu tố đó không gây hại, không thô bạo. Song, sẽ là sai lầm nếu cho rằng, phần lớn kết quả điều trị bằng các yếu tố vật lý (như trong vật lý trị liệu) đều là sự ám thị điều trị nguyên nhân.

Tuy giả chứng ám thị mang lại những kết quả nhất định, song đây chỉ là sự trợ giúp không có thực cho quá trình điều trị, "đánh lừa" người bệnh. Trong ám thị khi thức, người bệnh ý thức rõ nguồn gốc của kết quả ám thị, còn trong giả chứng ám thị, hiệu quả này chỉ là phụ và độc lập với sản phẩm của các tác động vật lý, hóa dược... Liệu pháp giả chứng ám thị có hiệu quả đối với người bệnh có nhân cách hời hợt hoặc người bệnh không có sự hợp tác đầy đủ trong điều trị, có khuynh hướng giữ nguyên hiện trạng, không muốn thay đổi. Phương pháp này thường sử dụng trong điều trị người bệnh có tính cách phân ly chu kỳ.

2.1.4. Liệu pháp thư giãn (luyện tập khí công)

Đây là phương pháp được coi là hàng đầu và thông dụng hiện nay, mặc dù chúng được hình thành từ rất xa xưa. Theo J.



H. Schultz, luyện tập khí công là một dạng tự thôi miên thư giãn, tạo ra các diễn biến trên người bệnh để tập trung điều trị những triệu chứng đã rõ ràng với sự chỉ đạo chặt chẽ của các nhà tâm lý liệu pháp. Đây là liệu pháp chủ yếu nhằm điều trị vào các triệu chứng thực thể.

Kết quả của liệu pháp thư giãn cũng tương tự như liệu pháp thôi miên cá biệt. Người bệnh tự cảm thấy những thay đổi như tay chân nặng thêm, có cảm giác nóng ấm (tỏa lan dọc cơ thể), nhịp thở, mạch đập điều hòa, giấc ngủ yên tĩnh... Song, khác với liệu pháp thôi miên kết hợp, ở đây người bệnh coi mệnh lệnh của nhà liệu pháp chỉ là lời hướng dẫn và khi thực hiện họ sẽ tự làm theo ý mình. Schultz còn mô tả những trường hợp thực hiện tự thôi miên sâu đến mức giống như chỉ trong thôi miên kết hợp mới đạt được.

Toàn bộ kết quả điều trị thư giãn được kéo dài một thời gian sau khi người bệnh ngừng luyện tập và trong thời gian này, liệu pháp như có thêm những ý nghĩa mới, to lớn hơn. Đây là điểm khác biệt giữa luyện tập khí công và liệu pháp tự ám thị lặp đi lặp lại hoặc liệu pháp luyện tập thông thường, rập khuôn, máy móc.

Ấn tượng hàng đầu của điều trị bằng thư giãn là tạo ra một sự thoải mái hoàn toàn cho người bệnh. Đặc biệt, nó còn là một hoạt động mang ý nghĩa lấp đầy khoảng thời gian nhàn rỗi và duy trì trương lực hoạt động thần kinh thực vật của người bệnh.

Theo E. Jakopson, liệu pháp luyện tập khí công dựa trên nhiều nguyên tắc khác nhau. Liệu pháp thường bắt đầu từ những bài tập đơn giản về hệ thống cơ bắp, giúp cho người bệnh học

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

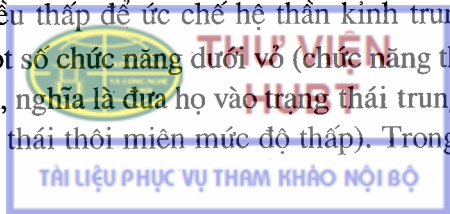
cách làm chủ sức căng của các cơ trên toàn bộ thân thể và sau đó làm cho chúng thoải mái, giãn mềm. Cần lưu ý một điều là, mỗi một động thái về cảm xúc đều thể hiện cụ thể trên hoạt động của cơ bắp. Cho nên theo định luật đảo là: khả năng co giãn của hệ thống cơ bắp như thế nào thì khả năng giải phóng hay ức chế tinh thần của người bệnh cũng như thế ấy.

Trong luyện tập thư giãn, ảnh hưởng cá nhân của nhà liệu pháp đối với người bệnh không được biểu hiện rõ nét. Họ giống như những người hướng dẫn tập luyện bình thường. Song, theo Aiuriaguer và Stokvis, nhiều tác giả đã chỉ rõ sự ảnh hưởng mang tính quyết định của mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh trong điều trị thư giãn.

Liệu pháp thư giãn mang lại hiệu quả điều trị cao và được nhiều người sử dụng. Đây cũng là những liệu pháp có thể tiến hành ở mọi nơi, mọi lúc và thực hiện ít tốn thời gian. Cách thức thực hiện của liệu pháp lại đơn giản, chỉ cần một lời hướng dẫn là người bệnh tự làm được, còn sau đó các nhà liệu pháp tập trung vào theo dõi diễn biến và kiểm tra kết quả tập luyện của người bệnh.

2.2. Phân tích khi ngủ

Nhiều tác giả coi phân tích khi ngủ vừa là một kỹ thuật chẩn đoán tâm lý vừa là một phương pháp điều trị. Chúng ta có thể dùng thuốc ngủ liều thấp để ức chế hệ thần kinh trung ương và ức chế chọn lọc một số chức năng dưới vỏ (chức năng thực vật). Từ đó, đưa người bệnh, nghĩa là đưa họ vào trạng thái trung gian giữa thức và ngủ (trạng thái thôi miên mức độ thấp). Trong trạng thái



này, bằng nội dung cuộc trò chuyện, có thể tạo ra những điều kiện và cơ chế liên tưởng mới mang tính tạm thời ở người bệnh. Trên cơ sở đó, tiến hành đánh thức hoặc làm mờ nhạt những ký ức, những sự kiện liên quan đến bệnh tật của họ.

Những cảm xúc, vận động... của người bệnh được bộc lộ ra qua phân tích tâm lý sẽ giúp cho thầy thuốc có định hướng trong điều trị triệu chứng và nguyên nhân của bệnh.

2.3. Liệu pháp nhóm

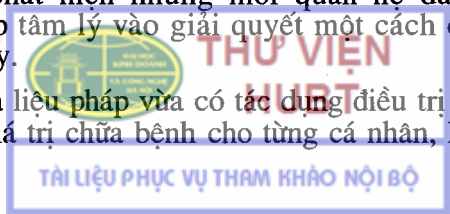
Khác với liệu pháp thực thể, trong liệu pháp tâm lý, ngoài những tác động điều trị cơ bản còn có một số tác động rất đặc biệt đó là tác động của các mối quan hệ.

Liệu pháp tâm lý cá nhân đảm bảo cho thầy thuốc trong suốt thời gian điều trị hoàn toàn tập trung vào một người bệnh, thực hiện các can thiệp trên một người bệnh (sự can thiệp này đôi khi rất cần thiết, nhất là đối với những đối tượng từ chối sự có mặt của người khác). Mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh trong liệu pháp tâm lý cá nhân được bảo đảm một cách đầy đủ nhất.

Trong liệu pháp tâm lý nhóm, tác động của mối quan hệ đa dạng và phong phú hơn. Qua trao đổi với nhau, qua tấm gương phản chiếu từ người khác, qua tác động mang tính dư luận, người bệnh có thể hiểu các vấn đề của bản thân đôi khi còn sâu sắc, tường tận hơn cả lời giải thích của thầy thuốc. Qua các cá nhân khác, người bệnh hiểu được rằng, rất nhiều những “dấu hiệu ngầm”, những “hòn đá tảng” tạo nên bệnh tật của họ có khi chỉ là giả tạo, do sự phản ánh chủ quan, không đúng đắn, bệnh hoạn mà có.

Nhiệm vụ của người thầy thuốc thực hiện liệu pháp nhóm là phải quan tâm đến sự phát triển của toàn nhóm, không để những mối quan hệ trong nhóm phát triển một cách tự phát; phải kịp thời phát hiện những mối quan hệ đáng chú ý và hướng liệu pháp tâm lý vào giải quyết một cách đúng đắn các mối quan hệ này.

Nội dung của liệu pháp vừa có tác dụng điều trị chung cho cả nhóm, vừa có giá trị chữa bệnh cho từng cá nhân, không cản trở



đối với từng người bệnh. Những trường hợp không có chỉ định sử dụng liệu pháp cá nhân, thì càng phải sử dụng liệu pháp tâm lý nhóm, dù là tạm thời, để qua đó làm tăng thêm hiểu biết của người bệnh về sự tác động lẫn nhau giữa các thành viên trong nhóm.

Trong các cơ sở điều trị, nhất là trong các bệnh viện, người thầy thuốc có nhiều điều kiện thuận lợi để tiến hành liệu pháp tâm lý nhóm. Tuy nhiên khi tiến hành liệu pháp này cũng cần đề phòng cơ hội làm nảy sinh và duy trì trạng thái giống hội chứng suy nhược thần kinh ở một số người bệnh (họ bị lệ thuộc vào nhóm, ỷ lại vào người khác hoặc yên tâm với những trạng thái nghỉ bệnh của mình).

Tuy ở trong nhóm có thể có những tiếp xúc xã hội tiêu cực, song sự hứng thú tích cực của người bệnh cũng dễ được hình thành. Có nhiều điều tốt nảy sinh và tồn tại như một tất yếu khi người bệnh sinh hoạt trong tập thể. Những mối quan hệ tập thể được tạo ra trong liệu pháp tâm lý nhóm đương nhiên sẽ là cơ sở cho sự tái thích ứng xã hội của người bệnh.

Hiệu quả của các liệu pháp nhóm sẽ rất tốt nếu như biết kết hợp chặt chẽ với liệu pháp lao động.

2.4. Liệu pháp tuân theo những quy định và sự học tập

2.4.1. Nguyên lý của liệu pháp

Cấu trúc bệnh đã ảnh hưởng lớn đến việc hoàn thiện hay dỡ bỏ những phản xạ có điều kiện bệnh lý ở người bệnh. Phản xạ có điều kiện mới hình thành sẽ chi phối mạnh mẽ hơn các cấu trúc bệnh lý theo một cơ chế khác. Phản xạ có điều kiện ở đây không chỉ bao gồm những phản ứng với các tín hiệu có điều kiện cụ thể mà còn là một phản xạ học được trong quá trình sống của cá nhân. Phản xạ có điều kiện là cơ sở cơ bản của liệu pháp tâm lý tuân theo các quy định và sự học tập.

2.4.2. Cơ chế của liệu pháp

Theo Wolpe, đây chính là liệu pháp tạo ra những ức chế tương hỗ, tác động lên hệ thần kinh trung ương (là nơi tạo ra phản ứng bệnh lý cảm xúc tổng quát và định hình).

Phương thức cụ thể để người bệnh khắc phục hành vi rút rè, thái độ thụ động là thực hiện các phản ứng chuyển đổi. Có hai loại phản ứng chuyển đổi.

– Loại phản ứng thứ nhất: khi gặp hoàn cảnh hoặc mối quan hệ khác lạ, người bệnh tự mình học cách vượt lên. Sự học tập này được tiến hành dần dần từ việc làm quen với các kích thích gọi ra sự lo lắng, bồn khoăn, đến việc làm quen với những hành vi thụ động, mềm yếu của người bệnh.

– Loại phản ứng thứ hai: hình thành một hệ thống chức năng làm giảm độ nhạy cảm của cơ thể đối với các kích thích và từ đó làm thư giãn cơ bắp.

Như vậy, liệu pháp thư giãn, ngoài việc giải phóng sức căng của cơ bắp còn thúc đẩy giải phóng các căng thẳng về cảm xúc. Có thể thực hiện thư giãn một cách chọn lọc đối với từng cơ bắp hoặc một nhóm cơ để điều chỉnh các phản xạ giải phóng cảm xúc.

Nếu tiến hành sắp xếp các kích thích gây ra sự lo lắng theo thứ tự cường độ tác động từ thấp lên cao luyện tập thư giãn theo thứ tự này thì sự lo sợ sẽ được giải tỏa và bệnh tật của người bệnh, cũng có thể được chữa khỏi.

Wolpe đã sử dụng kỹ thuật phản xạ vận động ưu thế để tạo ra sự ức chế tương hỗ. Ông đưa các phản xạ vận động mà bình thường chúng là phản xạ bảo vệ, tham gia vào việc khêu gợi những dấu hiệu bệnh lý. Những trung tâm ưu thế mới được tạo ra sẽ làm suy giảm các phản xạ bệnh lý đã có của người bệnh.

Một trong những hình thức đặc biệt của phương pháp điều trị bằng quy định và sự học tập là liệu pháp “định kiến” (tạo ra một số phản xạ có điều kiện tương phản với chức năng vốn có của cơ thể để làm thuyên giảm bệnh tật). Ví dụ như, trong điều trị bệnh nghiện rượu, người ta đã tạo ra phản xạ nôn với sự trợ giúp của thuốc apomorphin. Mục đích điều trị ở đây là làm cho những phản xạ ban đầu (như

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sự khoái cảm sau uống rượu), chuyển thành những phản xạ xung động mạnh, trái ngược (phản xạ gây nôn mửa) và đi kèm với các phản xạ này là những xúc cảm khó chịu. Sự điều trị này giống như một hình thức trừng phạt, nhằm củng cố những trải nghiệm khó chịu và sự liên tưởng gắn với phản xạ bệnh lý, làm cho người bệnh không còn muốn lặp lại các kích thích gây bệnh nữa.

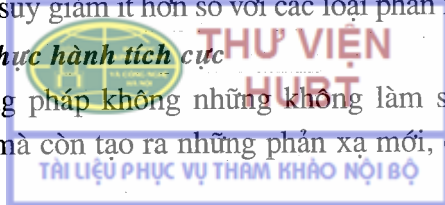
2.4.3. Liệu pháp học tập thụ động

Đây là liệu pháp ngăn ngừa bệnh tật bằng con đường học thuộc thụ động (hay còn gọi là phương pháp thực hành tiêu cực). Xuất phát điểm của liệu pháp là quan niệm cho rằng: có thể xóa bỏ một phản xạ đã hình thành bằng cách làm bộc lộ ra những tín hiệu sâu kín của nó trong ý thức của chủ thể. Nói cách khác, bệnh tật không phải là những dấu hiệu bệnh lý được sinh ra một cách tự động, mà được tạo ra bởi sự thúc đẩy của những kích thích đặc biệt. Như vậy, những tín hiệu ý thức, tuy không phải là những dấu hiệu mang tính định hình, được lưu giữ một cách cứng nhắc, song chúng vẫn có thể tác động làm suy yếu các phản xạ bệnh lý.

Phương pháp học thuộc thụ động được sử dụng để điều trị các trạng thái bệnh lý như nói lắp, tik v.v... Về lý luận cũng như kinh nghiệm thực tiễn đã cho thấy, những phản xạ có điều kiện bệnh lý nào mà trong đó, sự xúc động lệ thuộc vào ý chí, thì nhìn chung chúng sẽ bị suy giảm ít hơn so với các loại phản xạ khác.

2.4.4. Liệu pháp thực hành tích cực

Đây là phương pháp không những không làm suy yếu các phản xạ hiện có, mà còn tạo ra những phản xạ mới, có tác dụng



điều trị. Khác với các phương pháp tạo ra phản xạ có điều kiện nói trên, ở đây không hình thành nên các phản xạ đối lập với quá trình bệnh lý, mà trái lại, tạo ra một phản xạ có điều kiện không hoàn chỉnh để bổ sung cho những thiếu hụt chức năng của cơ thể. Theo Mowrer, đây là phương pháp có hiệu quả trong điều trị chứng đái dầm ban đêm. Ở người bệnh này, những tín hiệu đánh thức họ dậy và đi tiểu tiện đã bị dập tắt một cách tự động, nghĩa là những chức năng đi tiểu bình thường của họ bị thiếu hổng. Người bệnh phải học cách đánh thức mình dậy khi bàng quang đầy, bằng những tác động mạnh hơn để tự mình chủ động làm cạn bớt lượng nước tiểu trong bàng quang.

Liệu pháp phản xạ có điều kiện cho phép chúng ta phát huy tối đa khả năng của các kỹ thuật tâm lý liệu pháp. Liệu pháp có thể được sử dụng lặp đi lặp lại nhiều lần và không bị bó hẹp trong bất kỳ phạm vi điều trị cụ thể nào. Ngoài ra, phương pháp này còn không gây ra sự cản trở đối với các liệu pháp tâm lý khác. Trong liệu pháp phản xạ có điều kiện có sự tham gia của liệu pháp tâm lý toàn thể và có sự đan xen giữa liệu pháp tâm lý cá biệt với liệu pháp giáo dục...

Rõ ràng là phương pháp phản xạ có điều kiện thuộc nhóm các liệu pháp tâm lý, mặc dù nó không hoàn toàn thuộc nhóm các phương tiện tâm lý. Nói cách khác, những phản xạ có điều kiện khi đã trở thành phương tiện tâm lý liệu pháp thì nó không còn hoàn toàn giống như những phản xạ có điều kiện sinh lý.

3. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP LUẬN CỦA LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Phương thức tác động cơ bản của bất kỳ liệu pháp tâm lý nào cũng dựa vào sự đối thoại giữa thầy thuốc và người bệnh. Bằng

lời nói, bằng sự trò chuyện... thầy thuốc giao tiếp với người bệnh trong các giai đoạn điều trị và duy trì sự liên tục của quá trình điều trị. Trong đối thoại, mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh được phát triển.

Cũng giống như các liệu pháp thực thể, các liệu pháp tâm lý không ngang bằng nhau trong điều trị các bệnh khác nhau. Tùy từng loại bệnh và tùy từng người bệnh mà có những chỉ định, những kế hoạch tiến hành liệu pháp tâm lý cụ thể, thích hợp.

Có thể xếp những liệu pháp tâm lý có đồng khả năng, thực hiện các công việc như nhau hoặc điều trị cho từng loại bệnh thành từng nhóm. Sau đây là những vấn đề phương pháp luận cơ bản của một số nhóm liệu pháp tâm lý.

3.1. Phương pháp luận trong liệu pháp tâm lý chẩn đoán

Đồng thời với quá trình thực hiện liệu pháp tâm lý điều trị, các nhà liệu pháp tâm lý phải tiến hành các liệu pháp tâm lý chẩn đoán, thăm dò. Những tư liệu chính xác về tâm lý về mối quan tâm, lo lắng của người bệnh; về tiền sử, triệu chứng, hội chứng của bệnh... sẽ được tìm thấy khi tiến hành liệu pháp tâm lý chẩn đoán. Cơ sở lý luận để xác định nhiệm vụ, phương thức tiến hành của liệu pháp tâm lý chẩn đoán như sau:

– Đối với điều trị thực thể, khi đã có được một chẩn đoán bệnh chính xác thì dường như việc xây dựng kế hoạch điều trị đã được đáp ứng thỏa mãn. Song đối với liệu pháp tâm lý thì như thế vẫn còn chưa đủ. Trong rất nhiều trường hợp, các nhà liệu pháp tâm lý không những phải biết tường tận về bệnh tật mà còn phải hiểu những nội dung chung nhất về bản thân, về xã hội... mà người bệnh quan tâm, lo lắng, vì những vấn đề này liên quan mật thiết với phản ứng bệnh lý của người bệnh.

– Các thầy thuốc nhiều khi không thể biết hết các triệu chứng của bệnh, bởi vì ngoài các triệu chứng đã rõ ràng, còn có biết bao

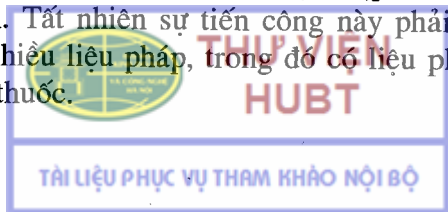
triệu chứng, dấu hiệu tiềm ẩn. Đối với liệu pháp tâm lý, những triệu chứng, dấu hiệu tiềm ẩn của bệnh đôi khi rất quan trọng, chi phối mạnh mẽ tâm lý người bệnh đòi hỏi nhà liệu pháp phải quan tâm giải quyết.

– Liệu pháp tâm lý chẩn đoán phải thường xuyên bổ sung sự kiện về người bệnh, xác định mức độ quan trọng của từng sự kiện và sắp xếp chúng thành một hệ thống để được giải quyết. Muốn làm được điều này, các nhà liệu pháp phải tìm hiểu tiền sử của bệnh và thu thập một cách công phu các sự kiện đang diễn ra hàng ngày. Vì lúc đầu, người bệnh mới chỉ đề cập đến những vấn đề mang tính hành chính, những thông tin sơ khai về bệnh: còn nhiều chi tiết trong tiền sử bệnh mà thầy thuốc chưa khai thác hết hoặc vì một lý do nào đó mà người bệnh cố ý che giấu (nhất là khi thầy thuốc chưa tạo được mối quan hệ mật thiết với người bệnh, chưa làm cho người bệnh thật tin tưởng vào thầy thuốc).

3.2. Chỉ định và kế hoạch tiến hành liệu pháp tâm lý

Nhiệm vụ cơ bản của chỉ định điều trị là lựa chọn ra các phương pháp điều trị cụ thể, thích hợp đối với từng người bệnh.

Trong xây dựng kế hoạch điều trị, cần nêu rõ mục đích và thời gian biểu để tiến hành các kỹ thuật liệu pháp tâm lý. Ví dụ, đối với người bệnh loạn thần kinh chức năng cấp tính, chúng ta cần ít nhất hai tuần lễ để khắc phục các dấu hiệu bệnh lý và bảo vệ họ trước những kích thích gây bệnh. Sau đó tiến hành xác định các công đoạn tiến công toàn diện, kịp thời vào bệnh tật của người bệnh. Tất nhiên sự tiến công này phải kết hợp một cách đồng bộ nhiều liệu pháp, trong đó có liệu pháp tâm lý và liệu pháp dùng thuốc.



Cần quy định cụ thể thời gian thực hiện liệu pháp cơ bản và thời điểm kết hợp các liệu pháp hỗ trợ... Ví dụ, trước khi thực hiện liệu pháp tâm lý chủ yếu, cần tiến hành điều trị thử bằng insulin liều trung bình. Giữa các liệu pháp tâm lý cụ thể, cần xen kẽ các câu chuyện phiếm, các cuộc đối thoại thông thường để duy trì tính liên tục của quá trình điều trị...

3.3. Một số vấn đề liệu pháp tâm lý gián tiếp

Các liệu pháp tâm lý dựa trên nguồn mạch vô tận là các hoạt động thuần khiết tâm lý của nó. Song phần lớn phạm vi mà liệu pháp giải quyết lại liên quan đến những vấn đề chung của toàn bộ đời sống con người (được gọi dưới cái tên quen thuộc là "những tác động tinh thần"). Khi tiến hành liệu pháp tâm lý gián tiếp cần lưu ý những vấn đề như sau:

- Một trong những nhiệm vụ quan trọng của liệu pháp là chỉ rõ mức độ suy giảm khả năng lao động của người bệnh và giúp họ xây dựng chương trình hoạt động hàng ngày để bổ sung, bù đắp sự thiếu hụt này.
- Nhiều khi thầy thuốc cũng không lý giải được hết những thay đổi tâm lý của người bệnh khi họ tham gia các hoạt động cộng đồng, nhất là những hoạt động giúp đỡ lẫn nhau giữa những người thân trong gia đình. Trái lại, phần lớn những tác động của liệu pháp tâm lý lại liên quan đến mối quan hệ gia đình, bạn bè...; các thói quen xã hội trong đời sống tinh thần của người bệnh. Nhiệm vụ chung của nhà liệu pháp tâm lý là làm "trong sạch" tâm hồn người bệnh, hướng dẫn họ loại bỏ hoặc tránh xa những tác động có hại của môi trường, khắc phục những trắc trở, ngang trái trong quan hệ...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Các nhà tâm lý liệu pháp cần chỉ ra những vấn đề đang nổi cộm, cần ưu tiên giải quyết ở người bệnh. Ví dụ, trong điều trị bệnh loạn thần kinh chức năng trẻ em, vấn đề nổi cộm là huy động khả năng tham gia điều trị của bố mẹ; trong dự phòng bệnh tâm thần ở các nhà máy, xí nghiệp, người cán bộ quản lý trước tiên phải tìm cách loại trừ khả năng một công nhân bị bệnh thái nhân cách có thể gây ra trạng thái loạn thần kinh chức năng cho những người cùng làm việc với họ... Sẽ là một liệu pháp tâm lý gián tiếp tốt nếu người lãnh đạo và các tổ chức trong đơn vị thường xuyên quan tâm thích đáng đến đời sống của các thành viên, thăm hỏi chu đáo khi họ bị ốm đau hoặc có những khó khăn trong đời sống riêng tư.

– Khi người bệnh không biết cách bảo vệ mình trước những thành kiến, dư luận không tốt của người xung quanh thì thầy thuốc một mặt không được phụ họa, nhấn mạnh thêm các thành kiến, dư luận này; mặt khác, phải tỏ rõ chính kiến của mình, giúp người bệnh thấy được sự thật của vấn đề và tìm ra biện pháp thích hợp để khắc phục chúng.

– Nhờ những tiến bộ của tâm lý học lâm sàng, của thần kinh và tâm thần học mà các thầy thuốc có thêm điều kiện để hiểu rõ hơn nội dung các hoạt động điều trị bằng tâm lý của mình; chú ý hơn đến các quá trình bệnh lý cá biệt và qua đó không ngừng nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. Những chỉ dẫn của thầy thuốc cần mở rộng hiểu biết cho người bệnh về những vấn đề nhận thức chung, trong đó có vấn đề điều trị dự phòng tích cực.

Những liệu pháp hỗ trợ như: cung cấp cho người bệnh biết những thông tin y học đúng đắn, phù hợp với sự hiểu biết của họ; thực hiện chế độ điều trị tổng hợp (gồm các liệu pháp văn hóa, liệu pháp điều trị cá biệt và liệu pháp lao động v.v...) sẽ hỗ trợ đắc lực cho các liệu pháp chính.

Liệu pháp lao động vừa tham gia phục hồi sức khỏe người bệnh, vừa là một phương tiện điều trị cá biệt. Liệu pháp này cho phép thầy thuốc đánh giá một cách khái quát sự chú ý, hứng thú và mức độ nỗ lực ý chí... của người bệnh, để từ đó lựa chọn chính xác tiến trình điều trị phù hợp với từng người bệnh.

3.4. Một số vấn đề về liệu pháp tâm lý phân tích

– Liệu pháp tâm lý phân tích trước hết được sử dụng để chẩn đoán bệnh. Đây là bước chuẩn bị rất cần thiết, mở đầu cho cả quá trình điều trị bằng tâm lý. Những phân tích, đánh giá bệnh tật được thực hiện, một mặt nhờ sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán tâm lý bậc cao, mặt khác nhờ những phương pháp thông thường, làm bộc lộ ra cấu trúc của bệnh.

Cấu trúc bệnh vừa có thực, vừa rất biến động và được "hóa trang" một cách tinh vi. Tất nhiên, sự "hóa trang" này không phải vì người bệnh chủ tâm che giấu bệnh tật mà là vì họ cố gắng bổ sung những khiếm khuyết do bệnh tật tạo ra, dù rằng những bù đắp này không có nhiều giá trị. Sự điều chỉnh của người bệnh được bắt đầu từ cấu trúc bệnh lý, tức là từ những thiếu hổng trong sự phát triển nhân cách của họ (đây là cơ chế chính của sự tan rã nhân cách ở người bệnh loạn thần kinh chức năng).

– Nhiệm vụ chính của liệu pháp tâm lý phân tích là giải tỏa các căn nguyên bệnh lý của bệnh. Ví dụ như giải tỏa sự lo lắng của người bệnh do bị ức chế quá mức hoặc do phải gắng sức để hoàn thành một công việc nào đó. Và nhờ có sự giải tỏa này mà người bệnh thoát khỏi tình trạng sợ hãi...

Khi tiến hành liệu pháp tâm lý phân tích cần lưu ý một số vấn đề về phương pháp luận sau:

+ Không nên thực hiện một cách rập khuôn, máy móc: cứ mỗi khi có một dấu hiệu bệnh lý xuất hiện thì lập tức đi tìm một cách nào đó để chống lại nó. Khi phát hiện các triệu chứng, hội chứng của bệnh, người thầy thuốc phải cùng người bệnh xác định rõ tụ điểm bệnh lý của chúng và bằng liệu pháp tâm lý phân tích, tiến hành bóc tách lớp vỏ bọc của các tụ điểm này; sau đó giúp người bệnh tự giải tỏa những biến đổi bệnh lý của bản thân.

+ Vì người bệnh mang tính chủ quan và định hình trong đánh giá bệnh tật, nên việc bác bỏ những kiến giải của họ là rất khó khăn. Nhiệm vụ điều trị lại càng khó khăn hơn nếu như sự phát sinh, phát triển của bệnh liên quan đến sự thích ứng xã hội không bình thường, hoặc sự thất bại trong cuộc sống của người bệnh. Do đó việc tiến hành liệu pháp tâm lý phân tích đòi hỏi phải kiên trì, tốn nhiều thời gian, công sức.

– Người bệnh càng tập trung chú ý vào những điểm nhạy cảm của bản thân bao nhiêu thì việc sử dụng liệu pháp phân tích tâm lý càng phải thận trọng và mềm dẻo bấy nhiêu.

– Cần lưu ý rằng, người bệnh thường hay che giấu những hứng thú của bản thân. Có người vì che giấu hứng thú hoạt động mà xa lánh bạn bè đồng nghiệp, nơi làm việc. Những người này thường mang những ảo tưởng thấp hèn và tự xây dựng cho mình một kế hoạch chung sống lâu dài với nó. Liệu pháp phân tích phải giúp người bệnh dần dần gỡ bỏ được tình trạng này.

Nhiều người bệnh không ý thức được các mối quan hệ ràng buộc mình mà còn không biết cách tiếp nhận nó một cách tích cực.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đối với những bệnh nhân này, người thầy thuốc phải thuyết phục họ thiết lập những mối quan hệ bình thường, thân thiện bằng liệu pháp tâm lý phân tích.

3.5. Một số vấn đề về liệu pháp tâm lý tổng hợp

Liệu pháp tâm lý tổng hợp là phần không thể thiếu khi tiến hành liệu pháp tâm lý. Song trường phái phân tích tâm lý chỉ đề cập một cách thoáng qua khái niệm tổng hợp và coi nó như là một hoạt động tự thân của người bệnh.

Sự thuyết phục là hệ thống các biện pháp đặc biệt, tạo niềm tin cho người bệnh. Nó là liệu pháp tổng hợp, liên quan đến nhiều yếu tố như: những quyết định, dự định của người bệnh; những thay đổi trong quan hệ của họ..., nghĩa là liên quan đến tất cả những gì mà ở đó thái độ và hành vi tích cực của người bệnh được bộc lộ ra. Chính vì sự thuyết phục lấy kết quả của ám thị làm động lực (mà ám thị lại là vấn đề chưa được xác định và chỉ là một dạng của quá trình tâm lý cảm giác, tri giác) cho nên liệu pháp này thường không đặt ra những mục đích điều trị cụ thể.

Liệu pháp tâm lý tổng hợp phải dựa trên những luận chứng khoa học chặt chẽ và phù hợp với sự hiểu biết logic về môi trường, hoàn cảnh cụ thể của người bệnh. Khi xây dựng liệu pháp tổng hợp cần khắc phục những hiện tượng: chỉ quan tâm đến các liệu pháp hợp lý trong giải quyết những lệch lạc cảm xúc, trải nghiệm của người bệnh (như các nhà phân tâm học); hoặc chỉ nhấn mạnh việc tạo ra môi trường, hoàn cảnh hợp lý trong điều trị (như các nhà hành vi học)... (Chỉ nên coi liệu pháp tâm lý hợp lý giống như một bộ khung để trên cơ sở đó xây dựng nên một kế hoạch điều trị tổng thể và lựa chọn ra những kỹ thuật chủ yếu để điều trị người bệnh.

Liệu pháp tâm lý hợp lý không phải là những lý giải qua loa làm yên lòng người bệnh và càng không phải là liệu pháp duy trì tính hợp lý liên quan đến suy nghĩ của người bệnh.

Thực tế cho thấy, chỉ khi nào những vấn đề của người bệnh được phân tích một cách logic, sâu sắc và chỉ những phương pháp tác động khoa học thì mới đạt hiệu quả cao trong điều trị người bệnh.

3.6. Một số vấn đề về liệu pháp tâm lý quan hệ

Có thể hiểu khái niệm quan hệ vừa là xích lại gần nhau của con người nói chung vừa là mối quan hệ giữa các cá nhân nói riêng.

Trong phần lớn các liệu pháp tâm lý (ví dụ: liệu pháp thư giãn, liệu pháp phản xạ có điều kiện...) ngoài tác động chính của bản thân liệu pháp còn có tác động của các mối quan hệ (quan hệ giữa thầy thuốc với người bệnh, giữa người bệnh với người bệnh).

Tuy nhiên cũng có một số liệu pháp (ví dụ như thôi miên), vấn đề tác động của mối quan hệ thầy thuốc - người bệnh còn chưa được khẳng định. Sự xuất hiện trạng thái thôi miên hầu như không được báo trước và không diễn ra sự giao tiếp đặc biệt giữa nhà thôi miên và người được thôi miên.

Qua phân tích tâm lý, người bệnh sẽ nói ra được những mối quan hệ gốc rễ của mình (với cha mẹ, với anh chị em ruột...); sau đó là mối quan hệ mang tính nhu cầu, ảnh hưởng tiêu cực hoặc tích cực đến sự tồn tại và phát triển của cá nhân.

Những mối quan hệ thường xuyên và ổn định (được phát hiện trong quá trình tiếp xúc lâu dài giữa người bệnh và thầy thuốc) có một ý nghĩa lý luận và thực tiễn to lớn đối với quá trình phân tích tâm lý.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cần phải định hướng phát triển cho các mối quan hệ trong điều trị, không để cho chúng diễn ra một cách tùy tiện. Trong thực tế, không thể ngăn cấm một cách tuyệt đối những niềm tin thái quá của người bệnh đối với thầy thuốc và cũng không thể hạn chế sự tiếp thu một cách thiếu phê phán của họ đối với một vài quan niệm nào đó.

Chúng ta biết rằng, một trong những cơ sở vững chắc của liệu pháp quan hệ là uy tín của người thầy thuốc. Uy tín này không phải chỉ được xây dựng trên cơ sở vai trò, vị trí quan trọng của người thầy thuốc trong xã hội mà còn được xây dựng trên cơ sở năng lực và các phẩm chất đích thực của họ. Trong điều trị, người thầy thuốc phải biết nâng cao uy tín của mình trên cơ sở tôn trọng thực tiễn và phải biết xây dựng cho người bệnh một tinh thần hợp tác thật sự.

Quá trình điều trị tùy thuộc rất nhiều vào khả năng dung nạp của từng người bệnh. Thầy thuốc không thể bắt buộc người bệnh nào cũng phải hoàn thành tất cả các công đoạn, các yêu cầu của liệu pháp tâm lý. Cần chuẩn bị thêm những mệnh lệnh điều trị dự phòng, những chỉ thị bổ sung, để khi cần thiết có thể đưa cho người bệnh thực hiện.

Trong điều trị, dù mối quan hệ có chân thực, có cởi mở đến đâu thì giữa thầy thuốc và người bệnh cũng cần duy trì một khoảng cách nhất định. Cần tạo ra những “hành lang” hợp lý để những người bệnh thiếu ý chí hoặc những người chưa nắm vững mệnh lệnh điều trị cũng có điều kiện để thực hiện một cách tốt nhất các yêu cầu của liệu pháp.

THƯ VIỆN
HUYỆN
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Người thầy thuốc phải thực hiện liệu pháp quan hệ theo một quy trình chính xác đối với từng giai đoạn điều trị và đối với từng người bệnh cụ thể. Người bệnh nhiều khi chỉ biết thúc ép, đòi hỏi người thầy thuốc, còn đối với bản thân mình thì nương nhẹ. Thấy thuốc không được vì thế mà trở nên thụ động, làm đảo lộn quy trình điều trị và đề cao thái quá yêu cầu của người bệnh, điều trị theo sự chỉ đạo và mong muốn của họ (hay nói như một số tác giả là “điều trị của thầy thuốc bằng người bệnh”).

Người thầy thuốc trong liệu pháp quan hệ không được lạm dụng quyền hạn của mình. Nếu người thầy thuốc cho rằng quyền hạn của mình là vô biên thì có nghĩa là họ không đánh giá đúng giới hạn của liệu pháp quan hệ và không biết tự đánh giá về mình.

Khi tiến hành liệu pháp tâm lý nói chung, liệu pháp quan hệ nói riêng, người thầy thuốc cần phải thực sự chủ động, khách quan và không được làm theo kinh nghiệm chủ nghĩa; cần tránh hiện tượng các thầy thuốc thì luôn “vui vẻ” còn người bệnh thì lúc nào cũng bị ức chế bởi gánh nặng nhân cách “là người bệnh”.

Không nên để người bệnh có tình trạng lệ thuộc loạn thần kinh chức năng, vì nó sẽ dẫn đến tình trạng mạn tính của căn bệnh này, rất khó chạy chữa. Để ngăn chặn hiện tượng này, thầy thuốc cần tuân thủ nghiêm túc các nguyên tắc quan hệ hàng ngày đối với người bệnh.

3.7. Một số vấn đề liệu pháp tái thích ứng xã hội

Đây không phải là liệu pháp bổ sung, hỗ trợ sau khi đã kết thúc quá trình điều trị cơ bản. Liệu pháp được thực hiện đan xen hoặc kết hợp chặt chẽ với các liệu pháp tâm lý và thực thể khác để tạo nên một hiệu quả tổng hợp. Chương trình, kế hoạch của liệu pháp cần cụ thể và thống nhất với các liệu pháp khác tạo

thành quá trình điều trị liên tục cho người bệnh. Nhiều khi phải tiến hành liệu pháp tái thích ứng từ rất sớm, ngay từ giai đoạn đầu của quá trình điều trị.

Liệu pháp tái thích ứng bao gồm nhiều tác động khác nhau, cả những tác động thực thể lẫn các tác động tinh thần. Các tác động này có thể độc lập với nhau hoặc kết hợp lại thành một tổ hợp.

Có nhiều yếu tố đặc trưng cho liệu pháp tái thích ứng, trong đó đáng lưu ý hơn cả là yếu tố thời gian tiến hành kéo dài và cơ chế điều trị của nó phức tạp, đa dạng. Hiệu quả điều trị của liệu pháp tái thích ứng được đánh giá theo kết quả từng phần trong cả quá trình điều trị (ví dụ: phần điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ hoặc phần điều trị phục hồi chức năng vận động...).

Liệu pháp tái thích ứng giúp người bệnh bổ sung, hoàn thiện các chức năng tâm lý bị khiếm khuyết để sẵn sàng đáp ứng các hoạt động sau khi khỏi bệnh.

4. MỘT SỐ SAI SÓT KHI TIẾN HÀNH LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Tình trạng cùng tồn tại rất nhiều kỹ thuật khác nhau trong liệu pháp tâm lý đã chứng tỏ sự chưa hoàn chỉnh, còn có những thiếu sót đáng kể của các liệu pháp.

Những thiếu sót của liệu pháp tâm lý thường tập trung trong các lĩnh vực sau:

- Trong giao tiếp, nếu các nhà liệu pháp để lại những ấn tượng, cảm xúc khó chịu thì sẽ tạo cho người bệnh có những hành vi kiểu loạn thần kinh chức năng.

Những cử chỉ bất hợp lý của thầy thuốc trong giao tiếp cũng có thể dẫn đến sự rối loạn nhân cách kiểu phản lý trên người bệnh.

Những rối loạn này sẽ góp phần điều tiết các thích ứng yếu và cho làm người bệnh không còn điều khiển được những hành vi sai trái của mình.

– Trong quá trình tiến hành liệu pháp tâm lý, các nhà liệu pháp cần khắc khục tình trạng không quan tâm đến vấn đề toàn cục, chỉ đưa ra những lời khuyên cụ thể, chi tiết, thiếu sức thuyết phục; hoặc ngược lại, chỉ đưa ra những lời khuyên chung chung, áp dụng cho tất cả các trường hợp (ví dụ: khuyên những phụ nữ chưa chồng nên lấy chồng, nên xây dựng gia đình...).

Những cách điều trị theo kiểu “từ cái nhìn đầu tiên”, chủ quan, phiếm diện, định kiến này rất có thể là sự khởi đầu cho quá trình lung lay niềm tin của người bệnh đối với kết quả điều trị.

– Nhiều khi các nhà liệu pháp bỏ qua một bộ phận quan trọng, chiếm ưu thế và mang lại hiệu quả tích cực trong các liệu pháp tâm lý là những lời nói, những cử chỉ... động viên, an ủi người bệnh, làm cho họ yên tâm điều trị. Tất nhiên, những việc làm này không trực tiếp giải quyết vấn đề cơ bản, trọng tâm của bệnh, song chúng lại dễ dàng tác động vào tất cả những vấn đề của đời sống tâm lý người bệnh.

Thực tế cho thấy, nếu như các nhà liệu pháp chưa đối xử một cách tốt nhất với người bệnh thì cũng có nghĩa là những tác động tích cực của liệu pháp chưa có được một cơ sở chắc chắn.

– Có những thầy thuốc coi liệu pháp tâm lý chỉ là sự an ủi đơn thuần người bệnh và dễ dàng hướng các can thiệp của mình chạy theo những nhu cầu, đòi hỏi tâm thường, thiếu cơ sở khoa học của người bệnh. Những thầy thuốc này sẽ ngày càng bỏ xa mục tiêu, nhiệm vụ, kế hoạch cơ bản, đúng đắn được xác định từ lúc bắt đầu của quá trình điều trị. Song, cũng có những thầy thuốc lại duy trì một cách dập khuôn, cứng nhắc các biện pháp điều trị đã lạc hậu, không còn phù hợp khi bệnh tật và hoàn cảnh đã có

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nhiều thay đổi. Những thầy thuốc này cũng sẽ không đạt được những kết quả điều trị tích cực.

Nhiều khi cả thầy thuốc và người bệnh nóng vội, đốt cháy giai đoạn mà không ý thức được rằng, hiệu quả tác động của liệu pháp tâm lý được trải ra trong suốt quá trình điều trị, trong một khoảng thời gian dài và trong một không gian rất rộng. Người bệnh cần có thời gian, cần trải qua quá trình tự thể nghiệm, tự giải toả các yếu tố bệnh lý và đến một giai đoạn nhất định liệu pháp mới đạt được những hiệu quả mong muốn.

Ngoài những thiếu sót nêu trên, trong khi tiến hành các liệu pháp tâm lý chúng ta còn gặp tất cả những thiếu sót như trong các liệu pháp thực thể khác.

5. CÁC KHUYNH HƯỚNG, TRƯỜNG PHÁI TRONG LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Trong liệu pháp tâm lý, các lý thuyết, quan điểm của mỗi trường phái được thể hiện thành những nét đặc trưng trong nội dung, mục đích và kỹ thuật tiến hành của liệu pháp của họ.

Sau đây là các quan điểm của một số trường phái liệu pháp tâm lý chủ yếu (xem thêm phần các trường phái tâm lý y học):

5.1. Hệ thống liệu pháp thuyết phục

Liệu pháp thuyết phục (hay liệu pháp giải thích hợp lý) do P. Dubois (nhà tâm thần học Thụy Sĩ) đề xướng năm 1903.

Đây là hệ thống liệu pháp được sử dụng rất rộng rãi, nhằm uốn nắn những lệch lạc tâm lý của người bệnh, đưa họ đến với những nhận thức, thái độ, hành vi đúng đắn. Hệ thống này vừa khêu gợi sự tự thuyết phục của người bệnh, vừa củng cố và duy trì ý chí của họ, làm cho họ thấy rõ bảo vệ sức khỏe là trách nhiệm xã hội của mình. Trong thực tế, hệ thống này liên quan

chặt chẽ với uy tín của thầy thuốc và sự ám thị của người bệnh. Kết quả thuyết phục phụ thuộc nhiều vào khả năng, kinh nghiệm của các nhà liệu pháp và hoàn cảnh tiến hành liệu pháp.

5.2. Trường phái phân tích tâm lý

Hệ thống liệu pháp của trường phái này phát triển rất mạnh mẽ. Sự phát triển của liệu pháp không những được thực hiện bởi bản thân các nhà phân tích tâm lý chính thống mà còn bởi số đông các nhà liệu pháp tâm lý thuộc nhiều trường phái khác.

Nhìn chung, các nhà phân tích tâm lý chính thống vẫn giữ nguyên những định hướng ban đầu của mình.

5.2.1. Cơ sở lý luận của liệu pháp phân tích tâm lý

Lý thuyết phân tích tâm quan hệ mật thiết với lý thuyết về bệnh loạn thần kinh chức năng.

Theo các nhà phân tích tâm lý, bệnh loạn thần kinh chức năng không phải do những căn nguyên hiện tại gây ra mà có nguồn gốc từ những phản ứng phức hợp nhi tính. Những trải nghiệm, những xúc động nhất định trong giai đoạn sớm của tuổi ấu thơ (thường liên quan đến lĩnh vực tình dục).

Đến một giai đoạn nào đó, các phức hợp được trình diện trở lại, xuất chiếu ra ngoài, thể hiện dưới dạng những triệu chứng của bệnh hoặc trong tư duy, trong cách cư xử của người bệnh. Thực chất, đây là quá trình tích cực của bệnh loạn thần kinh chức năng.

Để giải thích hiện tượng bệnh lý phát sinh từ những sang chấn ở tuổi ấu thơ, phân tâm học đã đưa ra khái niệm "các dấu hiệu tượng trưng". Mỗi dấu hiệu tượng trưng là một tài liệu tổng hợp, thu gọn và ứng chiếu với từng triệu chứng của bệnh. Mỗi một triệu chứng thực thể (thể hiện dưới dạng những dấu hiệu

vận động hoặc cảm giác) có một cấu trúc tượng trưng tương ứng. Sự đối thoại giữa thầy thuốc và người bệnh sẽ giúp cho thầy thuốc xác định những “đại diện tượng trưng” của các xung đột tâm lý.

Mục đích trên hết và cũng là mong muốn cần đạt được của các nhà phân tâm học là làm cho người bệnh tái hiện trở lại những tình huống, những phức hợp đã từng gặp trong thời thơ ấu của mình và sống lại với nó một cách đầy đủ, mạnh mẽ. Trên “sàn diễn” này, những cảm xúc mạnh mẽ bị dồn nén của người bệnh được giải phóng vào các tình huống, các vai diễn và người bệnh tạo ra một phức hợp mới “điều chỉnh trở lại” đối với bệnh tật của mình.

Theo lý giải của các nhà phân tích tâm lý, về phương diện sinh học, những trải nghiệm, những tham vọng không được chấp thuận trước đây của người bệnh không bị mất đi, mà bị cơ thể dồn nén vào vùng vô thức, không cho bộc lộ ra vùng ý thức và tồn tại dưới dạng phức hợp tiềm ẩn. Chúng thường xuất hiện trở lại dưới dạng các ký hiệu tượng trưng, các giấc mơ v.v...

Điều này cũng dự báo rằng, những gì diễn ra một cách không êm đẹp ở tuổi ấu thơ, thì khi ở tuổi trưởng thành, chúng sẽ nhanh chóng được cơ thể làm cân bằng trở lại; và sự cân bằng này sẽ mất đi (khi người bệnh phải mặt đối mặt với những nhu cầu, những thách thức mới), khi ý thức của họ sẽ trở nên mờ ảo.

Sự phân tích tâm lý không phải là sự thủ tiêu các phức hợp và xây dựng lại các trải nghiệm, mà là sự chỉnh đốn lại những trĩ trệ trong nhân cách của người bệnh (thực chất là đi sâu xem xét, đánh giá trình độ tổ chức nhân cách của cá nhân). Khi phát hiện thấy nhân cách bị lệ thuộc vào một thể năng tình dục (bilido) nào đó thì tìm cách phân phối lại khối năng lượng này, từ khách thể nhi tính sang một khách thể mới. Trong sự phân phối lại này, mối quan hệ giữa nhà liệu pháp và người bệnh đóng vai trò quyết định và trở thành mối quan hệ “chuyển đổi”.

Khi phân tích mối quan hệ thân thuộc của người bệnh, thầy thuốc cần hết sức tránh khai thác những gì gây cho họ phản ứng mãnh liệt. Những tài liệu thu thập được trong phân tích tâm lý chỉ nhằm xây dựng định hướng đúng đắn cho quá trình điều trị chứ tuyệt nhiên không nhằm khoét sâu vào lĩnh vực tình dục và thế giới vô thức sâu kín của người bệnh.

Công việc phân tích tâm lý nhiều khi diễn ra trong một thời gian dài, có khi hàng năm.

5.2.2. Một số vấn đề cần bàn luận về phân tích tâm lý

– Trong sơ đồ phản ứng của phức hợp tình dục nhị tính không có yếu tố căn nguyên tâm lý, nên nó không thể là cơ sở của sự phân ly tâm lý. Nếu nói phức hợp này quyết định bệnh loạn thần kinh chức năng thì rõ ràng chưa thấy hết vai trò của yếu tố xã hội đối với tâm lý con người. Việc điều trị bằng phân tích tâm lý có thể làm bình thường hóa "kho tình dục" của người bệnh. Song nếu yếu tố xã hội đủ mạnh thì cũng có thể thường xuyên kiểm soát, chỉ đạo và điều chỉnh được "kho tình dục" này, làm cho nó phát triển hài hoà với sự trưởng thành của nhân cách và hoàn cảnh xã hội xung quanh. Yếu tố xã hội có một sức nặng to lớn, có thể chỉ đạo hoạt động của bản năng cũng như sự phát triển hoàn thiện của nhân cách.

– Liệu pháp phân tích tâm lý chẩn đoán chỉ là một sự diễn giải thuần túy vì trong giấc mơ, trong liên tưởng các hành vi, cử chỉ của người bệnh được diễn giải ngay lập tức, không qua kiểm nghiệm. Phương thức thành lập các quan hệ trong diễn giải cũng rất tùy tiện, không tuân theo những nguyên tắc khoa học.

– Có người cho rằng, những trải nghiệm thời thơ ấu có ảnh hưởng sâu xa đến sự phát triển sau này của đời người và sự xuất hiện trở lại, sự hiện thực hóa của nó có thể trở thành cơ chế trung gian để điều trị các rối loạn muộn sau này của người bệnh. Song, thực tế cho thấy bệnh tật không chỉ phát sinh từ những trải nghiệm đơn độc hoặc từ những yếu tố làm củng cố, tăng cường

các trải nghiệm, mà còn do những sản phẩm, những đặc trưng hoạt động của não bộ và hoàn cảnh, môi trường xung quanh người bệnh quyết định. Cho nên, quá trình phân tích tâm lý có khi chỉ thu được những điều do người bệnh tô vẽ nên hoặc tưởng tượng ra một cách sinh động, khiến họ lưu giữ đến cùng và sống lâu dài dưới áp lực của chúng.

5.2.3. Các trường phái phân tâm học

Trên cơ sở lý thuyết của trường phái phân tâm học chính thống, những thế hệ sau đã ít nhiều làm thay đổi để chúng phù hợp với hoàn cảnh thực tế. Các học trò của S. Freud đã phát triển và tạo ra các trường phái mới, có khi khác xa so với trường phái phân tâm học cổ điển.

A. Adler là một trong những người sáng tạo ra hệ thống tâm lý học cá nhân. Hệ thống này sớm được truyền bá và có tác dụng trong giáo dục hơn là trong chữa bệnh. Ông đã chỉ ra rằng, không thể nhấn mạnh sức mạnh tình dục như nhấn mạnh sự khao khát tự mình thực hiện công việc. Ông đã dùng phức hợp “kém giá trị” (là phức hợp nảy sinh trên cơ sở cá nhân kém hiểu biết và xa rời thực tiễn) để giải thích khát vọng của cá nhân.

C. G. Jung đã cự tuyệt lý thuyết tình dục. Học thuyết của ông mang màu sắc duy tâm về những biểu trưng tự nhiên, thiên bẩm. Đó là những nguyên mẫu, những phác thảo tư duy định sẵn thuộc về một nòi giống nhất định. Chúng được sử dụng để xác định nội dung, phương pháp tư duy, hành động... Trong thực tế, lý thuyết của ông ít có tác dụng điều trị, song về phương diện triết học, nó có ảnh hưởng nhất định đến sự phát triển của một số khuynh hướng duy tâm khác.

E. Fromm cho rằng, trong số những nhu cầu cơ bản của con người, ngoài tình dục, còn có nhu cầu văn hóa. Nhưng theo ông, sự phân tích tâm lý là hướng tới một sự thỏa hiệp cụ thể (như quan niệm của phân tâm học kinh điển), bởi vì văn hóa trong xã

hội hiện tại chưa mang lại sự thỏa mãn nhu cầu của con người. Xã hội đã ràng buộc con người vào một số cách sống nhất định, khác xa so với những đặc trưng lý tưởng xã hội mà họ đang ấp ủ.

H. S. Sullivana và K. Horney đã đáp ứng tốt hơn về mặt kỹ thuật trong thực hiện các mục đích liệu pháp tâm lý. Các ông đã chỉ ra những cơ chế cơ bản của rối loạn thần kinh chức năng trong phản ứng sợ hãi. Vì sự sợ hãi có thể dẫn đến hành vi không bình thường, gây hấn và chống xã hội của người bệnh nên mục đích điều trị là phải giải tỏa chúng. Liệu pháp quan hệ chính là xây dựng sự hiểu biết về mối quan hệ giữa các nhân cách.

5.3. Trường phái điều trị bằng sự hướng dẫn

Người sáng tạo ra khuynh hướng này là G. Rogers. Theo ông, các nhà liệu pháp cần dắt dẫn người bệnh một cách tự nhiên để họ nhận thấy sự vô lý trong hành vi, trong quan niệm của mình và tự tìm cách thoát khỏi những thúc ép, ràng buộc bệnh lý. Các thầy thuốc không tìm cách lý giải bệnh tật cho người bệnh mà chỉ giúp người bệnh chấp nối các tư liệu bệnh tật theo các vấn đề mà thầy thuốc nêu ra.

G. Rogers xây dựng lý luận của liệu pháp dựa trên hai phán đoán:

- Thứ nhất, bản thân người bệnh có sẵn sức mạnh tổng hợp, đủ để đi đến kết quả cuối cùng của quá trình điều trị và đôi khi tự họ biết cân nhắc, đánh giá những tình huống xảy ra.
- Thứ hai, những tác động mang tính thận trọng, dè dặt đã cản trở sự hình thành các bước “chuyển dịch” của cá nhân.

Các tác giả của trường phái này đã tuân theo ý tưởng coi “khách hàng là trung tâm”. Bằng các câu hỏi, các dấu hiệu, họ điều khiển các mối liên hệ của người bệnh, đưa người bệnh thoát khỏi những ràng buộc bệnh lý.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.4. Trường phái hiện sinh (existentialis)

Đây là loại hình triết học đặc biệt vận dụng vào y học. Cũng giống như triết học hiện sinh, trường phái tâm lý này không tạo thành một khoa học riêng mà chỉ tập hợp nhiều quan điểm khác nhau trong trường phái của mình (ví dụ như họ sử dụng phân tâm học để giải thích các bước của quá trình điều trị nhưng lại không sử dụng liệu pháp tâm lý thực hành để thực hiện những công việc mang tính hiện sinh).

Các nhà hiện sinh có chung một quan niệm cơ bản là mỗi người tự lựa chọn cho mình một con đường riêng để hiểu biết hiện thực khách quan.

Sự phân tích hiện sinh Daseins nêu giả thuyết cho rằng, ở người bệnh tâm thần, sự giảm sút trí tuệ khiến họ lựa chọn con đường nhận thức không chính xác.

R. Kuhn cho rằng, bản chất của bệnh loạn thần tuổi dậy thì là: người bệnh dễ có những nhận thức không đúng nên đã giải thích diễn biến các sự kiện xung quanh theo phương thức “hiện tại đã đánh mất chức năng tổng hợp của quá khứ”.

Ellenberger cho rằng, những người bệnh ưu tư có khả năng chịu đựng và họ đã chịu đựng một cách chủ ý, giống như một quyết định luận cần thiết làm giảm thiểu chất lượng cuộc sống. Trái lại, những người bệnh thao cuồng có khả năng chịu đựng những tác động bất ngờ, trên mức bình thường và ngưỡng trải nghiệm của họ tăng lên rất cao.

Phương pháp của liệu pháp tâm lý hiện sinh không phải là phương pháp khách quan, mà là một sự giải thích thuần túy. Phân tích Daseins tập trung bàn những vấn đề thuần túy bên trong của con người, giống như một sự tiếp nối của phân tâm học. Phân tâm học tập trung giải quyết vấn đề khả năng thích nghi của con người, còn phân tích hiện sinh đi sâu phân tích, giúp cho con người tìm ra những khả năng siêu nhân, thiên bẩm.

5.5. Khuynh hướng phản xạ có điều kiện

Một số nhà liệu pháp chỉ ra rằng, nếu nghiên cứu thực nghiệm lí giải được cơ chế phát sinh và loại bỏ các dấu hiệu của bệnh loạn thần kinh chức năng, thì bằng cách này, cũng có thể loại bỏ nhiều cấu trúc bệnh lý khác. I. P. Pavlov là một trong những người đi theo giả thuyết này. Ông đã tự mình nghiên cứu cách điều trị bệnh loạn thần kinh chức năng bằng thực nghiệm.

Những phương pháp điều trị mang tính điều chỉnh (ví dụ như, phương pháp điều trị dựa trên nguyên tắc luyện tập của Pvolpert hoặc điều trị bằng ám thị của Platonov...) đều xuất phát từ khái niệm "tác động hợp lý" và dựa theo cơ chế hoạt động phản xạ của hệ thần kinh cấp cao.

Tất cả các phản xạ có điều kiện ở con người sẽ không diễn ra nếu như không có sự định hướng của tinh thần. Phần lớn các phản xạ có điều kiện đều có sự tham gia trực tiếp của hệ thống tín hiệu ngôn ngữ. Do đó trong kết quả tác động của các phản xạ đều có sự đóng góp của hoạt động tâm lý. Những tác động với sự trợ giúp của phản xạ có điều kiện là cơ sở của rất nhiều phương pháp điều trị người bệnh.

J. Wolpe và H. J. Eysenck cho rằng, không nên xem sự rối loạn thần kinh chức năng cũng giống như bệnh lý về chất lượng hoạt động thần kinh cấp cao mà phải xem nó như là những dạng chỉ dẫn, điều chỉnh không còn thích hợp của hành vi. Những tình tiết làm nền cho bệnh tật tuy không tạo ra các phản ứng bệnh lý, song chúng lại cản trở sự phát triển của các phản ứng bình thường và những thiếu sót của phản ứng này chính là các dấu hiệu bệnh lý. Loại phản ứng thứ nhất được gọi là "phản ứng dư thừa" (surplus conditioned responses), còn loại thứ hai là "phản ứng thiếu hụt" (deficient conditioned responses).

LIỆU PHÁP PHỤC HỒI SỨC KHỎE

Liệu pháp phục hồi hay còn gọi là liệu pháp tái thích ứng với hoàn cảnh (rehabilitation) là một trong những liệu pháp quan trọng hàng đầu của y học lâm sàng nói chung và của tâm thần học nói riêng. Đây là những liệu pháp nhằm phục hồi cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm lý của người bệnh.

Người bệnh có thể tham gia liệu pháp này một cách bị động, bắt buộc hoặc tham gia một cách chủ động, tích cực. Hiệu quả của liệu pháp phụ thuộc rất nhiều vào điều kiện môi trường, kinh nghiệm của thầy thuốc và nhất là phụ thuộc vào tình trạng bệnh tật của người bệnh.

1. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG VỀ LIỆU PHÁP PHỤC HỒI SỨC KHỎE

1.1. Khái niệm về liệu pháp phục hồi sức khỏe

Cho đến nay, chúng ta chưa có được một định nghĩa hoàn chỉnh về liệu pháp phục hồi sức khỏe. Một cách tương đối, chúng ta có thể coi đây là những phương pháp điều trị, nhằm làm cho người bệnh sau những tổn thất về chức năng do bệnh tật, mau chóng bình phục sức khỏe và sớm trở về với công việc, thực hiện công việc như một quá trình trọn vẹn.

Nói một cách cụ thể hơn, đây là tổ hợp các phương pháp lao động, nghỉ ngơi, điều dưỡng... nhằm mục đích điều trị, phục hồi lại sức khỏe thể chất và tâm lý cho người bệnh.

Sự phục hồi về mặt tâm lý được đánh giá bằng việc người bệnh trở về với thế giới xung quanh, với hoàn cảnh sống tự nhiên, xã hội, với tư cách là một thành viên thực thụ của nó. Sự phục hồi về mặt thực thể được đánh giá bằng sự hồi phục hoặc sự bù trừ tối đa những chức năng cơ thể, so với trước khi bị bệnh. Kết quả chung của sự phục hồi sức khỏe là người bệnh có khả năng trở lại thực hiện những công việc trước đây đã làm, hoặc làm được những công việc mới, thích hợp hơn.

Liệu pháp phục hồi chính là những biện pháp phát huy khả năng sáng tạo của người bệnh mà y học cho phép trong điều trị để khôi phục lại hoạt động cơ năng và sự giao tiếp bình thường, đúng mức của họ với thế giới xung quanh.

1.2. Phân loại các liệu pháp phục hồi

1.2.1. Liệu pháp lao động

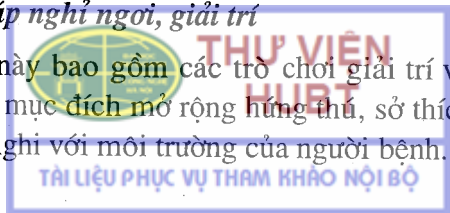
Đây là liệu pháp bao gồm các hoạt động lao động khác nhau, có tác dụng điều trị. Để phân biệt giữa lao động liệu pháp và lao động nghề nghiệp, chúng ta thường dựa vào yêu cầu về thời gian làm việc và nhất là xem lao động đó có hướng vào mục đích điều trị hay không. Khi chỉ định liệu pháp lao động các thầy thuốc cần tính đến tình trạng sức khỏe và đặc điểm bệnh tật của người bệnh.

1.2.2. Liệu pháp văn hóa

Trong liệu pháp này, các hoạt động văn hóa - giáo dục được sử dụng vào mục đích điều trị.

1.2.3. Liệu pháp nghỉ ngơi, giải trí

Liệu pháp này bao gồm các trò chơi giải trí và các trò chơi thể thao, nhằm mục đích mở rộng hứng thú, sở thích và làm tăng thêm sự thích nghi với môi trường của người bệnh.



1.2.4. Liệu pháp luyện tập thân thể

Liệu pháp này bao gồm các loại luyện tập cơ thể như luyện tập chuyên biệt, luyện tập nghỉ ngơi và luyện tập giải trí.

Ngoài ra còn có một số liệu pháp phục hồi khác, có tác dụng cụ thể trên từng loại bệnh, hồi phục chức năng cho từng cơ quan chuyên biệt.

2. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN CỦA LIỆU PHÁP

Lịch sử của liệu pháp phục hồi trong y học được bắt đầu bằng những tập tục thiếu khoa học (đến nay, một số tập tục này vẫn còn tồn tại). Qua quá trình phát triển, liệu pháp đã trở thành một khoa học độc lập.

Những năm đầu của thế kỷ XX, Simon đã nêu ra nguyên tắc lao động cho tất cả người bệnh, nếu như sự lao động đó không bị các tổn thương thực thể gây cản trở. Khi tiến hành những công việc cụ thể của lao động nghề nghiệp, người thầy thuốc nêu ra những kết quả tối ưu cần đạt được và yêu cầu người bệnh thực hiện. Qua từng bước hoàn thành công việc, trạng thái tâm lý của người bệnh cũng tốt dần lên. Simon cho rằng hạt nhân của quá trình điều trị, cũng như quá trình thích ứng với môi trường là sự điều chỉnh của cơ thể. Đây là một trong những cơ chế hoàn thiện nhất. Ông rất coi trọng vai trò của yếu tố môi trường và sự trưởng thành của tập thể nhân viên y tế trong việc sử dụng liệu pháp phục hồi sức khỏe cho người bệnh.

Song, Simon lại không tính đến yếu tố sinh lý bệnh khi chỉ định sử dụng các liệu pháp này. Ông cho rằng lao động liệu pháp không phụ thuộc vào trạng thái bệnh lý; không cần chỉ định theo

từng bệnh cụ thể và không lý giải về hiệu quả tác động của liệu pháp đối với những trạng thái rối loạn tâm thần cấp tính.

Schneider đã nâng liệu pháp hồi phục thành một trong những phương pháp chữa bệnh hàng đầu trong tâm thần học. Ông nhấn mạnh rằng, những rối loạn tâm thần có thể điều trị khỏi được bằng các liệu pháp lao động. Một trong những cơ sở xây dựng nên trường phái của ông là sự phân tích tâm lý. Một số trường phái tâm lý liệu pháp của Mỹ cũng được xây dựng theo quan điểm này.

Có thể nói rằng, cơ sở cơ bản của liệu pháp phục hồi liên quan nhiều đến cơ chế của tâm lý liệu pháp. Một điều hiển nhiên là liệu pháp phục hồi sức khỏe thể chất gắn bó chặt chẽ với liệu pháp tái thích ứng xã hội, nhằm không những duy trì yếu tố cơ học trong hoạt động và cuộc sống, mà còn tạo ra niềm vui, sự yên tĩnh và sự phục hồi tâm lý nói chung cho người bệnh. Chính vì liệu pháp phục hồi chứa đựng những yếu tố tích cực như vậy nên nó mang một ý nghĩa điều trị toàn diện cho người bệnh.

3. MỘT SỐ LIỆU PHÁP PHỤC HỒI THÔNG DỤNG

3.1. Liệu pháp lao động

Lao động là điều kiện cơ bản của đời sống con người. Sở dĩ lao động được sử dụng thành phương pháp điều trị người bệnh là vì trước hết, nó có tác dụng làm phát triển và hoàn thiện cơ thể con người. Thứ đến, nó có khả năng làm thay đổi trạng thái, tính tích cực của vỏ não; tạo ra những xúc cảm cơ bản như sự yên tĩnh, thoải mái... Và đặc biệt, liệu pháp lao động còn mang ý nghĩa về sự phát triển, sự thích nghi xã hội cho người bệnh.

Một trong những yêu cầu to lớn của lao động liệu pháp là các công cụ lao động, cũng như các cơ sở lao động phải hoàn thiện. Khi hoạt động với các công cụ, con người đã học hỏi, "bóc tách" từ công cụ, từ đồ vật và hoàn cảnh cho mình những tình hoa mà loài người gửi gắm vào trong đó. Đồng thời, bằng hoạt động này, còn diễn ra một quá trình ngược lại là con người tạo ra sản phẩm, cải tạo hoàn cảnh, môi trường và gửi gắm vào trong đó những tình cảm, trí tuệ... của mình. Như vậy, liệu pháp lao động đã làm cho người bệnh thực hiện ngày càng tốt hơn các hoạt động "xuất ngoại" và "nhập nội" tâm lý của mình.

Cần nhấn mạnh một điều là, không phải liệu pháp lao động nào cũng đạt được hiệu quả hồi phục sức khỏe người bệnh ngay từ đầu. Có những công việc khi mới thực hiện, tưởng chừng như đây là những hoạt động "vô bổ", cốt để lấp đầy khoảng trống thời gian của người bệnh; hoặc cũng có những lao động, lúc mở đầu hình như nó không trực tiếp liên quan đến mục đích điều trị, song trong suốt quá trình lao động nhất là khi công việc đã hoàn thành, người bệnh lại sớm có được những hiểu biết về công việc và rất nhanh chóng hoà nhập vào cuộc sống xã hội.

Sau đây là một số loại lao động liệu pháp:

Trước hết phải kể đến các loại *lao động giản đơn* (lao động chân tay), mà trong đó năng suất lao động hoàn toàn có thể đạt được nhờ những công cụ đơn giản, ví dụ như công việc may vá, khâu thùa, đan lát... Những công việc như dùng bẹ ngô hay vãi vụn để bện, để chắp nối, hoặc dùng đất, chất dẻo để nặn đồ vật, con vật... theo chủ đề nhất định là loại lao động vừa nhẹ nhàng, thích hợp với người bệnh, vừa có hiệu quả điều trị phục hồi rất cao.

Khi sinh hoạt trong cơ sở điều trị, thầy thuốc phải lập kế hoạch chu đáo và hướng dẫn người bệnh cách phân bổ cân đối các hoạt động vào những *công việc thường ngày* như giặt giũ, nấu nướng, nội trợ cũng như công việc tay chân khác.

Một số cơ sở điều trị có thể tổ chức cho người bệnh thực hiện các *lao động nghề nghiệp* như làm nông nghiệp, làm công việc hành chính và nhất là thực hiện công việc của những người thợ...

Một số người bệnh thực hiện liệu pháp hồi phục bằng nghề thợ mộc. Họ sử dụng các công cụ để đục đẽo, chạm khắc gỗ, tạo đồ chơi, làm đồ dùng đơn giản bằng gỗ như bàn, ghế, thước kẻ, lược v.v... Có người thực hiện liệu pháp hồi phục bằng nghề thợ dệt. Người bệnh dệt các loại thảm bằng tay, bằng vải vụn, dệt chiếu, dệt khăn mặt, dệt vải...

Khi tiến hành liệu pháp lao động phục hồi, người bệnh có thể làm theo nghề cũ hoặc học làm thêm những nghề mới. Có người làm nghề chuyên nghiệp và cũng có người làm các nghề lặt vặt phụ việc cho những người làm chính.

Có thể xếp vào nhóm các liệu pháp này những hoạt động nghệ thuật như thiết kế, xây dựng, tạo mốt, vẽ tranh, chụp ảnh, làm đồ gốm ...

Phần lớn lao động liệu pháp được thực hiện trong các cơ sở điều trị. Song cũng có những liệu pháp thực hiện bên ngoài bệnh viện, nơi gắn gũi với cuộc sống thường nhật của người bệnh, như liệu pháp lao động nông nghiệp, liệu pháp chăm sóc công việc gia đình... Trong những trường hợp này, chỉ định điều trị của liệu pháp tùy thuộc vào trạng thái thực thể và tinh thần của từng người

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

bệnh.

Khi lựa chọn các liệu pháp lao động, bên cạnh việc coi trọng hiệu quả điều trị cũng cần phải tính đến hiệu quả kinh tế.

Tập làm các công việc hành chính cũng là một liệu pháp hồi phục, mà trong đó những yêu cầu trật tự, ngăn nắp được đặt lên hàng đầu.

Trong thực tế, chúng ta có thể gặp những loại lao động tưởng như xa lạ, không có tác dụng điều trị nhưng khi thực hiện nó lại đem đến những khả năng điều trị to lớn, không ai lường hết được.

Mỗi nhóm người lao động có một khuynh hướng riêng. Giữa những người bệnh trong cùng nhóm có thể nảy sinh những khuynh hướng trái ngược nhau. Sự học hỏi giữa các nhóm và giữa những người cùng nhóm mang lại tác dụng điều trị rất tốt.

Trong liệu pháp lao động còn nảy sinh sự tự giáo dục. Qua lao động, người bệnh tự cải tạo những phẩm chất không phù hợp và khơi dậy những tiềm năng tốt đẹp cho mình.

Bằng các lao động liệu pháp này, người bệnh có thêm hứng thú, sớm biết thực hiện những công việc phức tạp và nhanh chóng hoà nhập vào cuộc sống xã hội, nhất là khi họ lao động trong các nhóm và tập thể tiên tiến.

3.2. Liệu pháp văn hoá - giải trí

Thực hiện liệu pháp phục hồi bằng văn hoá - giải trí là sự bổ sung cần thiết cho các liệu pháp chính trong điều trị người bệnh (nhất là người bệnh tâm thần). Liệu pháp này thường được sử dụng để chống lại trạng thái tâm thần tự động cũng như bệnh tâm thần đóng kín (là những trạng thái rất nguy hiểm khi người bệnh vượt ra ngoài tầm kiểm soát của các nhà chuyên môn và không được những người xung quanh thường xuyên theo dõi, giúp đỡ). Liệu pháp văn hoá - giải trí sẽ góp phần nâng cao hiệu quả của liệu pháp lao động.

Tầm quan trọng của liệu pháp còn được nhấn mạnh bởi sự cần thiết phải duy trì các hoạt động nghỉ ngơi, trò chuyện, trao đổi kiến thức sức khỏe cho người bệnh trong quá trình tiến hành liệu pháp.

3.2.1. Các trò chơi

Trong liệu pháp trò chơi, người bệnh hoặc là trực tiếp tham gia một cách tích cực, hoặc là đóng vai trò khán giả, xem người khác chơi. Những người bệnh có trạng thái tâm lý bị ức chế cần được tham gia các trò chơi cùng với những người hoạt bát, nhanh nhẹn.

Các trò chơi dân gian dành cho trẻ em như bịt mắt bắt dê, chơi ô ăn quan... và các trò chơi dành cho người lớn như đánh cờ, chơi bài... có tác dụng phục hồi sức khỏe rất tốt.

3.2.2. Các cuộc đi dạo, đi tham quan, đi thực tế

Cơ sở điều trị cần tổ chức cho người bệnh có các cuộc dạo chơi, hoà nhập với thiên nhiên bên ngoài cơ sở điều trị hoặc đi thăm quan công trình văn hoá, lịch sử... giúp người bệnh nhìn nhận thực tế hoàn cảnh, nhớ lại các địa danh, sự kiện...

Đây là liệu pháp giúp người bệnh gắn bó với đời sống, với những gì mà sau khi ra viện họ sẽ gặp.

3.2.3. Tổ chức các buổi tuyên truyền, nói chuyện chuyên đề

Trong các hoạt động này, người bệnh được bàn bạc, học hỏi và bổ sung thêm cho mình những hứng thú, hiểu biết... Qua đó người bệnh thực hiện các liệu pháp hồi phục và vượt qua những ràng buộc của bệnh tật.

3.2.4. Liệu pháp bằng phim ảnh, sân khấu, âm nhạc

Khi thực hiện liệu pháp phim ảnh, cần chú ý chọn các phim có nội dung phong phú, hướng về tương lai; tránh những phim có nội dung xấu, gắn với những gì tàn lụi hoặc kích động... Nên chọn

những phim ngắn, mang tính chất giải trí, nhất là đối với những người bị các bệnh cấp tính.

– Trong hình thức sân khấu, nhà hát, người bệnh hoặc là tham gia với tư cách diễn viên hoặc là với tư cách khán giả. Thích hợp với người bệnh hơn cả là nhà hát múa rối.

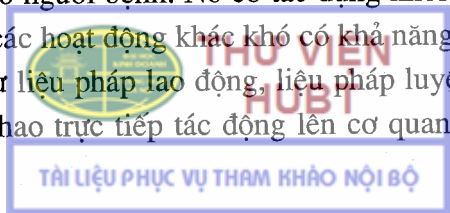
– Âm nhạc trước hết tác động lên cảm xúc. Các điệu nhảy hiện đại cũng như các điệu múa dân tộc, múa tập thể sẽ trực tiếp tạo nên những vận động tích cực cho người bệnh. Ca hát là hình thức có tác dụng điều trị rộng rãi nhất.

3.2.5. Một số liệu pháp văn hóa - giải trí khác

Một số cơ sở điều trị, với những điều kiện nhất định còn tiến hành liệu pháp "tụng kinh". Khi sử dụng liệu pháp này, cần hết sức chú ý khâu lựa chọn nội dung bài đọc cho người bệnh, đảm bảo đúng với mục đích và chỉ định điều trị, vừa giải tỏa các triệu chứng, hội chứng bệnh lý, vừa phù hợp với tình trạng bệnh nặng và khó khăn của người bệnh. Nó được coi là liệu pháp sau cùng, trong số các loại liệu pháp điều trị. Cũng cần lường trước những hậu quả tự thân không tốt, làm nặng nề thêm bệnh lý của người bệnh và tránh quá lạm dụng liệu pháp này.

3.3. Các liệu pháp luyện tập thân thể, thể dục, thể thao

Các liệu pháp này vừa có tác dụng làm hồi phục sức lực, vừa tạo ra hứng thú cho người bệnh. Nó có tác dụng khơi dậy sự tập trung chú ý mà ở các hoạt động khác khó có khả năng thực hiện. Cũng tương tự như liệu pháp lao động, liệu pháp luyện tập thân thể, thể dục, thể thao trực tiếp tác động lên cơ quan vận động,



làm lưu thông khí huyết và qua đó tác động hồi phục về tinh thần cho người bệnh.

Đây là những liệu pháp bao gồm nhiều loại hoạt động khác nhau, từ bài tập đơn giản như tập thở, tập đi bách bộ, tập chạy; tập thể dục buổi sáng, thể dục nhịp điệu... đến các bài tập phức tạp, các môn thể thao chuyên nghiệp như bóng đá, đua ngựa, đua xe đạp, đua thuyền...

Khi thực hiện liệu pháp luyện tập thân thể, cần phải lập ra một kế hoạch tỷ mỉ và phải tuân thủ một cách nghiêm túc nguyên tắc vừa sức. Liệu pháp này có thể thực hiện riêng trên từng cá nhân hoặc thực hiện theo nhóm; có thể luyện tập theo sự hướng dẫn trực tiếp của thầy thuốc hoặc luyện tập qua sự hướng dẫn của video, của vô tuyến truyền hình...

4. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA LIỆU PHÁP

Ở đây chúng tôi không trình bày những chỉ định và chống chỉ định cụ thể của liệu pháp, mà chỉ đi sâu phân tích một số vấn đề liên quan đến những chỉ định và chống chỉ định này.

Để chỉ định thực hiện liệu pháp phục hồi, trước hết phải căn cứ vào triệu chứng nổi bật của bệnh, sau đó phải tính đến sự hứng thú và mức độ hiểu biết của người bệnh (được xác định thông qua những tư liệu về tiền sử, bệnh sử và qua kết quả khám xét lâm sàng, cận lâm sàng).

– Các liệu pháp được chỉ định phải có tác dụng chống lại những biến đổi bệnh lý, hạn chế sự phát triển bệnh tật và bù đắp cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm lý cho người bệnh. Ví dụ như:

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Để điều trị các rối loạn hành vi, cần tiến hành các hoạt động lao động, thể dục, thể thao, nhằm chống lại sự ức chế cũng như các vận động tự động.

+ Những biểu hiện hoang tưởng sẽ thuyên giảm khi người bệnh tập trung sự chú ý vào các hoạt động điều trị.

+ Để phục hồi chức năng của cơ bắp, của xương khớp và các chức năng của giác quan, của hệ thần kinh... cần sử dụng các liệu pháp rèn luyện toàn thân và rèn luyện từng bộ phận cơ thể, đảm bảo cho cơ thể hồi phục, bù trừ các chức năng bị tổn thương từ thấp lên cao.

– Thêm gánh nặng bệnh lý cho người bệnh. Ví dụ như:

+ Đối với những thức được đặt ra cho liệu pháp hồi phục là không được làm tăng nét bệnh lý "tự động", "rập khuôn", thì không được chỉ định các hoạt động điều trị phục hồi rập khuôn, đơn điệu.

+ Đối với những bệnh lý thực thể thì không được chỉ định các hoạt động lao động, thể thao quá sức, bởi lẽ những hoạt động này có thể làm tăng thêm nét bệnh lý thực thể, làm tăng tình trạng rối loạn ý thức, làm mất định hướng và gây trầm cảm, sợ hãi... cho người bệnh.

– Với từng bệnh riêng biệt cần có những chỉ định và chống chỉ định cụ thể. Ví dụ như:

+ Đối với người bệnh trầm cảm, không được sử dụng các hoạt động làm tăng thêm cảm xúc trống vắng, hẫng hụt (như cảm xúc tự buộc tội) của người bệnh.

+ Đối với những người bệnh tâm thần phân liệt điển hình, cần phải thực hiện liệu pháp hồi phục trong tập thể, để qua đó, họ tiếp xúc với xã hội tốt hơn.

- + Trong điều trị hồi phục người bệnh chậm phát triển tâm thần, thường sử dụng các hoạt động làm tăng sự ham thích, duy trì những cảm nhận về trách nhiệm, nêu cao khả năng đánh giá, phê phán của họ.
- + Dành cho người bệnh sa sút trí tuệ hoặc mất trí là những liệu pháp "nhà trường" và tạo ra các thói quen tự phục vụ, tự đáp ứng nhu cầu đời sống hàng ngày của họ.
- + Với người bệnh động kinh, do tham gia lao động liệu pháp mà sự miễn cảm với kích thích và tính "mất trật tự" trong các động tác của họ giảm xuống.
- + Trong điều trị bệnh loạn thần kinh chức năng, liệu pháp phục hồi có tầm quan trọng đặc biệt. Với những người bệnh này, hoạt động điều trị nhằm liên tục nâng cao sự ham thích và tăng dần mức độ khó khăn của hoạt động, cho đến khi người bệnh đạt được năng suất làm việc như trước khi bị bệnh.

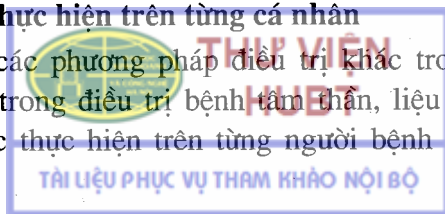
Cuối cùng, cần nhấn mạnh rằng, cũng có lúc, trạng thái tâm thần của người bệnh cần đến những ức chế bảo vệ. Và khi đó, phải tính đến một cách đầy đủ những hiệu quả tác động của từng liệu pháp hồi phục để nêu ra những chống chỉ định thích đáng.

Các bệnh thực thể là những chống chỉ định tương đối và các hoạt động được chỉ định phải nhằm đạt được mục đích sửa lại trạng thái bệnh lý hiện tại của người bệnh.

5. TỔ CHỨC THỰC HIỆN LIỆU PHÁP PHỤC HỒI

5.1. Tổ chức thực hiện trên từng cá nhân

Cũng như các phương pháp điều trị khác trong y học thực hành, nhất là trong điều trị bệnh tâm thần, liệu pháp phục hồi trước hết được thực hiện trên từng người bệnh riêng biệt. Khi



tiến hành trên từng người bệnh, cũng như trên từng trạng thái bệnh lý cụ thể, chúng ta cần xác định rõ những phương pháp nào được sử dụng và lập kế hoạch điều trị chu đáo, đánh giá kịp thời tác động của các liệu pháp này.

5.2. Tổ chức thực hiện theo nhóm

Có nhiều trường hợp phải thực hiện liệu pháp hồi phục theo nhóm. Các nhóm thường được tổ chức không lớn lắm, khoảng 6 - 7 người. Nhóm càng nhỏ thì tác động của liệu pháp lên từng cá nhân càng có kết quả tốt. Trong mỗi nhóm có sự hình thành mối quan hệ qua lại giữa nhóm trưởng với các nhóm viên, giữa các thành viên trong nhóm với nhau. Đôi khi với chức năng của mình, nhóm trưởng có tác động điều trị phục hồi rất tốt đối với nhóm viên. Thực chất của liệu pháp nhóm cũng chính là tiến hành điều trị hồi phục cho từng nhân cách, cho từng cá nhân người bệnh.

Hoạt động của nhóm sẽ hình thành và củng cố những quan hệ xã hội tích cực. Các thành viên trong nhóm xây dựng mối quan hệ gắn bó và có những hoạt động hỗ trợ lẫn nhau trong sinh hoạt, cùng tin tưởng vào kết quả điều trị, giúp nhau tiếp thu tốt hơn những quan niệm, thái độ mới... Trong nhóm cũng nảy sinh hiện tượng các thành viên kiểm tra lẫn nhau, bổ sung cho nhau và giúp nhau duy trì cảm xúc, trách nhiệm trong thực hiện công việc và trong quan hệ.

5.3. Tổ chức thực hiện các chế độ sinh hoạt hàng ngày

Đây là một liệu pháp hồi phục không thể thiếu được trong quá trình điều trị toàn diện người bệnh, trong một chừng mực nhất định nó còn có tác động lên nhiều liệu pháp khác nhau. Trong liệu pháp này, các chế độ sinh hoạt hàng ngày được tổ chức thực hiện theo một trình tự thống

nhất, hợp lý. Chương trình liệu pháp của người bệnh hướng vào các hoạt động thiết thực, với mục đích giúp cho họ sẵn sàng trở lại cuộc sống thường ngày và nhanh chóng thích ứng với những công việc sắp tới. Khi xây dựng chương trình hàng ngày cho người bệnh cấp tính (nhằm duy trì sự yên tĩnh đối với người có trạng thái kích động), cần phải chú ý trước hết đến chế độ nghỉ ngơi và loại bỏ tất cả những hoạt động không cần thiết. Nếu trong ngày có thực hiện các biện pháp điều trị khẩn cấp thì phải sửa đổi lại chương trình hàng ngày cho phù hợp với tình trạng bệnh tật, nhằm hỗ trợ thiết thực cho liệu pháp chính. Đối với người bệnh phải điều trị lâu dài hoặc bị những bệnh không thể điều trị khỏi hoàn toàn, thì các chương trình trong ngày phải kết hợp chặt chẽ với tất cả các liệu pháp hồi phục khác.

5.4. Tổ chức thực hiện liệu pháp đóng vai

Chúng ta còn sử dụng các liệu pháp đóng vai, ví dụ như cho người bệnh thực hiện công việc của người “nhân viên phục vụ”, “nhân viên nhà trường”... Trong liệu pháp này, người bệnh tập làm các công việc quản lý như quản lý quá trình thực hiện liệu pháp hồi phục của cá nhân mình và của cả nhóm. Họ phải đưa ra những lời khuyên để duy trì sự tồn tại của nhóm; phải giúp các thầy thuốc lựa chọn những người bệnh cần thực hiện liệu pháp hồi phục; phải quan tâm đến việc tạo môi trường thuận lợi để tiến hành liệu pháp hồi phục v.v... Người bệnh phải tổ chức thực hiện các hoạt động một cách thống nhất, song không được hướng sự trung tâm chú ý vào bất kỳ người bệnh cụ thể nào. Họ phải truyền đạt thông tin cho thầy thuốc; phải ghi chép, thu thập các tài liệu cần thiết về tiến triển bệnh tật của mình và của những người trong nhóm; phải quan tâm đến công tác kiểm kê và phải thật sự hợp tác với các nhân viên điều trị...

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.5. Tổ chức thực hiện việc khen thưởng

Cần phải khen thưởng xứng đáng những người bệnh hoàn thành tốt công việc được giao. Đây vừa là tạo ra cơ hội, vừa là biện pháp điều trị. Đây chính là phương pháp dùng phần thưởng để "đánh thức" người bệnh. Phần thưởng có thể bằng tinh thần, có thể bằng hiện vật hoặc bằng tiền... Đôi khi phần thưởng trở thành một kích thích rất mạnh mẽ đối với người bệnh. Để dành được phần thưởng, người bệnh phải cân nhắc, phải tính toán để tìm ra những biện pháp thích hợp nhất, giúp thực hiện công việc một cách có kết quả nhất. Phần thưởng còn là sự đánh giá tiến bộ trong điều trị của người bệnh.

5.6. Tổ chức các cơ sở chữa bệnh

Liệu pháp hồi phục thường được tiến hành chung trong các cơ sở điều trị đa khoa, song cũng có khi được tiến hành ở những địa điểm chuyên biệt, dành riêng cho liệu pháp phục hồi. Trong các cơ sở chung, thầy thuốc thường lựa chọn những liệu pháp hồi phục có thời gian tiến hành ngắn và là những liệu pháp hỗ trợ cho các phương pháp điều trị chính... Còn trong các cơ sở điều trị chuyên biệt, thường lựa chọn liệu pháp hồi phục có nội dung, kế hoạch đầy đủ, toàn diện và được thực hiện trong một thời gian dài. Thông thường, trong các cơ sở điều trị chuyên biệt, liệu pháp hồi phục được thực hiện như một liệu pháp chính, mà hỗ trợ cho nó còn có các liệu pháp khác. Tác dụng phục hồi sức khỏe của liệu pháp phụ thuộc rất nhiều vào môi trường tự nhiên và xã hội xung quanh người bệnh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.7. Tổ chức thực hiện khi người bệnh ra viện

Trước khi cho người bệnh ra viện, các thầy thuốc cần phải yêu cầu họ tiếp tục thực hiện liệu pháp hồi phục. Có thể giới thiệu họ đến các trung tâm điều trị phục hồi hoặc đến các cơ sở điều trị chuyên biệt để đăng ký và nhận sự giúp đỡ, sự hướng dẫn khi cần thiết. Liệu pháp hồi phục người bệnh sau khi ra viện được tiếp tục tiến hành như khi còn ở trong các cơ sở điều trị. Người bệnh lúc này vừa thực hiện các công việc bình thường của mình, vừa chủ động thực hiện liệu pháp phục hồi, giống như những nhân viên trong các cơ sở điều trị.

6. BÀN VỀ CƠ CHẾ LIỆU PHÁP PHỤC HỒI

6.1. Cơ chế tác động sinh lý thần kinh

Sự tác động của liệu pháp phục hồi sức khỏe trước hết thông qua cơ chế hoạt động sinh lý thần kinh. Những tín hiệu được tạo ra khi tiến hành liệu pháp hồi phục sẽ làm tăng hoạt tính của vỏ não. Qua hoạt động phân tích tích cực, trên vỏ não hình thành ổ hưng phấn và xung quanh nó, các quá trình ức chế cũng được tạo ra. Các ức chế này lan tỏa sang các vị trí có những xung động bệnh lý và làm suy giảm hiệu quả tác động của những xung động bệnh lý. Sự tạo thành các đường liên hệ thần kinh tạm thời, thay cho các liên hệ bệnh lý, đã chuyển tác động của quá trình liệu pháp hồi phục tới những động thái của vỏ não và tác động trực tiếp lên tình trạng mất cân đối của hoạt động vỏ não. Nhờ sự nỗ lực củng cố, điều chỉnh sức khỏe; nhờ sự hỗ trợ của liệu pháp phục hồi mà người bệnh vượt qua được bệnh tật, tạo nên những hình thái chức năng mới, đảm bảo cho cơ thể khỏe mạnh.

Liệu pháp phục hồi bằng lao động trước hết tác động tích cực lên cơ quan vận động và sau đó tác động lên các cơ quan phân tích thính giác và thị giác...

THƯ VIỆN
HỒI
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ngoài tác động theo cơ chế sinh lý thần kinh, liệu pháp phục hồi còn liên quan đến hiệu quả tác động của một số cơ chế sinh lý khác như: tác động lên hệ thống cơ, mạch máu cũng như lên toàn bộ cơ thể con người. Thái độ đối với lao động, sự phấn khởi và niềm vui về kết quả lao động có tác dụng kích thích, giống như kích thích của hệ thống tín hiệu thứ hai.

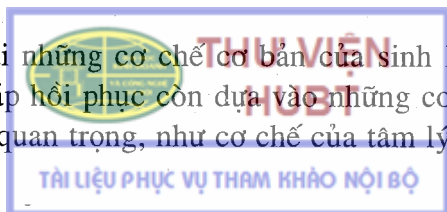
6.2. Cơ chế tác động tâm lý

Theo Giliarovsky, liệu pháp hồi phục làm tích cực hóa sức khỏe tâm lý của người bệnh, giải phóng cảm xúc bị dồn nén, cuốn hút sự chú ý ra khỏi dấu hiệu bệnh lý, giúp người bệnh sẵn sàng tiếp nhận nhiệm vụ mà họ có khả năng tự giải quyết và bình thường hóa trở lại những ý nghĩ, hành vi bị tổn thương.

Liệu pháp hồi phục có tác dụng làm thay đổi tính linh hoạt của người bệnh, làm thúc đẩy lòng ham muốn, thích làm việc, thích luyện tập của họ. Nó khơi dậy hứng thú mới và duy trì ổn định các hứng thú này. Nó làm cho người bệnh học hỏi thêm hoạt động sáng tạo mới, đem lại cho họ những ý nghĩa tốt đẹp của các sản phẩm hoạt động và tạo cho họ niềm vui sau khi làm xong công việc.

Liệu pháp phục hồi còn tạo ra cho người bệnh những thái độ đúng đắn đối với lao động. Sự tiếp xúc trong lao động, sự tham gia vào hoạt động tập thể sẽ giúp cho người bệnh được giao tiếp trong cộng đồng và thích ứng một cách tốt hơn với môi trường xã hội.

Như vậy, ngoài những cơ chế cơ bản của sinh lý học, tác động của liệu pháp hồi phục còn dựa vào những cơ chế khác, không kém phần quan trọng, như cơ chế của tâm lý học và xã hội học v.v...



PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc
PGS.TS. Nguyễn Văn Nhân

MỘT SỐ TRƯỜNG PHÁI TÂM LÝ Y HỌC

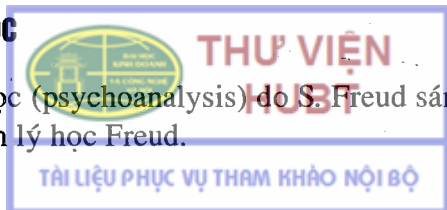
Trong tâm lý học có rất nhiều trường phái khác nhau. Tùy theo từng nước, từng giai đoạn phát triển mà trường phái nào đó chiếm ưu thế trong những lĩnh vực cụ thể. Song có một điều khẳng định là không có một trường phái nào chiếm ưu thế tuyệt đối trong tất cả những vấn đề về lý luận cũng như thực tiễn của tâm lý học nói chung, tâm lý học y học nói riêng.

Sự phát triển tâm lý học ở Việt Nam muộn hơn nhiều so với một số nước khác. Điều này cũng tạo cơ hội cho các nhà tâm lý học chúng ta tiếp thu thành quả phát triển tâm lý học thế giới, song nó cũng tạo ra sự đa dạng, phức tạp của tâm lý học Việt Nam, đặc biệt trong lĩnh vực ứng dụng.

Trong chương này chúng tôi trình bày nội dung cơ bản của một số trường phái tâm lý học lớn trên thế giới, đang có ảnh hưởng đáng kể đến việc giải quyết những vấn đề lý luận và thực tiễn của tâm lý học y học.

1. PHÂN TÂM HỌC

Phân tâm học (psychoanalysis) do S. Freud sáng lập, nên còn được gọi là tâm lý học Freud.



1.1. Tiểu sử của S. Freud

Sigmund Freud sinh ngày 06 tháng 05 năm 1856 tại Freiberg (Moravie). Ông đỗ tiến sĩ y khoa ở Trường Đại học Tổng hợp Viên năm 1881, khi mới 25 tuổi.

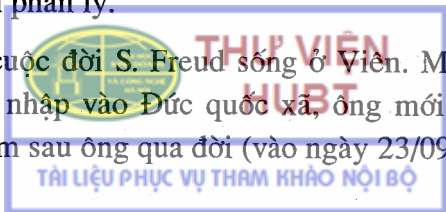
Năm 1885 - 1886, S. Freud đến thực tập tại bệnh viện Salpêtrière (Pari) của bác sĩ J. M. Charcot (1825 - 1893) - một bác sĩ thần kinh nổi tiếng lúc bấy giờ và là người rất quan tâm đến việc sử dụng thôi miên để điều trị các rối loạn phân ly (hysteria).

Năm 1889, S. Freud thực hành tại một bệnh viện thần kinh khác ở Nancy. Sau đó trở về Viên, ông hợp tác với I. Breuer (1872 - 1925) trong sử dụng thôi miên để điều trị hysteria.

Qua thực tế công việc, S. Freud nhận thấy, bằng thôi miên vẫn không giải quyết được một số trường hợp hysteria, thậm chí còn gặp phải sự kháng cự quyết liệt từ phía bệnh nhân. Chính điều này đã khiến ông đi tìm con đường khác - con đường phân tích, lý giải nội dung những giấc mơ, những liên tưởng chậm chạp, sự nói nhịu, nghe nhầm... của bệnh nhân.

S. Freud là một trong những nhà trị liệu đầu tiên khám phá ra vai trò của những yếu tố có từ tuổi ấu thơ và trong vô thức ảnh hưởng đến đời sống tâm lý ở tuổi trưởng thành. Phần lớn các công trình của Freud bắt nguồn từ những trường hợp điều trị bệnh nhân rối loạn phân ly.

Hầu như suốt cuộc đời S. Freud sống ở Viên. Mãi đầu năm 1938, khi Áo sáp nhập vào Đức quốc xã, ông mới di cư sang London và một năm sau ông qua đời (vào ngày 23/09/1939).



1.2. Các giai đoạn trong sự nghiệp khoa học của S. Freud

1.2.1. Giai đoạn những năm 1879 -1905

Các công trình chính của S. Freud ở thời kỳ này là:

- Giải thích các giấc mơ (1900).
- Tâm bệnh của đời thường (1901).
- Trí thông minh và quan hệ của nó với vô thức (1905).
- Ba khảo luận về lý thuyết tính dục (1905).
- Trích đoạn một phân tích hysteria (1905).

Trong công trình "Giải thích các giấc mơ", S. Freud đã đưa ra quan niệm về "hệ thống đời sống tâm hồn" của con người. Hệ thống này có ba cấp độ: ý thức, tiền ý thức và vô thức. Giữa các cấp độ là sự kiểm duyệt. Về cơ bản, phân tâm là một phương pháp điều trị các rối loạn thần kinh chức năng (neurosis).

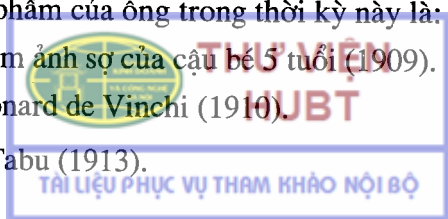
Trong thời gian này phân tâm học đã bắt đầu nổi tiếng và rất nhiều người thuộc các nghề nghiệp khác nhau như bác sĩ, nhà văn, họa sĩ... đều muốn áp dụng phân tâm học vào hoạt động của mình.

1.2.2. Giai đoạn 1906 - 1918

Trong giai đoạn này, tâm lý học Freud đã trở thành một học thuyết về nhân cách và sự phát triển nhân cách. Nguyên tắc cơ bản của tâm lý học phân tâm là mô tả các quá trình tâm lý từ ba góc độ: động thái, định khu và kinh tế.

Những tác phẩm của ông trong thời kỳ này là:

- Phân tích ám ảnh sợ của cậu bé 5 tuổi (1909).
- Bàn về Leonard de Vinci (1910).
- Totem và Tabu (1913).



Đây là những công trình tiếp cận lĩnh vực sáng tạo nghệ thuật từ góc độ phân tâm học của S. Freud.

Tiếng vang của phân tâm học đã lan sang nhiều nước. Năm 1909, S. Freud được mời sang Mỹ để giảng bài. Năm bài giảng của ông trên đất Mỹ (được tập hợp lại trong tác phẩm "Về phân tâm - Năm bài giảng", 1910), là sự khởi đầu cho phân tâm học ở đây.

Nội dung chính của phân tâm học được S. Freud trình bày đầy đủ nhất trong "Bài giảng nhập môn phân tâm học" (tập I và tập II). Đến năm 1932 ông bổ sung thêm tập thứ ba.

1.2.3. Giai đoạn sau năm 1918

Sang giai đoạn này, quan điểm của S. Freud về phân tâm đã có những thay đổi đáng kể, thiên về góc độ triết học. Trong tác phẩm "Mặt bên kia của nguyên tắc thỏa mãn" (1920), dưới ảnh hưởng của chiến tranh thế giới lần thứ nhất, ông đã sửa lại lý luận về sự ham muốn.

Trong tác phẩm "Tôi và Nó" (1923), cấu trúc nhân cách được S. Freud trình bày dưới dạng lý luận về ba ngôi: cái nó (the id), cái tôi (the ego) và cái siêu tôi (the superego) .

Trong một loạt các công trình khác, S. Freud đã vận dụng lý thuyết phân tâm để lý giải vấn đề văn hoá và những vấn đề khác nhau của đời sống xã hội như tôn giáo, tâm lý xã hội, văn minh...

1.3. Một số lý thuyết cơ bản của S.Freud

Đương thời, các nhà tâm lý học đã chia hiện tượng tinh thần/tâm lý thành ba loại: ý thức (conscious), tiềm thức (subconscious) và vô thức (unconscious). Tiềm thức là cái không còn là ý thức nhưng cũng chưa phải là vô thức.

S. Freud cũng chia tâm lý thành ba loại: ý thức (conscious), tiền ý thức (preconscious) và vô thức (unconscious).

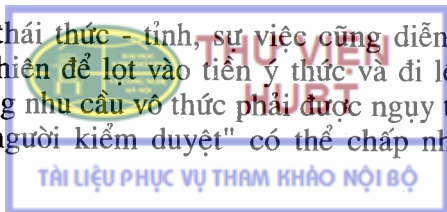
- Vô thức là cái chứa đầy những nhu cầu, ham muốn không được thoả mãn, bị chèn ép song lại luôn đòi được thoả mãn.
- Tiền ý thức là khu vực của những cái đã thoát khỏi vô thức để lên ý thức nhưng chưa phải là ý thức. Tiền ý thức ở đây đóng vai trò là người kiểm duyệt, chỉ cho thoát lên ý thức những cái có thể chấp nhận được.
- Ý thức là cái đóng vai trò "cơ quan cảm giác nhận biết các quá trình tâm lý". Ý thức vừa tiếp nhận những cái từ bên ngoài vào, vừa tiếp nhận những cái từ bên trong ra, song chủ yếu vẫn là tiếp nhận từ bên trong - những cái gắn liền với việc thoả mãn và không thoả mãn nhu cầu, ham muốn.

Toàn bộ lý thuyết phân tâm của S. Freud có thể khái quát trong 3 mảng chính: lý thuyết về vô thức, lý thuyết về tình dục và lý thuyết về nhân cách. Trong ba mảng này thì lý thuyết về vô thức đóng vai trò nền tảng.

1.3.1. Lý thuyết về vô thức

Theo S. Freud, vô thức được thể hiện rõ nhất trong các giấc mơ. Tuy nhiên nội dung của các giấc mơ không phải lúc nào cũng phù hợp với nội dung của các ham muốn, nhu cầu bị chèn ép. Để được thoả mãn, những ham muốn, nhu cầu phải "hoá trang", do vậy về cơ bản giấc mơ sẽ giúp cho các nhu cầu (bị đẩy xuống vô thức) được thoả mãn một cách tưởng tượng, hão huyền (fantastic).

Trong trạng thái thức - tỉnh, sự việc cũng diễn ra theo kịch bản trên. Tuy nhiên để lọt vào tiền ý thức và đi lên ý thức (để thoả mãn), những nhu cầu vô thức phải được ngụy trang chu đáo hơn, sao cho "người kiểm duyệt" có thể chấp nhận được. Và



những khi chúng đã thành công khi thể hiện dưới dạng những lời nói, những động tác, sự nghe nhầm, nhìn nhầm và quên...

Trong trạng thái luôn vận động, những ham muốn có thể chuyển đổi theo các con đường khác nhau: bị chuyển sang mặt đối diện; bị thúc ép, chèn ép; bị gắn vào nhân cách hoặc bị thăng hoa... Khi bị chuyển dịch sang mặt đối diện hoặc gắn vào nhân cách, chúng sẽ tạo nên những cách thức nhất định trong hành vi (hay tính cách). Khi thăng hoa, chúng sẽ được thể hiện qua các tác phẩm nghệ thuật. Và khi bị chèn ép quá mức, chúng sẽ dẫn tới những phản ứng bệnh lý.

1.3.2. Quan niệm về tính dục (tình dục)

Theo quan điểm của S. Freud, tính dục có nghĩa rộng hơn, bao quát hơn so với khái niệm tình dục thông thường. Tính dục là lòng ham muốn thúc đẩy con người tìm khoái cảm. Như vậy, quan hệ gần gũi giữa hai người khác giới chỉ là một dạng, một đỉnh cao của tính dục. S. Freud đã dùng từ La tinh libido để biểu thị tính dục. Ông cũng đã xem libido như là nguồn năng lượng, đảm bảo cho mọi hoạt động tinh thần của con người.

Về tính dục, S. Freud có ba nhận định:

- Đời sống tính dục biểu hiện từ rất sớm, ngay từ khi mới sinh.
- Cần phân biệt tính dục (sexual) và sinh dục (genital).
- Đời sống tính dục bao gồm cả việc cho phép thu được khoái cảm bởi những thứ từ các phần khác nhau của cơ thể.

1.3.3. Lý thuyết về nhân cách

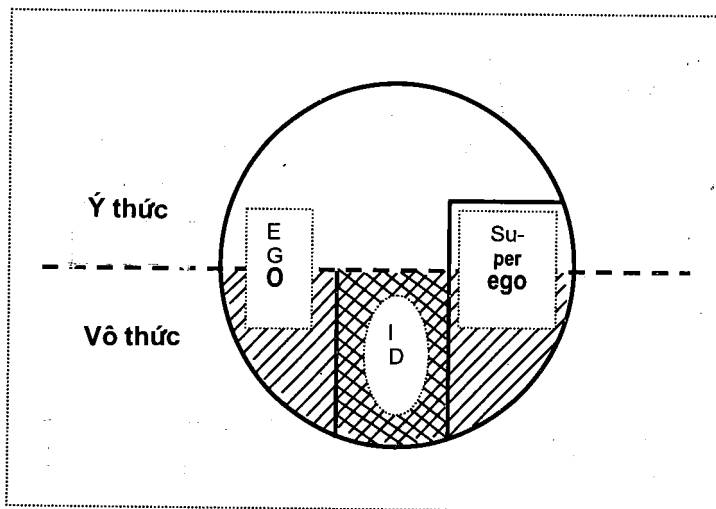
1.3.3.1. Cấu trúc nhân cách

Nhân cách, theo S. Freud, gồm ba bộ phận (3 "con người" bé nhỏ): cái nó (the id), cái tôi (the ego) và cái siêu tôi (the superego) - (xem sơ đồ 11.1).

+ Cái nó (the id)

Cái "nó" là tất cả những gì được di truyền, được thừa hưởng từ thế hệ này sang thế hệ khác; được vận hành bởi những bản năng cơ bản như tình dục và xâm kích. Cái "nó" là nguồn năng lượng tâm lý (libido) cho toàn bộ hệ thống; là những xung năng chính thúc đẩy hành vi và là nền tảng của sự phát triển nhân cách, trước hết là phát triển cái "tôi" và cái "siêu tôi".

Sơ đồ 11.1: CẤU TRÚC NHÂN CÁCH CỦA S. FREUD (GABBAR, 1990)



Cái "nó" vận hành theo nguyên tắc thoả mãn (pleasure principle). Những tác động từ bên ngoài hoặc từ bên trong luôn đòi được thoả mãn, do vậy đã tạo nên sự căng thẳng. Cái "nó" chính là cái mà con người hướng tới để tìm kiếm những phương thức thoả mãn các nhu cầu, ham muốn bản năng, để giải toả căng thẳng, bất chấp hậu quả cũng như tính logic của nó ra sao.

Theo S. Freud, cái "nó" rất gần với các quá trình sinh học.

+ Cái tôi (the ego) - con người của hiện thực

Dưới ảnh hưởng của thế giới hiện thực xung quanh, một phần cái "tôi" diễn tiến một cách đặc biệt. Do thiết lập được mối liên hệ giữa tri giác giác quan và những hoạt động cơ bắp nên cái "tôi" kiểm soát được các vận động theo ý muốn. Nó đảm bảo cho sự tồn tại của các quá trình nhận biết và tích lũy kinh nghiệm, tránh được những kích thích quá mạnh, thích nghi với những kích thích vừa phải và làm thay đổi thế giới bên ngoài một cách thích hợp, có lợi cho nó.

Với bên trong, cái "tôi" thực hiện các hoạt động chống lại cái "nó" bằng cách giành quyền làm chủ các xung lực, quyết định xem những đòi hỏi ấy có thể được thoả mãn hay không; nếu phải trì hoãn thì trì hoãn đến thời điểm nào, hay phải loại bỏ hoàn toàn.

Cái "tôi" vận hành theo nguyên tắc hiện thực (reality principle) và hướng tới việc tối đa hoá sự thoả mãn của mình dưới sự kiểm soát của thế giới hiện thực.

+ Cái siêu tôi (the superego) - vị quan toà, nhà kiểm duyệt

Trong quá trình phát triển cá nhân, trong lòng cái "tôi" xuất hiện một quyền lực mới - cái "siêu tôi". Cái "siêu tôi" dần dần tách ra và đối lập với cái "tôi". Về thực chất, nó là con người của những tiêu chuẩn đạo đức, giá trị xã hội; là người đóng vai trò "kiểm duyệt" (đánh giá tốt hay xấu, đúng hay sai, theo tiêu chuẩn được cha mẹ - gián tiếp là xã hội - truyền lại). Cái "siêu tôi" hoạt động như ý thức và sẽ tạo ra cảm giác tội lỗi nếu cá nhân vi phạm những chuẩn mực xã hội.

Trong khi cái "nó" đi tìm kiếm sự thoả mãn, khoái lạc; cái "tôi" tồn tại với hiện thực thì cái "siêu tôi" luôn vươn tới sự hoàn thiện. Ba thành tố nhân cách cơ bản này đấu tranh không ngừng với nhau để kiểm soát nhân cách.

S. Freud đã ví dụ cái "nó", cái "tôi" và "siêu tôi" với ba loại hiện tượng tâm lý của nhân cách: ý thức, tiền ý thức và vô thức, song chúng không hoàn toàn trùng hợp với nhau. Trong cái "nó", chủ yếu là vô thức; trong cái "tôi" là ý thức (cũng giống như những người dân sống ở gần biển chủ yếu làm nghề đánh cá nhưng không phải tất cả đều làm nghề đó - ví dụ của S. Freud) - (xem bảng 11.1).

Bảng 11.1:

CẤU TRÚC TÂM LÝ - NHÂN CÁCH THEO S. FREUD

Nhân cách	Tâm lý	Chức năng
<i>Id</i> (cái Nó)	Vô thức	Những xung lực cơ bản là tính dục và hung hãn; đòi hỏi sự thoả mãn tức thời; không quan tâm đến hậu quả; bất hợp lý; mang tính xung động và theo nguyên tắc khoái cảm.
<i>Ego</i> (cái Tôi)	Chủ yếu là ý thức	Trung gian giữa những xung lực của cái "nó" và những cấm đoán của cái "siêu tôi"; diễn ra theo nguyên tắc hiện thực; hợp lý, hợp logic về không gian và thời gian.
<i>Super ego</i> (cái Siêu Tôi)	Cả vô thức và ý thức	Các lý tưởng, đạo đức; những cố gắng, nỗ lực để hoàn thiện; có các thành tố được tiếp nhận từ cha mẹ như sự vâng lời, phục tùng, độc đoán, ra lệnh, phê phán, cấm đoán, những hạn chế thoả mãn.

Ba "con người" trong một con người này tác động qua lại lẫn nhau khá phức tạp, bởi những mâu thuẫn giữa bản năng vô thức, ý thức và tiền ý thức. Một mặt những nhu cầu vô thức luôn bị chèn ép, song mặt khác chúng cũng cố thoát qua cửa "kiểm duyệt" để được hiện thực hoá, được thoả mãn.

Chính những tác động phức tạp này đã để lại những dấu ấn trên đặc điểm nhân cách, trên các mối quan hệ xã hội của cá nhân hoặc "thoát" ra bằng các con đường: thăng hoa nghệ thuật, rối loạn thần kinh và nhất là bằng sự "thoả mãn ảo" trong các giấc mơ.

1.3.3.2. Các giai đoạn phát triển nhân cách (phát triển tâm tính dục)

S. Freud cho rằng sự phát triển tâm tính dục trải qua năm giai đoạn. Nét đặc trưng của từng giai đoạn như sau:

- Giai đoạn " môi miệng" (oral stage)
 - + Xuất hiện vào năm đầu tiên của cuộc sống (từ 18 đến 24 tháng tuổi).
 - + Những khoái cảm cơ thể được tập trung vào vùng môi miệng - nơi trẻ được bú, được ăn hoặc khám phá sự vật bằng miệng.
 - + Sự thoả mãn của cá nhân thông qua con đường này.
 - + Trong trẻ lúc này chỉ có cái "nó".
 - + Sự thoả mãn nhu cầu phụ thuộc hoàn toàn vào người khác.
 - + Không kiểm chế được nhu cầu, ích kỷ, có hành vi đòi hỏi.
- Giai đoạn "hậu môn" (anal stage)
 - + Giai đoạn này kéo dài cho đến 42, 48 tháng tuổi.
 - + Dục vọng tập trung vào vùng hậu môn - nơi trẻ thu được cảm giác dễ chịu mỗi khi thực hiện việc đưa chất thải ra ngoài.
 - + Sự thoả mãn của trẻ thông qua con đường này.

Freud cho rằng quá trình huấn luyện vệ sinh là lần đầu tiên trẻ nhận biết được hành động của chúng đối với người khác và học cách thay đổi hành vi để làm hài lòng những người này.

Nếu trẻ thoả mãn yêu cầu của bố mẹ, chúng sẽ được tán thưởng, động viên; nếu không, chúng sẽ bị phản đối. Kỳ vọng mang tính thực tế nơi kết quả hành vi của trẻ là khởi đầu cho cái “tôi”.

- Giai đoạn "dương vật" (phallic stage)
- + Giai đoạn này kéo dài cho đến khi trẻ được 5 - 6 tuổi.
- + Khoái cảm từ hậu môn chuyển dần vào cảm giác ở bộ phận sinh dục.
- + Trẻ bắt đầu nhận ra sự khác biệt giới tính.
- + Cảm xúc của trẻ được ổn định và tập trung thành tình cảm, gắn với những đối tượng nhất định. Tình cảm của trẻ mang tính sơ khai, song là tình cảm tuyệt đối.
- + Đây là thời kỳ phức tạp trong sự phát triển tính dục nói riêng và nhân cách nói chung của trẻ. Thậm chí đây còn được xem như là thời kỳ khủng hoảng đầu tiên: đằng sau vẻ bề ngoài vô tư là những biến đổi; những mâu thuẫn nội tâm chi phối sự hình thành tính cách của trẻ.

Trong giai đoạn này xuất hiện mặc cảm Oedip: con trai yêu mẹ, ghét bố; con gái thì ngược lại, yêu bố, ghét mẹ.

Theo Freud, ở trẻ nam phát triển những ý muốn loạn luân hướng về mẹ. Những ý muốn này được thôi thúc bởi cái “nó”. Còn cái “tôi” đóng vai trò phán xét, đánh giá hậu quả thực tế các hành động. Trẻ sẽ vấp phải sự phản đối của người cha - người “tình địch” và chúng biết rằng trong cuộc cạnh tranh này, chúng sẽ bị đánh bại. Nó bắt đầu lo sợ có thể bị cha thiên (để trong tương lai trẻ không thể trở thành “tình địch” của cha nữa) - hiện tượng này gọi là "nỗi lo sợ bị thiên". Từ đó, trẻ nghĩ rằng, mình có thể quan hệ tình dục với mẹ một cách tượng trưng, giống như cách làm của cha. Nó bắt đầu nhập tâm những niềm

tin, giá trị của người cha (như một phần của quá trình đồng nhất với cha) và do đó, cái “siêu tôi” bắt đầu phát triển.

Bé gái cũng phát triển cái “siêu tôi” theo cách tương tự. Freud cho rằng khi bé gái bước vào giai đoạn dương vật, nó bắt đầu nhận ra rằng nó khác với các bạn trai. Nó trải nghiệm cảm giác muốn có dương vật và cảm thấy không thoả mãn vì thiếu bộ phận này. Nó cũng tin rằng nếu quan hệ tình dục với bố, nó sẽ “sở hữu” một cách tạm thời bộ phận đó của bố. Nếu có mang, nó sẽ đem dương vật đến cho thế giới bằng cách sinh ra một bé trai. Theo cách này, cảm giác mặc cảm dẫn nó đến chỗ phát triển những ham muốn loạn luân với bố. Nó giải quyết những ham muốn này bằng cách đồng nhất mình với mẹ (việc này cho phép nó quan hệ tình dục một cách tưởng tượng với bố như mẹ đã làm). Điều đó dẫn bé gái đến chỗ học tập những giá trị đạo đức của mẹ, để sau này trở thành cái “siêu tôi” của chính nó.

Sự trải qua những xung đột tình dục và phương thức sử dụng để giải quyết các xung đột này đã làm cho cái “siêu tôi” của trẻ bắt đầu phát triển.

- Giai đoạn "tiềm tàng" (latency stage)
- + Sau giai đoạn dương vật, tính dục bước vào thời kỳ tích lũy, tiềm tàng.
- + Giai đoạn tiềm tàng này tiếp diễn cho đến tuổi dậy thì.
- + Cá nhân chuyển những ham muốn tình dục và hung tính của mình thành những hứng thú, những hoạt động thích hợp với lứa tuổi (như chơi thể thao) và đầu tư thời gian cho các sở thích này.
- Giai đoạn "sinh dục" (genital stage)
- + Bắt đầu từ thời kỳ dậy thì và kéo dài cho đến hết cuộc đời.
- + Cá nhân được điều chỉnh bởi hai xung năng: tình dục và xâm kích.

Cơ thể sinh ra cả năng lượng tình dục/tính dục (libido) và năng lượng xâm kích. Cá nhân khỏe mạnh giải phóng các năng lượng này thông qua con đường xã hội thích hợp: quan hệ giới tính với những người trưởng thành có độ tuổi thích hợp; chơi các môn thể thao; đặt niềm say mê vào công việc, sự nghiệp...

Khi cá nhân không thể tìm được những phương thức giải tỏa thì năng lượng sẽ tích tụ cho đến khi nó không thể kìm lại được nữa và giải phóng ra dưới một hình thức không được kiểm soát (do vô thức dẫn dắt). Để tránh giải tỏa xung năng bằng những cách không thích hợp, cá nhân có thể làm lệch hướng hoặc phong tỏa chúng thông qua những cơ chế vô thức khác nhau.

1.3.3.3. Một số tuyến phát triển chính của nhân cách

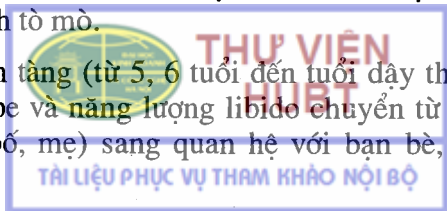
– Tuyến chủ yếu:

Đây là tuyến nhân cách chuyển từ lệ thuộc đến tự chủ về cảm xúc và có những quan hệ với đối tượng theo kiểu người lớn.

Lúc đầu là tình trạng cộng sinh (symbiose) giữa mẹ và con. Xét về mặt tâm lý, đây là tình trạng tự khép kín, tự yêu bản thân - ái kỷ; về sau, trong quá trình cá thể hoá, trẻ dần dần được tách ra. Quá trình này mang tính giai đoạn và trong mỗi một giai đoạn đều có thể gặp sự cố ảnh hưởng tới sự phát triển cá thể.

Việc tách dần bản thân với đối tượng là tùy thuộc vào nhu cầu của trẻ. Khi đã hình thành một đối tượng cố định, trẻ tiến tới xu hướng trấn áp đối tượng đó. Đến thời kỳ mặc cảm Oedipe, ở trẻ xuất hiện tình cảm muốn độc chiếm bố/mẹ và nảy sinh sự ghen tuông, tính tò mò.

Thời kỳ tiềm tàng (từ 5, 6 tuổi đến tuổi dậy thì): trẻ giải tỏa mặc cảm Oedipe và năng lượng libido chuyển từ trong quan hệ gia đình (với bố, mẹ) sang quan hệ với bạn bè, thầy cô giáo.



Đây là hiện tượng thăng hoa. Từ ghen tuông, trẻ chuyển sang trạng thái tự đồng nhất với bố/mẹ. Đây cũng là thời kỳ trẻ “vỡ mộng” về gia đình.

Sang tuổi dậy thì, tình cảm có xu hướng lại trở về với thời kỳ xáo trộn, bấp bênh, lẫn lộn giữa yêu và ghét .

Thời thanh niên là thời kỳ đấu tranh nội tâm, rời bỏ những quan hệ thời thơ ấu để dồn nén tính dục và cuối cùng tập trung dục vọng vào những đối tượng là người khác giới, ở ngoài gia đình.

– Tuyến từ lệ thuộc tiến tới tự lập về thân thể:

Quá trình cá thể hoá về tâm lý của trẻ diễn ra đồng thời với quá trình tự lập về thân thể. Khi còn nhỏ, trẻ chưa thể tách mình ra khỏi mẹ, chưa phân biệt được ranh giới giữa cơ thể của nó với cơ thể của mẹ. Trẻ chỉ có những cảm giác chủ quan dễ chịu hay khó chịu. Mọi việc (từ ăn uống, vệ sinh đến bảo vệ bản thân...) đều phụ thuộc vào bên ngoài.

– Từ bú đến ăn uống bình thường:

Đây cũng là một tuyến dài để trẻ đi đến chỗ có thể tự quyết định xem mình ăn gì, ăn bao nhiêu mà không phụ thuộc vào người khác. Nếu chuyển từ bú sữa sang ăn thức ăn đặc một cách đột ngột có thể dẫn đến tình trạng trẻ mất khoái cảm khi ăn và trở nên ghét thức ăn mới.

Khi chuyển từ thời kỳ ăn thức ăn trực tiếp từ mẹ đến thời kỳ ăn bằng thìa, bằng bát... (nghĩa là có vật nào đó chen vào giữa), có thể xảy ra những trận chiến giữa mẹ và con. Sự hoà nhập giữa mẹ và thức ăn cũng tạo ra cho người mẹ cảm nghĩ mỗi lần con từ chối ăn là chối bỏ sự chăm sóc của mình và điều đó làm cho người mẹ trở nên quá nhạy cảm. Trong những giai đoạn sau, tình trạng này sẽ ít gay gắt hơn.

- Từ ỉa đái tùy tiện đến biết tự kiềm chế:

Giai đoạn đầu trẻ ỉa đái tùy tiện. Thời gian kéo dài bao lâu là do người mẹ, do thói quen, tập quán của gia đình, xã hội. Sau đó, trẻ dần dần biết tự chủ hơn và ngày một thêm quan tâm đến các chất thải ra. Hoạt động này của trẻ cũng liên quan tới người mẹ.

Giai đoạn sau, trẻ chấp nhận những yêu cầu vệ sinh của mẹ và xã hội đặt ra. Do sự đồng nhất hoá với người lớn, những quy tắc sạch sẽ đã trở thành đòi hỏi bên trong của cái "siêu tôi" chứ không phải từ sự áp đặt bên ngoài.

- Một số tuyến phát triển khác:
- + Từ vô tâm đến tự chăm sóc thân thể.
- + Từ chỉ biết có mình (duy kỷ) đến quan hệ bạn bè.
- + Từ chơi với thân thể đến chơi với đồ chơi và từ chơi đến làm.

1.4. Các cơ chế phòng vệ

- Theo S. Freud, những vấn đề về sức khoẻ tâm thần là kết quả của sự lo hãi của cái "tôi" hoặc là do các cơ chế phòng vệ mà cái "tôi" dựng lên nhằm ngăn những lo lắng chuyển thành ý thức.

Bảng 11.2:

KIỂU NHÂN CÁCH BỊ DỒN NÉN, CẮM CHỐT

Giai đoạn	Những vấn đề liên quan
Môi miệng	Trầm cảm, ái kỷ, lệ thuộc
Hậu môn	Ngoan cố, ám ảnh cưỡng bức, khổ dâm, bạo dâm
Dương vật	Có vấn đề về giới tính, nhân cách chống đối xã hội
Tiềm tàng	Kiểm soát bản thân không đúng mức, quá đáng
Sinh dục	Khuếch trương bản ngã

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sự lo hãi của cái “tôi” thường liên quan đến những trải nghiệm không tốt của cá nhân vào đầu thời kỳ thơ ấu. Chúng có thể dẫn cá nhân đến chỗ bị cầm chốt ở một giai đoạn phát triển cụ thể và cư xử theo cách tương ứng với giai đoạn đó, kể cả khi cá nhân đã trưởng thành. Những hành vi này hình thành nên một cơ chế phòng vệ, chống lại sự lo hãi do trải nghiệm tuổi thơ và ký ức về sợ hãi gây ra.

Bảng 11.3:

MỘT SỐ CƠ CHẾ PHÒNG VỆ KHÁC - THEO S.FREUD

Cơ chế phòng vệ	Định nghĩa	Ví dụ
<i>Dồn nén</i>	Yếu tố gây sợ hãi bị “khoá” trong vô thức, không được ý thức	Một người trưởng thành không thể nhớ lại rằng khi còn nhỏ mình đã bị lạm dụng tình dục
<i>Từ chối hoặc không thừa nhận</i>	Ngăn không cho yếu tố gây sợ hãi vào ý thức	Một người cha (me) không chấp nhận cái chết của con
<i>Phóng chiếu</i>	Biến một hành động hoặc xung năng không được chấp nhận thành một hành động khác	Không thừa nhận mình là người đồng tính luyến ái và cho rằng người đó liên tục có những tiếp xúc đồng giới tính
<i>Phóng chiếu</i>	Biến một hành động hoặc xung năng không được chấp nhận thành một hành động khác	Không thừa nhận mình là người đồng tính luyến ái và cho rằng người đó liên tục có những tiếp xúc đồng giới tính
<i>Di chuyển</i>	Di chuyển mục tiêu của một xung năng không được chấp nhận	Đá vào con mèo để trả đũa người khiến mình tức giận hoặc đau khổ, thất vọng
<i>Tháo gỡ</i>	Hành động lặp đi lặp lại nhằm chuộc lỗi cho một hành vi hay xung năng không được chấp nhận	Rửa đi rửa lại tay sau khi ngoại tình

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chức năng của cơ chế là để tránh cho cá nhân khỏi nhận biết nỗi đau mà họ đang trải nghiệm.

Cá nhân có thể thoái lui về các mức độ trước đó của hoạt động tâm tính dục và nhờ đó mà vượt qua được các sang chấn ở tuổi trưởng thành. Giai đoạn mà họ lui về được quyết định bởi mức độ nghiêm trọng của sang chấn; sự tương tự giữa nguyên nhân gây sang chấn hiện tại và trong quá khứ; mức độ thành công mà họ đã trải qua trong mỗi giai đoạn (xem bảng 11.2).

Cá nhân còn sử dụng nhiều cơ chế phòng vệ khác không liên quan đến sự thoái lui để đương đầu với nỗi lo hãi của cái “tôi”. Cơ chế phòng vệ cổ điển nhất, theo S. Freud, là sự dồn nén. Trong cơ chế này, lẽ ra cá nhân đã nhận biết được yếu tố gây đe dọa nhưng họ chặn nó lại một cách vô thức và chủ động, nhằm không cho nó bước vào ý thức (xem bảng 11.3).

1.5. Phê phán học thuyết S.Freud

S.Freud đã khai phá mảnh đất mới để xây dựng một mô hình phức tạp về sự phát triển của con người. Đóng góp của Freud cho sự phát triển các học thuyết về nhân cách và tâm lý bệnh học là rất lớn, song trong học thuyết của ông vẫn còn nhiều vấn đề phải bàn cãi.

– Sự phê phán học thuyết S.Freud tập trung ở chỗ: lý thuyết này xuất hiện trước cả một sự kiểm chứng bằng khoa học và thực nghiệm. Đã có nhiều nhà nghiên cứu tiến hành các thực nghiệm để đánh giá học thuyết S.Freud (như Dollard và Miller - 1950), song kết quả nghiên cứu nào cũng có thể đưa ra được chứng cứ để ủng hộ hoặc bác bỏ. Trong học thuyết có một loạt vấn đề cơ bản như: xung năng của cái “nó”, cơ chế phòng vệ của cái “tôi” và sự cấm chốt... đều rất trừu tượng, lại diễn ra trên bình diện vô thức nên rất khó làm sáng tỏ (vì không có cách nào có thể nhận biết sự hiện diện của chúng một cách chắc chắn).

Mặt khác, lý thuyết chỉ đưa ra được rất ít giả thuyết có thể kiểm chứng. Ví dụ như, nếu hành vi của cá nhân đúng với dự đoán của lý thuyết, thì có thể coi lý thuyết là đáng tin cậy. Tuy nhiên, nếu cá nhân không làm như thế, thì lý thuyết cũng không bị cho là vô căn cứ, vì có thể giả định rằng họ không hành động như vậy là do các cơ chế phòng vệ khác nhau.

- Học thuyết của S.Freud dựa trên cách giải thích về những thông tin thu nhận được từ những nhóm bệnh nhân tương đối nhỏ và đặc biệt, nhất là ở những người phụ nữ trung lưu tại Viên. Khả năng khái quát hoá từ những ca bệnh này đến một cộng đồng dân số lớn hơn, hiện vẫn đặt một dấu chấm hỏi. Quan điểm của S.Freud về phụ nữ dựa trên quan điểm văn hoá vào thời đại của ông hơn là một cái nhìn thực sự khoa học.
- Học thuyết của S.Freud thay đổi theo thời gian, đôi khi không có sự bác bỏ rõ ràng đối với những phiên bản cũ. Do đó, thật khó có thể biết được lý thuyết nào cần phải kiểm định.

1.6. Các thể hệ của học thuyết S.Freud

1.6.1. Carl Jung

Phân tâm học ngày nay bao gồm rất nhiều bộ lý thuyết khác nhau, có những lý thuyết khác xa so với học thuyết ban đầu, nhưng tất cả đều xem kinh nghiệm thời thơ ấu hoặc vô thức như một năng lượng thúc đẩy hành vi.

C. Jung (1912 - 1956) cùng thời với S.Freud và được S.Freud coi là “hoàng thái tử” của phân tâm học. Nhưng ông đã có những quan điểm khác với S.Freud và ông đã tách ra để phát triển chuyên ngành tâm lý học phân tích riêng. C.Jung cho rằng, việc S.Freud nhấn mạnh tình dục như động cơ chính thúc đẩy hành vi con người là quá đơn giản và sơ lược. Theo ông, chính

những hiện tượng tâm lý và tinh thần đã ảnh hưởng lên hành vi và con người được thúc đẩy bởi những mục tiêu tương lai nhiều hơn là được quyết định bởi các sự kiện quá khứ.

Cũng vẫn tin vô thức phát triển cùng với những trải nghiệm thời thơ ấu, nhưng C.Jung chỉ cho rằng, một phần của nó được phản ánh vào các đề tài, ý tưởng phổ biến, mà ông gọi là “vô thức tập thể”. Vô thức này dựa trên nền tảng sinh học và hiện diện của chúng thông qua những biểu tượng, những câu chuyện thần thoại chung ở tất cả các giống loài và trong mọi thời đại - đó là trí nhớ loài. “Vô thức tập thể” sẽ ảnh hưởng đến hoạt động đối với thế giới đang hiện hữu của con người.

C.Jung coi mục tiêu phát triển con người là sự mở rộng nhận biết ý thức bằng cách tạo ra mối liên hệ giữa cái “tôi” và vô thức. Kết quả cuối cùng của quá trình này là sự thống nhất giữa ý thức và vô thức (mặc dù ít khi đạt được như vậy một cách hoàn toàn). Quan điểm của C.Jung tiến gần đến quan điểm của trường phái nhân văn.

1.6.2. Melanie Klein

M. Klein thuộc thế hệ sau của S.Freud. Bà tập trung vào các quá trình tâm lý của trẻ nhỏ, thay vì sự nhấn mạnh mối quan hệ mẹ - con trong những tháng đầu của cuộc đời. Bà cho rằng cấu trúc tâm thần được tạo dựng từ các tương tác người - người hơn là do những xung năng mang tính sinh học. Hoạt động của con người được thúc đẩy bởi những nhu cầu tiếp xúc với con người và những xung đột, sự lo hãi của trẻ bắt nguồn từ mối quan hệ với người lớn hơn là từ xung năng tính dục.

M.Klein cho rằng thoát đầu, với đứa trẻ, người mẹ như là một “vật thể” (part - object) có bầu sữa và được trẻ trải nghiệm như một “vật tốt” (good object) hay một “vật xấu” (bad object). Một người mẹ tốt là khi trẻ thỏa mãn nhu cầu thông qua bú, còn

ngược lại, thì đó là người mẹ xấu. Trẻ phản ứng với người mẹ xấu bằng cảm giác khiếp sợ, bất an và phá phách điên cuồng.

Cùng với thời gian, trẻ bắt đầu nhìn mẹ mình như một “sự vật trọn vẹn” (whole object) có tính hiện thực hơn. Trẻ cũng bắt đầu hiểu rằng cái tốt và cái xấu có thể đồng thời cùng tồn tại ở một con người. Phát hiện này dẫn đến cảm giác thất vọng và tức giận sâu sắc khi trẻ hiểu rằng người mình yêu có thể vừa xấu vừa tốt. Lúc này ở trẻ xuất hiện cảm giác ban sơ về sự mất mát, chia ly và cho rằng khả năng hợp nhất hoàn toàn với một “người mẹ tốt” sẽ không thể có. Trẻ sẽ thấy tội lỗi khi nghĩ rằng mình phải chịu trách nhiệm về sự kết thúc của mối quan hệ này.

Tuy nhiên M.Klein cũng cho rằng, trẻ không ý thức được điều này một cách rõ ràng, thậm chí sự nhận biết của chúng cũng chỉ mang tính rời rạc và mờ ảo. Đến khi trưởng thành, khi gặp stress, căng thẳng, người ta có thể quay trở lại giai đoạn này của thời thơ ấu (hiểu thế giới, con người là tốt hay xấu). Điều này càng dễ xảy ra nếu cá nhân khi còn nhỏ bị chấn thương tâm lý, gây ảnh hưởng bất lợi đến những mối quan hệ khi trưởng thành. Quá trình này còn được gọi là sự chia tách (splitting).

1.7. Ứng dụng phân tâm học

Mặc dù có nhiều lý thuyết phân tâm khác nhau song các lý thuyết này có chung mục đích trị liệu, bao gồm việc thâm nhập vào bản chất của chấn thương ban đầu, làm sáng tỏ những vấn đề gây chấn thương trên bình diện ý thức và giúp cá nhân có thể đương đầu với chúng mà không cần sử dụng đến các cơ chế phòng vệ của cái “tôi”. Khi cá nhân không còn nhu cầu sử dụng đến cơ chế phòng vệ nữa, có nghĩa là các triệu chứng đã được chữa khỏi.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.7.1. Phương pháp phân tâm của S.Freud

S.Freud tiến hành thực nghiệm đối với nhiều kỹ thuật trị liệu, trong đó có thôi miên (như một hình thức ám thị). Ông ngồi phía sau bệnh nhân, giữ đầu người bệnh trong tay mình, ép nhẹ lên đầu anh ta và ám thị rằng nguyên nhân gây rối nhiễu sẽ được “giải phóng” nếu anh ta thả được sức ép vật lý đó. Nhưng về sau ông đã ngừng áp dụng phương pháp này, bởi vì ông thấy rằng, mối quan hệ giữa người bệnh và nhà trị liệu có vai trò quyết định trong trị liệu tâm lý. Thay vào đó, ông sử dụng quá trình liên tưởng tự do. Quá trình này cho phép thân chủ nói thành tiếng bất cứ điều gì đến trong suy nghĩ của mình và nhà trị liệu không cần một cố gắng ý thức nào để giám sát hay kiểm duyệt những gì thân chủ nói. Để quá trình tiến hành dễ dàng, thân chủ được đặt ở tư thế nằm, sao cho không nhìn thấy khuôn mặt của nhà trị liệu và không bị dẫn dắt bởi những biểu hiện trên nét mặt (những biểu hiện xuất phát từ suy nghĩ) của nhà trị liệu.

Thông qua liên tưởng tự do, thân chủ nhớ lại những sự kiện thời thơ ấu. Tuy nhiên do cơ chế phòng vệ của cái “tôi” nên sự tái hiện diễn ra rất khó khăn. Nhà trị liệu cần định hướng theo cái mà thân chủ không nói hơn là cái mà họ nói. Khi thân chủ im lặng (không thể nghĩ được một lời nào) hoặc đột ngột thay đổi chủ đề, sự lơ lửng (trong đó thân chủ nghĩ điều này nhưng thực tế lại nói về một điều khác hẳn - S.Freud gọi là “nói nhịu”) là ngầm ẩn một điều gì đó mà nhà trị liệu phải tìm hiểu sâu hơn.

Một kỹ thuật khác được S.Freud sử dụng là giải mộng. Ông coi đây là “con đường độc tôn dẫn đến vô thức” (royal road to the unconscious). Ví dụ, năm 1900 S.Freud đã giải mộng cho một phụ nữ. Trong giấc mơ chị ta thấy những bông hoa trang trí trên bàn tiệc. Khi yêu cầu chị tự do liên tưởng đến những thành tố trong giấc mơ, chị đã liên hệ hoa violet với hành vi hãm hiếp

(violate) - mang cả ý nghĩa tình dục lẫn bạo lực. S.Freud giải thích rằng những bông hoa này là biểu tượng của khả năng sinh sản. Theo đó, giấc mơ của người phụ nữ này tượng trưng cho ước muốn được mang thai với vị hôn thê của mình.

S.Freud cho rằng còn một nguồn thông tin thứ ba về những trải nghiệm tuổi thơ được tìm thấy thông qua việc nghiên cứu mối quan hệ thân chủ - nhà trị liệu. Thân chủ có thể phát triển cảm xúc âm tính hoặc dương tính hướng về nhà trị liệu của mình - quá trình này gọi là sự chuyển dịch. Sự chuyển dịch tích cực có thể khiến cho thân chủ trở nên phụ thuộc vào nhà trị liệu hoặc thậm chí yêu nhà trị liệu. Sự chuyển dịch tiêu cực sẽ gây ra sự oán hận và tức giận. Theo S.Freud, đây là sự phản ánh những cảm xúc mà cá nhân dành cho những người khác trong các giai đoạn trước của cuộc sống. Nếu thân chủ yêu nhà trị liệu, điều này rất có thể lý giải rằng họ vừa thất bại trong việc giải quyết một xung đột Oedipe trước đó.

Freud đã sử dụng hai cách chuyển dịch: thứ nhất, giống như quá trình chẩn đoán và thứ hai là "làm việc cùng với quá trình chuyển dịch" để giải quyết các xung đột trước đó. Ông tin chắc rằng, một khi có sự thấu hiểu, cá nhân vẫn có thể sống tốt ngay trên con đường mà sự hiểu biết về chấn thương tâm lý của mình đã vạch ra. Trong quá trình gọi là "tẩy nã" nhẹ nhàng (catharsis), cá nhân được khuyến khích bộc lộ những cảm xúc mà trước đó bị các cơ chế phòng vệ kìm hãm lại.

1.7.2. Phương pháp phân tâm mới

Những liệu pháp của phân tâm học cổ điển tốn quá nhiều thời gian. Freud thường gặp gỡ bệnh nhân 6 lần 1 tuần, thậm chí những trường hợp nhẹ cũng phải đến từ 3 buổi 1 tuần. Hơn nữa, vì phân tâm học sử dụng liên tưởng tự do nên có thể có những trường hợp cần tới vài tuần hoặc thậm chí vài tháng để

thấu hiểu vấn đề của bệnh nhân, còn việc phân tích thì có thể mất tới hàng tháng hay hàng năm. Thời gian tiến hành trị liệu của những lý thuyết phân tâm gần đây có xu hướng ngắn gọn hơn, thường dưới 25 buổi.

Quá trình trị liệu được chia thành ba giai đoạn rõ rệt: khởi đầu, tích cực và kết thúc.

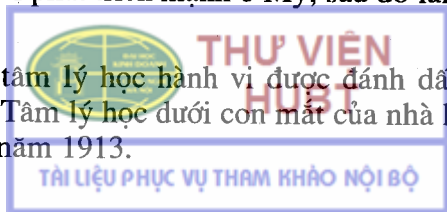
- Giai đoạn khởi đầu, gồm các bước đánh giá, phát triển mối quan hệ trị liệu và chuẩn bị trị liệu cho thân chủ.
- Trong giai đoạn tích cực, nhà trị liệu quyết định hướng và mục tiêu trị liệu. Chiến lược trong giai đoạn này là sử dụng kỹ thuật phân tích những trải nghiệm hiện tại trong mối quan hệ với những sự kiện của quá khứ, gợi ra cho cá nhân nhớ lại cảm xúc khi gặp chấn thương tâm lý. Có thể giảm thiểu chuyển dịch bằng cách hạn chế sự phụ thuộc của thân chủ.
- Giai đoạn kết thúc liệu pháp là một quá trình thương lượng, trong đó nhà trị liệu và thân chủ xem xét và giải quyết hậu quả của sự mất mát hoặc chia ly.

Hầu hết những người từng tham gia trị liệu phân tâm ở nước Anh, đều xem đây là liệu pháp của riêng mình.

2. TÂM LÝ HỌC HÀNH VI

Tâm lý học hành vi hay chủ nghĩa hành vi (behaviourism) ra đời được coi là một cuộc cách mạng của tâm lý học, mở đầu cho việc thực hiện tư tưởng xây dựng nền tâm lý học khách quan. Tâm lý học hành vi phát triển mạnh ở Mỹ, sau đó lan sang nhiều nước khác.

Sự ra đời của tâm lý học hành vi được đánh dấu bằng việc công bố bài báo "Tâm lý học dưới con mắt của nhà hành vi" của J. B. Watson vào năm 1913.



2.1. Các giai đoạn phát triển của tâm lý học hành vi

2.1.1. Chủ nghĩa hành vi cổ điển

Theo J. B. Watson (1878 - 1958), cương lĩnh của tâm lý học hành vi cổ điển gồm bốn luận điểm cơ bản sau:

- Tâm lý học hành vi là một ngành của khoa học tự nhiên, tiến hành các thực nghiệm khách quan. Tâm lý học hành vi chỉ quan tâm nghiên cứu hành vi con người - là cái có thể quan sát, ghi nhận được và không mô tả, giảng giải các trạng thái ý thức - là cái không thể quan sát được một cách khách quan.
- Bất kỳ một kích thích nào tác động vào cơ thể cũng đều gây ra một đáp ứng nhất định. Do vậy mọi hành vi của cơ thể đều có thể biểu đạt theo công thức:

$$S - R$$

S (stimulus) là kích thích; R (response) là đáp ứng.

Tâm lý học chỉ nghiên cứu hành vi mới có thể trở thành một ngành khoa học khách quan, chính xác như sinh vật học, sinh lý học phản xạ...

- Nguyên tắc "thử và lỗi" là nguyên tắc khởi thủy điều khiển hành vi.

Nguyên tắc này đã được E. L. Thorndike (1874 - 1949) nghiên cứu trên động vật. Ông đã nhốt chuột vào lồng, trong đó có thiết kế một bàn đạp, nếu chuột đạp đúng bàn đạp thì thức ăn bật ra. Bằng thực nghiệm này, E. L. Thorndike đã nghiên cứu xem bằng cách nào động vật tạo ra những cử chỉ để lấy được thức ăn và thời gian của mỗi lần thực hiện là bao lâu; sự hình thành kỹ xảo trong những hoàn cảnh mới như thế nào...

J. B. Watson sử dụng nguyên tắc "thử và lỗi" nhằm khắc phục tính chủ quan của các phương pháp nội quan.

– Mục đích của tâm lý học hành vi là phải điều khiển được hành vi.

Từ công thức S - R có thể suy ra, để có được hành vi (tổ hợp các đáp ứng - R) như mong muốn, thì chỉ cần có những kích thích (S) phù hợp.

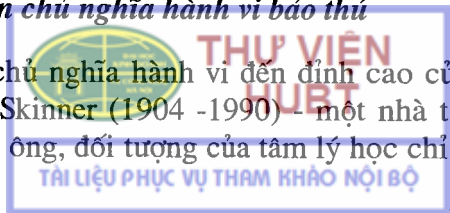
Trong những công trình nghiên cứu sau đó, J. B. Watson tiếp tục phát triển và làm phong phú thêm nội dung của tâm lý học hành vi. Ông đặc biệt nhấn mạnh quan điểm: tâm lý học phải đáp ứng những yêu cầu của xã hội, nhất là lĩnh vực giáo dục, đào tạo con người. J. B. Watson cho rằng "con người xây dựng nên bản thân chứ không phải vốn sinh ra đã là người" và "nhân cách của con người là sự sáng tạo của chính con người chứ không phải là sự ban ơn của thượng đế".

Dựa vào công thức S - R, J. B. Watson thậm chí còn nêu ra quan điểm giáo dục cực đoan: hãy đưa cho tôi một tá trẻ con khoẻ mạnh và một môi trường phù hợp, tôi sẽ đảm bảo có thể biến bất kỳ đứa nào trong số chúng thành bất cứ chuyên gia loại nào mà các bạn muốn: bác sĩ, luật sư, nghệ sĩ, nhà buôn, thậm chí thành kẻ ăn mày hay thằng ăn cắp, không tính đến tài năng, thiên hướng, xu thế, năng lực, ước vọng cũng như chủng tộc của cha ông chúng như thế nào (J. B. Watson, 1925).

Những luận điểm của J. B. Watson lúc bấy giờ được đón chào rất nồng nhiệt và bản thân ông khi mới 37 tuổi (năm 1915) đã được bầu làm Chủ tịch Hội Tâm lý học Mỹ.

2.1.2. Giai đoạn chủ nghĩa hành vi bảo thủ

Người đưa chủ nghĩa hành vi đến đỉnh cao của sự cực đoan chính là B. F. Skinner (1904 - 1990) - một nhà tâm lý học Mỹ nổi tiếng. Theo ông, đối tượng của tâm lý học chỉ có thể là hành



vi, ngoài ra không có gì khác, không có các quá trình bên trong như mong muốn, phẩm chất v.v... Con người, dưới con mắt của B. F. Skinner, chỉ hành động theo môi trường bên ngoài, cũng như những con chuột bạch hoặc chim bồ câu (những con vật hay được sử dụng trong nghiên cứu hành vi). Môi trường bên ngoài có thể là những cái của ngày hôm nay (như con người phải mặc áo ấm vào mùa đông, mặc áo sơ mi vào mùa hè...); hoặc phần lớn là những cái gắn liền với ngày hôm qua, nhất là những hoàn cảnh dẫn đến việc học tập (learning) của con người.

Mặc dù đến giữa thế kỷ XX, đã có thêm nhiều trường phái nghiên cứu giải quyết những lĩnh vực khác nhau của tâm lý học nói chung và tâm lý học nhân cách nói riêng (ví dụ, phân tâm học quan tâm đến lĩnh vực động cơ, nhu cầu của con người - là những cái thúc đẩy con người hoạt động), nhưng B. F. Skinner đã bác bỏ những quan điểm của các trường phái này. Ông lập luận như sau: nếu cứ giải thích hành vi ngăn nắp được thúc đẩy bởi nhu cầu ngăn nắp, hành vi phục tùng được thúc đẩy bởi nhu cầu phục tùng... thì thật vòng vo (mà ngay cả cái gọi là nhu cầu cũng không thể quan sát được, không thể ghi nhận một cách khách quan, từ bên ngoài), cho nên cần nghiên cứu thẳng hành vi, phân tích hoàn cảnh hành vi xuất hiện và sự thay đổi hành vi khi thay đổi hoàn cảnh.

B. F. Skinner đã chia hành vi con người ra làm ba loại:

- Hành vi phản xạ không điều kiện.
- Hành vi phản xạ có điều kiện.
- Hành vi quan sát được (operant).

Ba loại hành vi này tương ứng với ba thời kỳ nghiên cứu của R. Descartes, I. P. Pavlov và B. F. Skinner.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hành vi quan sát được là hành vi do động vật tạo ra và được củng cố trong một loạt các hành vi hỗn loạn khi làm thí nghiệm. Khác với phản xạ có điều kiện, hành vi quan sát được là phản xạ tự tạo và tự tìm đến những kích thích củng cố. Khác với sơ đồ "thử và lỗi" của E. L. Torndike, B. F. Skinner đã chia nhỏ hành vi thành các đơn vị quan sát được. Kích thích củng cố xuất hiện ngay sau khi đạt được một hành vi quan sát được cần thiết.

Sự phân chia hành vi ra thành từng đơn vị nhỏ chính là cơ sở để B. F. Skinner xây dựng nên lý luận dạy học chương trình hoá nổi tiếng của mình. Thành công của lý thuyết này dẫn đến sự xuất hiện một hướng đi mới trong lĩnh vực giáo dục học: công nghệ giáo dục. Không chỉ trong lĩnh vực giáo dục học và cũng không chỉ ở nước Mỹ, công nghệ hành vi quan sát được còn được vận dụng vào nhiều lĩnh vực khác ngoài tâm lý học, ví dụ như trong điều trị bệnh nhân loạn thần kinh chức năng, loạn tâm thần; trong chăm sóc và phục hồi chức năng cho những trẻ chậm phát triển trí tuệ v.v... Trong tiểu thuyết "Walden two" (1948), B. F. Skinner còn phác họa một trật tự công bằng xã hội mới dựa trên công nghệ hành vi quan sát được.

1.2.3. Giai đoạn hành vi học tập xã hội

Trong nửa cuối thế kỷ XX, lý thuyết hành vi học tập xã hội/học tập nhận thức xã hội (social learning theory/cognitive social learning theory) phát triển khá mạnh, đặc biệt trong lĩnh vực nghiên cứu nhân cách.

Những đại biểu của trường phái này như A. Bandura, W. Mischel, J. Rotter... đã bổ sung và nhấn mạnh yếu tố nhận thức trong các hành vi của con người. Song điểm cơ bản nhất của lý thuyết vẫn không thay đổi, vẫn khẳng định vai trò quyết định của tình huống bên ngoài đối với hành vi con người.

Chính vì lẽ đó, lý thuyết hành vi học tập xã hội còn được một số tác giả gọi là chủ nghĩa tình huống (situationism).

2.2. Một số luận điểm cơ bản của tâm lý học hành vi

2.2.1. Luận điểm về điều kiện

Phạm trù cơ bản trong tâm lý học hành vi là "điều kiện". Lý thuyết điều kiện hoá cổ điển của I. P. Pavlov và lý thuyết điều kiện hoá quan sát được (operant conditioning) của B. F. Skinner là cơ sở tạo nên tâm lý học hành vi. Mặc dù hai lý thuyết này có sự khác biệt đáng kể trong cách giải thích hành vi, song cả hai đều cho rằng:

- Hành vi được quyết định bởi những điều kiện bên ngoài.
- Những kinh nghiệm học được trong quá khứ sẽ quyết định hành vi hiện tại.
- Có thể thay đổi hành vi thông qua thay đổi trực tiếp những điều kiện bên ngoài, không cần thiết phải tìm hiểu hoặc thay đổi "tinh thần" hay "thế giới bên trong" của cá nhân.
- Những nguyên tắc của sự học là đối tượng của khám phá khoa học (điều này đúng với mọi loài, kể cả ở chuột và ở người).

Như vậy, tâm lý học hành vi lấy "điều kiện" làm cơ sở để giải thích mọi hành vi của con người. Việc nghiên cứu, phân tích mỗi hành vi luôn gắn liền với việc tìm hiểu điều kiện xảy ra hành vi đó.

- Điều kiện hoá cổ điển: I. P. Pavlov (1849-1936) đã phát hiện ra điều kiện hoá cổ điển dựa trên phản xạ tiết nước bọt của chó. Trong thí nghiệm, đôi khi ông nhận thấy con chó tiết nước bọt trước khi người ta đưa thức ăn cho nó - một đáp ứng mà ông đặt tên là "sự tiết nước bọt tâm lý". I. P. Pavlov cho rằng tiết nước bọt

là một đáp ứng bản năng đối với sự xuất hiện thức ăn và đáp ứng này không cần học tập (đáp ứng không điều kiện trước kích thích không điều kiện). Khi có kích thích khác trội hơn hiện diện vào lúc con vật có đáp ứng không điều kiện, thì sau đó kích thích trung gian này cũng sẽ cho cùng một hành vi. Như vậy, kích thích trung gian đã trở thành một kích thích có điều kiện và gây ra một đáp ứng có điều kiện, giống hệt đáp ứng không điều kiện ban đầu. Tất nhiên, cần phải qua một vài lần kết hợp thì mới liên kết giữa đáp ứng trung gian và đáp ứng không điều kiện mới hình thành. Nếu kích thích có điều kiện cứ lặp lại nhưng không có kích thích không điều kiện đi kèm thì sẽ làm giảm dần sự đáp ứng không điều kiện - một quá trình được gọi là sự dập tắt.

Trong lĩnh vực cảm xúc, những trải nghiệm có điều kiện cũng ảnh hưởng rõ rệt đến phản ứng cảm xúc. Ví dụ, một ám ảnh sợ xuất phát từ một trải nghiệm được điều kiện hoá, trong đó cá nhân sợ hãi một cách không thích hợp một vật hoặc một tình huống nào đó. Điều này liên quan đến trải nghiệm sợ hãi hoặc lo lắng ở một thời điểm trong quá khứ. Kích thích có điều kiện sẽ gây ra đáp ứng sợ hãi có điều kiện. Nếu cá nhân trải qua nỗi sợ hãi sâu sắc, quá trình điều kiện hoá có thể mạnh mẽ đến mức chỉ cần một kinh nghiệm được điều kiện hoá cũng có thể dẫn đến nỗi sợ hãi lâu dài, khó mà dập tắt được.

Đáp ứng ở đây bao gồm ba thành tố: thành tố hành vi né tránh hoặc chạy trốn khỏi đối tượng gây sợ hãi; trạng thái kích thích sinh lý cao độ thể hiện qua một loạt những triệu chứng khác nhau như căng thẳng về mặt thể chất, hay giật mình, run hoặc vã mồ hôi...; và thành tố cảm xúc lo âu, sợ hãi.

Những điều kiện cổ điển có thể tóm tắt như sau:

- + Kích thích không điều kiện (unconditioned stimulus - UCS).
- + Đáp ứng không điều kiện (unconditioned response - UR) - đáp ứng một cách tự nhiên, không qua luyện tập.

+ Kích thích có điều kiện (conditioned stimulus - CS).

+ Đáp ứng có điều kiện (conditioned response - CR).

Ví dụ:

Trước điều kiện: chó đẩy bé ngã → bé khóc

Sau điều kiện: chó lại gần → bé khóc

— Điều kiện hoá quan sát được: điều kiện hoá quan sát được xuất hiện khi hành vi được củng cố bởi chính hậu quả của nó (một đáp ứng có được kết quả dễ chịu thì đáp ứng đó có nhiều khả năng được chủ thể lặp lại; ngược lại, nếu đáp ứng cho ra một hậu quả xấu thì chủ thể có khuynh hướng tránh đáp ứng như vậy trong những điều kiện tương tự).

B. F. Skinner nhận xét: hành vi nếu được củng cố thì sẽ tăng lên về tần số xuất hiện (được lặp đi lặp lại), còn nếu không được củng cố hay bị trừng phạt thì sẽ giảm tần số xuất hiện hoặc không lặp lại nữa.

Củng cố (reinforcer), theo Skinner là cái mà người ta quan sát thấy nó làm tăng tần số xuất hiện hay cường độ của một hành vi.

Skinner phân biệt giữa hai loại củng cố: củng cố bậc một (primary reinforcer), như thức ăn và nước uống - những cái có ý nghĩa sinh học, bẩm sinh; và củng cố có điều kiện - những củng cố liên hệ với củng cố bậc một thông qua quá trình điều kiện hoá cổ điển phức tạp.

Điều kiện hoá quan sát được cũng diễn ra trong sự phát triển của nhiều rối loạn tâm thần. Lewinsohn và cộng sự (1979) cho rằng trầm cảm là hậu quả của việc một cá nhân bị loại khỏi hệ thống tán thưởng mà trước đó hệ thống này thuộc về họ. Seligman (1975) lại cho rằng, trầm cảm bắt nguồn từ những thất bại trong việc trốn tránh kích thích tiêu cực của môi trường.

Theo B. F. Skinner, điều kiện hoá quan sát được sẽ dẫn đến hành vi quan sát được. Hành vi quan sát được mang tính chủ động và có mục đích. Giữa điều kiện hoá quan sát được và hành vi quan sát được không hề có các quá trình trung gian bên trong như sự yêu thích, sự thoả mãn hay hứng thú...

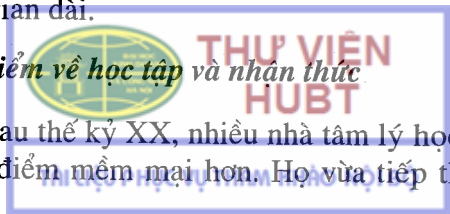
Nhiều tác giả gọi B. F. Skinner là người theo trường phái R - R (response - đáp ứng; reinforcement - củng cố) chứ không phải S - R (stimulus - kích thích; response - đáp ứng).

– Kết hợp điều kiện hoá cổ điển và điều kiện hoá quan sát được: mô hình điều kiện hoá cổ điển về ám ảnh sợ đã mô tả đầy đủ quá trình tập nhiễm lo âu và ám ảnh sợ. Tuy nhiên có một vấn đề đặt ra là: tại sao nỗi ám ảnh sợ lại được duy trì trong một thời gian dài, không bị giảm xuống thông qua quá trình dập tắt khi phơi nhiễm lặp đi lặp lại với những đối tượng gây sợ hãi hoặc với những tình huống không có sự đe dọa?

Để giải thích cho hiện tượng trên, Mowrer (1947) đã đưa ra lý thuyết kết hợp cả hai quá trình điều kiện hoá cổ điển và điều kiện hoá quan sát được. Ông cho rằng một khi đáp ứng ám ảnh sợ được thành lập thông qua quá trình điều kiện hoá cổ điển, thì cá nhân sẽ có xu hướng lẫn tránh những kích thích gây ra sự sợ hãi đó. Điều này sẽ dẫn đến hai hậu quả: thứ nhất, quá trình điều kiện hoá cổ điển không bị dập tắt vì cá nhân đã tránh được các kích thích có điều kiện; thứ hai, bản thân sự né tránh đã tạo ra cảm giác được thư giãn nên chính nó lại trở thành cái củng cố - sự đáp ứng né tránh được củng cố bởi quá trình điều kiện hoá quan sát được. Theo cách này mà lo âu được duy trì trong một khoảng thời gian dài.

2.2.2. Luận điểm về học tập và nhận thức

Sang nửa sau thế kỷ XX, nhiều nhà tâm lý học hành vi nêu ra một số quan điểm mềm mại hơn. Họ vừa tiếp thu những thành



tự của các trường phái tâm lý khác, vừa mở rộng nội hàm của phạm trù hành vi. Hành vi ở đây bao gồm cả cảm xúc, cả những hoạt động tâm lý bên trong (như các ý nghĩ, nhận thức) và những hành động bên ngoài (Mischel, 1986).

Gắn liền với phạm trù hành vi là phạm trù học tập/ tập nhiệm (learning). Học tập, theo quan điểm của hành vi cổ điển, là quá trình cơ thể đáp lại những kích thích từ phía môi trường bằng các đáp ứng. Học tập trên bình diện hành vi quan sát được, là những đáp ứng quan sát được, nảy sinh trong một loạt các đáp ứng khác đã được củng cố bởi kết quả. Tần số xuất hiện của hành vi quan sát được sẽ tăng dần sau các lần củng cố. Bằng cách này, cơ thể học được một điều là đáp ứng sẽ cho ra những kết quả mong muốn.

Còn một dạng học tập nữa là học thông qua quan sát người khác. Trong rất nhiều trường hợp học bằng quan sát hầu như không có sự định hướng trực tiếp của chủ thể hoặc không được chủ thể củng cố. Qua quan sát, chủ thể có thể nhận thức được nhiều điều mà không cần phải thông qua thực thi.

Học tập thông qua quan sát cũng chính là yếu tố nhận thức mà các nhà tâm lý học hành vi bổ sung vào lý luận của mình, làm cho tâm lý học hành vi có thêm sắc thái mới: hành vi nhận thức, nhận thức xã hội, học tập nhận thức xã hội v.v...

Theo Carr (1974), cho đến những năm 1970 các thuyết điều kiện hoá về sự tập nhiệm nỗi sợ hãi cũng như về các phản ứng cảm xúc ngày càng trở nên khó khăn trong việc giải thích các phát hiện lâm sàng và thực nghiệm nổi bật sau đây:

- Nhiều người ám ảnh sợ không hề xác định được một sự kiện điều kiện hoá nào gây tổn thương.

- Rất nhiều ám ảnh sợ chỉ ở mức độ nhẹ và vừa (như ám ảnh sợ nhện).
- Nhiều ám ảnh sợ liên quan đến những kích thích ít xuất hiện hoặc có nhiều cá nhân đã trải qua (chẳng hạn như ám ảnh sợ rắn).
- Tỷ lệ ám ảnh sợ đối với những kích thích gây sợ hãi thường gặp và tiềm ẩn thì lại rất thấp.
- Các ám ảnh sợ có xu hướng tồn tại theo gia đình.

Seligman (1970) giải thích các phát hiện trên bằng "mạch điện tử sinh học". Ông cho rằng, một số lo âu cơ bản được kiểm soát bằng mạch điện tử sinh học. Sự kiểm soát này sẽ có lợi cho sự sống còn của con người. Việc né tránh các con vật nhỏ, nhanh nhẹn và nguy hiểm rất cần cho những ai sống trong môi trường hoang dã. Nhưng khi không còn sống trong hoàn cảnh như thế nữa, thì các phản ứng bản năng trở nên có vấn đề, nhưng vẫn bị kiểm soát bởi các mạch điện tử sinh học.

Trong thực tế, chúng ta còn gặp những hiện tượng lan toả của phản ứng sợ hãi sang các kích thích tương tự như kích thích đã có. Trong những trường hợp như thế này, thì không thể giải thích bằng những cơ chế của tâm lý học hành vi như đã nêu ở trên mà chỉ có thể giải thích bằng sự liên quan giữa các kích thích gây sợ hãi tương tự nhau về mặt ngữ nghĩa - nỗi sợ hãi phát triển dựa trên sự nhận thức.

- Thuyết hành vi học tập xã hội: nhiều tác giả đi vào nghiên cứu vai trò của quá trình nhận thức trong việc điều khiển hành vi và đã nêu ra một lý thuyết có sức thuyết phục cao - lý thuyết học tập xã hội (Bandura 1977).

Thuyết này cho rằng, chúng ta có thể học các phản ứng sợ hãi mà không cần phải trực tiếp trải nghiệm những vật gây sợ hãi. Sự sợ hãi ở đây được học từ việc quan sát phản ứng sợ hãi

của người khác, thông qua quá trình học gián tiếp (vicarious learning). Quan điểm này cũng là lời lý giải có tính nhận thức cho các hiện tượng ám ảnh sợ khi cá nhân không gặp kích thích và hiện tượng ám ảnh sợ trong gia đình.

– Thuyết hành vi nhận thức: kết quả ấn tượng của liệu pháp nhận thức do hai nhà lâm sàng nổi tiếng A. Beck và A. Ellis (1977) thực hiện đã góp phần quan trọng đưa yếu tố nhận thức vào lý thuyết hành vi. Hai ông cho rằng, nhận thức sự kiện (chứ không phải bản thân sự kiện) đã quyết định cảm xúc của con người; các vấn đề về sức khỏe tâm thần là hậu quả của những ý nghĩ phi lý. Những ý nghĩ này trực tiếp ảnh hưởng đến cảm xúc, hành vi và trạng thái sinh lý của cơ thể.

A. Ellis gọi sự tác động này là lý thuyết A - B - C về chức năng của nhân cách. A là một sự kiện hoạt hoá (activating event) - một cái gì đó gây ra phản ứng cảm xúc; C là đáp ứng cảm xúc hay hành vi trước sự kiện; B là quá trình xử lý với sự can thiệp của nhận thức, niềm tin cá nhân về sự kiện. B luôn luôn xảy ra giữa A và C.

A. Beck gọi những ý nghĩ vận hành cảm xúc tiêu cực là các giả định (hay sự thừa nhận) tiêu cực tự động. Những ý nghĩ này xuất hiện trong đầu một cách tự động như là sự đáp ứng đầu tiên của cá nhân trong tình huống cụ thể, mặc dù không theo một logic hay cơ sở thực tế nào. Chúng xuất hiện tự động, có nghĩa là chúng không thể bị bác bỏ và được chấp nhận là có thật.

A. Beck nêu ra hai mức độ của nhận thức: mức thứ nhất là nhận thức bề mặt (là cái mà chúng ta nhận biết được, có thể tiếp cận và nói về chúng một cách dễ dàng); mức thứ hai (ở dưới mức thứ nhất) là một hệ thống những niềm tin vô thức về bản thân và thế giới, được gọi là những sơ đồ nhận thức (cognitive schemata). Những sơ đồ này ảnh hưởng đến nhận thức bề mặt và tiếp đến là tác động tới cảm xúc, hành vi, sinh lý cơ thể.

Trên thực tế, các yếu tố nhận thức, cảm xúc, hành vi, sinh lý cơ thể có mối quan hệ qua lại chặt chẽ với nhau. Cách cư xử của cá nhân sẽ ảnh hưởng đến sinh lý, cảm xúc và nhận thức; những suy nghĩ cũng tác động tới việc cá nhân sẽ làm gì và cảm thấy như thế nào...

A. Beck đưa ra giả thuyết rằng, những niềm tin ngầm ẩn của con người về bản thân, về thế giới được phát triển từ thời kỳ thơ ấu và một số có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của cá nhân ngày nay qua ngày khác. Một ví dụ được Price (1982) nêu ra: đằng sau kiểu tập tính typ A (mẫu người có hành vi luôn chạy đua với thời gian và có thể làm tăng nguy cơ bị bệnh động mạch vành của tim) là sự tự đánh giá thấp về bản thân và tin rằng, chỉ cần luôn luôn chứng tỏ được mình là người có khả năng và chiến thắng thì sẽ được người khác đánh giá cao. Niềm tin ngầm ẩn này sẽ củng cố các ý nghĩ bức bối, sự ganh đua với thời gian của cá nhân.

A.Beck cho rằng, ở những cá nhân dễ bị tổn thương (đau buồn, cảm xúc không ổn định...), trong phần lớn thời gian của đời sống, họ bỏ qua sơ đồ tiêu cực về bản thân. Khi trưởng thành, lúc mà họ gặp phải tình huống gây stress, nhất là tình huống gợi lại kinh nghiệm từ tuổi ấu thơ (ly dị, chia cắt với người thân...), thì những sơ đồ tiềm ẩn được hoạt hoá, gây ảnh hưởng đến nhận thức bề mặt và làm cho họ bị trầm cảm hoặc bị các rối loạn cảm xúc khác.

Tương phản với cách giải thích chi tiết và giàu tính lâm sàng của A.Beck về trầm cảm và lo âu, những nhà lý luận khác (như Smith và Lazarus - 1993) cũng đưa ra mô hình chung về cảm xúc theo quan điểm của mình. Theo những mô hình này, đáp ứng cảm xúc trước một tình huống được xem như là phản ánh sự đánh giá của cá nhân về tình huống; sự đánh giá tình huống

khác nhau thì cảm xúc cũng khác nhau. Smith và Lazarus nêu ra hai loại đánh giá tình huống: sơ cấp và thứ cấp.

+ Đánh giá sơ cấp là xem xem sự kiện có phù hợp với động cơ hay không (đầu tiên là đánh giá quy mô và phạm vi; tiếp theo là đánh giá xem quy mô đó có phù hợp với mục đích, mong muốn của cá nhân hay không). Những đánh giá này cùng tham gia vào việc vận hành một phản ứng cảm xúc tổng hợp (tích cực hay tiêu cực). Các sự kiện được xem là quan trọng nhưng lại không phù hợp với mục đích của cá nhân sẽ dẫn đến các cảm xúc âm tính (tiêu cực); những sự kiện quan trọng với cá nhân và phù hợp với mục tiêu của họ thì sẽ gây ra cảm xúc dương tính (tích cực).

+ Đánh giá thứ cấp gồm bốn thành phần: sự quy trách nhiệm (ai chịu trách nhiệm về tình huống); tiềm năng giải quyết tập trung vào vấn đề; tiềm năng giải quyết tập trung vào cảm xúc (có thể đương đầu với hậu quả cảm xúc của tình huống đến mức độ nào) và triển vọng tương lai (tình huống được giải quyết theo hướng nào, tiêu cực hay tích cực).

Smith và Lazarus xác định bốn nhóm đánh giá thứ cấp có liên quan đến đánh giá sơ cấp tích cực và đưa ra bốn loại cảm xúc chủ yếu: sự giận dữ được đặc trưng bởi việc quy trách nhiệm cho người khác (lỗi của người khác); cảm giác tội lỗi - tự quy trách nhiệm cho mình; sự bi quan, lo lắng vì tiềm năng giải quyết tập trung vào cảm xúc không chắc chắn (không biết phải đương đầu với nó như thế nào); sự buồn chán vì đánh giá bi quan, không tự tin vào khả năng giải quyết vấn đề và triển vọng tương lai.

Trái ngược với những biểu hiện trên là sự đương đầu với tình huống - được đặc trưng bởi những đánh giá lạc quan về cả kỹ năng giải quyết tập trung vào vấn đề và triển vọng tương lai.

A.Beck, Ellis và những nhà trị liệu nhận thức khác cho rằng, nhận thức không tuân theo quy luật của sự học tập. Ellis (1977) mô tả nhận thức sai lệch như là một “ma thuật”. A.Beck (1977) mô tả chúng như các giả định tự động. Điều này có nghĩa là chúng đòi hỏi một dạng can thiệp khác, hiệu quả hơn kiểu can thiệp hành vi (kiểu can thiệp tuân theo quy luật điều kiện hoá).

2.3. Các chiến lược hành vi

Can thiệp hành vi là một thành phần quan trọng của rất nhiều phương pháp can thiệp khác. Kích thích hành vi và thách thức hành vi là hai chiến lược được sử dụng rộng rãi trong điều trị trầm cảm.

Kích thích hành vi làm tăng mức độ hành động tuân tự theo kế hoạch. Đối với những người bị trầm cảm nặng, phương pháp này có thể giúp họ lên kế hoạch thời gian để ra khỏi giường, đi mua sắm, v.v... Đối với những người bệnh nhẹ hơn, nó khuyến khích họ tham gia vào các hoạt động có tính xã hội và ưa thích hơn.

Thách thức hành vi thiết lập các thực nghiệm hành vi trong buổi trị liệu hoặc trong các bài tập về nhà. Những thực nghiệm này thử trực tiếp niềm tin nhận thức mà thân chủ có thể có, với mong muốn phủ định những niềm tin âm tính / tiêu cực và khẳng định niềm tin tích cực.

3. TÂM LÝ HỌC HOẠT ĐỘNG

Năm 1925, nhà tâm lý học Nga L. X. Vugótxki (1896 - 1934) công bố bài báo "Ý thức là vấn đề của tâm lý học hành vi", đánh dấu sự mở đầu cho một nền tâm lý học mới (nền tâm lý học coi con người là một tồn tại xã hội - lịch sử và lao động có ý thức). Hành vi ở đây không hiểu như trong tâm lý học hành vi, mà là chính cuộc sống của con người, với hình thái tồn tại chủ yếu là

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

lao động; với thành phần chủ yếu là kinh nghiệm về lịch sử, về xã hội và kinh nghiệm lao động.

Xuất phát từ lý thuyết văn hoá, L. X. Vugótxki và các cộng sự như A. N. Lêônchiép, A. R. Luria, A. V. Daparôgiép, P. Ia. Ganperin, Đ. B. Encônhin... đã xây dựng và phát triển nền tâm lý học hoạt động.

Những vấn đề cơ bản của tâm lý học hoạt động đã được các công trình nghiên cứu lý thuyết và thực nghiệm xác nhận; được cuộc sống thực tiễn kiểm nghiệm.

Sức sống và sức sáng tạo của tâm lý học hoạt động là to lớn. Tâm lý học hoạt động có những đóng góp đáng kể vào sự phát triển của tâm lý học thế giới thế kỷ XX.

GS. Viện sĩ Phạm Minh Hạc là người có công lớn trong việc truyền bá và phát triển tâm lý học hoạt động ở Việt Nam.

3.1. Nội dung cơ bản của tâm lý học hoạt động

Tâm lý học hoạt động lấy phạm trù hoạt động làm khái niệm nền tảng.

Hoạt động là phương thức tồn tại của con người. Hoạt động gồm hai quá trình: quá trình đưa cái chứa đựng trong đối tượng (sự vật) vào thành đặc điểm tâm lý của chủ thể (quá trình lĩnh hội, tiếp thu, quá trình “nhập tâm”) và quá trình đưa các đặc điểm từ chủ thể tạo thành sự vật, đối tượng (quá trình “xuất tâm”).

Sự phát triển tâm lý là quá trình con người lĩnh hội những thành tựu do các thế hệ trước tạo ra, truyền đạt lại để từ đó hình thành nên đời sống tâm lý của mình. Tất cả các hiện tượng tâm lý con người được xem xét theo hai tính chất của hoạt động: tính đối tượng và tính chủ thể.

A. N. Lêônchiép (1903 - 1979) là người có công lớn trong việc hoàn chỉnh và triệt để vận dụng nguyên tắc tiếp cận hoạt động trong tâm lý học. Ông xác định cấu trúc hoạt động tâm lý từ việc mô phỏng cấu trúc vĩ mô của hoạt động lao động, bao gồm: một bên là thao tác, hành động, hoạt động với một bên là phương tiện, mục đích, động cơ tương ứng.

Việc nghiên cứu đời sống tâm lý con người được tiến hành ở các cấp độ khác nhau:

- Cấp thứ nhất: cấp thao tác, tương ứng với các điều kiện và phương tiện. Đây là cấp tổ hợp các cử động của cơ thể hay các phản ứng của cá thể - cấp hành vi (nghiên cứu bề ngoài của hoạt động).
- Cấp thứ hai: cấp hành động (đơn vị của hoạt động), tương ứng với mục đích cụ thể.
- Cấp thứ ba: cấp hoạt động, tương ứng với động cơ (hay mục đích chung).

Tâm lý học hoạt động nghiên cứu thế giới tâm lý ở cấp thứ hai và thứ ba.

Sự phát triển tâm lý chính là quá trình từ những điều kiện khách quan (đối tượng, vật thể, quan hệ xã hội...), con người tổ chức lại sao cho có thể có được hoạt động cần thiết để hình thành nên nét tâm lý của mình. Hoạt động của bản thân (vui chơi, học tập, lao động...) là yếu tố quyết định việc hình thành, phát triển tâm lý, nhân cách con người.

Nội dung của tâm lý học hoạt động có thể tóm tắt như sau:

3.1.1. Hoạt động là bản thể của tâm lý, ý thức

Hoạt động là sự vận động của chủ thể (của con người), quy định nguồn gốc, nội dung và vận hành của tâm lý. Hoạt động là quy luật chung nhất của cuộc sống, của tâm lý con người và do đó, hoạt động là quy luật chung nhất của tâm lý học. Các hiện tượng tâm lý (quá trình, trạng thái, thuộc tính...) đều có bản chất hoạt động.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.2. Tâm lý, ý thức là sản phẩm của hoạt động và giao tiếp

Một mặt, tâm lý, ý thức là sản phẩm của hoạt động, của giao tiếp; song một mặt khác, ý thức (phản ánh tâm lý, hình ảnh tâm lý) lại là khâu trung gian để con người (chủ thể của hoạt động với nhân cách của mình) tác động vào đối tượng, tạo ra sản phẩm; từ đó để tự khẳng định, phát triển, biến đổi và hoàn thiện bản thân mình.

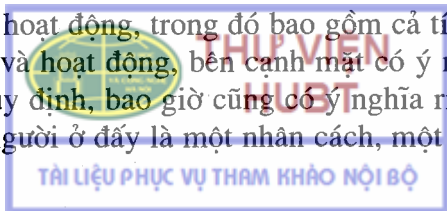
3.1.3. Các hiện tượng tâm lý được nghiên cứu như là hoạt động

Tất cả các chức năng tâm - sinh lý, các quá trình và thuộc tính tâm lý (trong đó có cả ý thức và nhân cách) đều được nghiên cứu như là hoạt động: động cơ nào quy định sự hình thành và diễn biến của hiện tượng ấy; nó được tạo thành bởi các hành động nào; vận hành bằng các phương tiện nào và dựa vào điều kiện nào...

3.1.4. Con người là một nhân cách, một chủ thể của hoạt động

Theo cấp bậc hoạt động, con người không chỉ là một cơ thể người, cũng không chỉ là một cá thể với tính cách là đại diện của loài, mà là con người thực hiện các hoạt động (thực hiện các thao tác để làm một hành động, nhằm đạt một mục đích cụ thể hoặc một động cơ nào đó).

Chủ thể tiến hành hoạt động nhằm chiếm lĩnh, sử dụng, sáng tạo ra đối tượng để thoả mãn nhu cầu. Tính chủ thể là một tính chất nền tảng của hoạt động, trong đó bao gồm cả tính tích cực. Trong hành động và hoạt động, bên cạnh mặt có ý nghĩa khách quan do xã hội quy định, bao giờ cũng có ý nghĩa riêng đối với từng người. Con người ở đây là một nhân cách, một chủ thể của hoạt động.



3.2. A. N. Lêônchiép và tâm lý học hoạt động

Khi nói rằng L. X. Vưgốtski là người sáng lập ra tâm lý học hoạt động thì đồng thời, các nhà tâm lý học, nhất là các nhà tâm lý học Nga cũng công nhận A. N. Lêônchiép là người kế tục xuất sắc, là người đã làm cho tâm lý học hoạt động có bước phát triển mới cả trong lý luận về tâm lý con người, cả trong thực tiễn cuộc sống.

3.2.1. Những công trình của A. N. Lêônchiép

- Sự phát triển trí nhớ (1931).
- Những vấn đề phát triển tâm lý (1959).
- Nhu cầu, động cơ và cảm xúc (1972).
- Những vấn đề hoạt động trong tâm lý học (1972).
- Hoạt động và ý thức (1972).
- Hoạt động và nhân cách (1974).
- Hoạt động, ý thức và nhân cách (1975).
- Tuyển tập các tác phẩm tâm lý học, 2 tập (1983).

3.2.2. Đóng góp của A. N. Lêônchiép đối với tâm lý học hoạt động

- Ông đã xác lập phạm trù hoạt động trong tâm lý học

Hoạt động với đối tượng là một phạm trù quan trọng nhất trong tâm lý học hoạt động. Những quan điểm xuất phát, phương pháp tiếp cận, nội dung và đối tượng nghiên cứu của tâm lý học hoạt động đều dựa trên cơ sở phạm trù này.. Lêônchiép đã đưa phương pháp tiếp cận hoạt động vào nghiên cứu, giải quyết các vấn đề tâm lý. Phân tích hoạt động là điểm quyết định, là con đường cơ bản để nhận thức tâm lý, ý thức con người.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hoạt động là đối tượng của tâm lý học.

- Ông định nghĩa hoạt động về mặt tâm lý học

Theo ông, đây là quá trình chuyển hoá lẫn nhau giữa hai cực chủ thể và khách thể. Cuộc đời con người, về mặt tâm lý học, là một hệ thống những hoạt động thay đổi lẫn nhau. Hoạt động là đơn vị của đời sống, là khâu trung gian, hướng dẫn chủ thể trong thế giới đối tượng; là phản ánh tâm lý.

- Ông nêu ra sơ đồ ba thành phần

Sơ đồ ba thành phần (chủ thể - hoạt động - đối tượng) của ông đã thay cho sơ đồ hai thành phần của chủ nghĩa hành vi (S - R). Sơ đồ ba thành phần đã lý giải được quá trình đưa tâm lý con người vào đối tượng, vào sản phẩm và quá trình chủ thể lĩnh hội, chuyển thuộc tính của đối tượng thành tâm lý của bản thân mình.

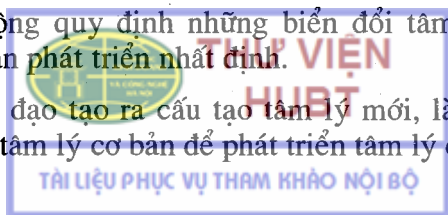
- Chỉ ra mối quan hệ giữa hoạt động bên trong và bên ngoài

Hoạt động bên trong (hoạt động tinh thần, trí tuệ...) và hoạt động bên ngoài (hoạt động vật chất, hoạt động chân tay...) có cùng một cấu trúc (đây là cấu trúc chức năng, chuyển hoá chức năng của các đơn vị hoạt động). Hoạt động bên trong có nguồn gốc từ hoạt động bên ngoài, là sự hình thành từ hoạt động bên ngoài. Hoạt động bên trong là hoạt động bên ngoài chuyển vào và được rút gọn lại. Hoạt động bên trong có thể chuyển hoá, triển khai thành hoạt động bên ngoài.

- Phát hiện ra hoạt động chủ đạo trong phát triển tâm lý

Đây là hoạt động quy định những biến đổi tâm lý của trẻ trong một giai đoạn phát triển nhất định.

Hoạt động chủ đạo tạo ra cấu tạo tâm lý mới, làm biến đổi những hiện tượng tâm lý cơ bản để phát triển tâm lý của trẻ.



3.3. Tâm lý học hoạt động và vấn đề nhân cách

A. N. Lêônchiép đã khẳng định, nhân cách được tạo ra bởi các mối quan hệ xã hội mà trong đó cá nhân bộc lộ trong hoạt động đối tượng của mình. Hay nói cách khác, nhân cách là một cấu tạo tâm lý mới hình thành trong các quan hệ sống của cá nhân nhờ kết quả hoạt động.

Đối với một con người, một cá nhân, khi chưa biết hoạt động, chưa là chủ thể của các quan hệ xã hội thì chưa trở thành nhân cách.

Muốn biết nhân cách, phải căn cứ vào hoạt động, phân tích hoạt động của người đó. Muốn nghiên cứu nhân cách, phải xuất phát từ sự phát triển của hoạt động và của mối quan hệ nhân cách của người đó với những người khác.

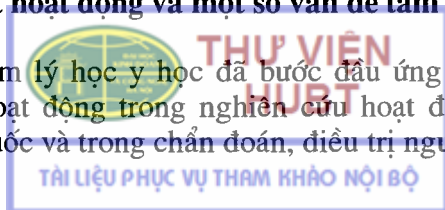
Hoạt động như là một đơn vị của sự phân tích tâm lý học đối với nhân cách. Nhân cách bộc lộ như là một tổng hoà của các mối quan hệ có thứ bậc của hoạt động.

Hoạt động là bản thể của nhân cách: nhân cách được hình thành và phát triển trong hoạt động. Bằng hoạt động lao động, học tập, vui chơi, bằng các mối quan hệ với thế giới xung quanh, bằng những thuộc tính sinh học của bản thân..., nhân cách được hình thành và phát triển.

Nền tảng của nhân cách là sự phong phú của các mối quan hệ giữa cá nhân với thế giới. Sự phát triển của nhân cách cũng là quá trình phát triển ý thức bản ngã. Con người có nhân cách cũng là lúc con người tự ý thức được về bản thân mình.

3.4. Lý thuyết hoạt động và một số vấn đề tâm lý học y học

Các nhà tâm lý học y học đã bước đầu ứng dụng lý thuyết tâm lý học hoạt động trong nghiên cứu hoạt động, nhân cách người thầy thuốc và trong chẩn đoán, điều trị người bệnh.



Trong nghiên cứu hoạt động nghề nghiệp của người thầy thuốc, các tác giả tập trung vào nghiên cứu động cơ, nhu cầu, hứng thú hành nghề của người thầy thuốc; nghiên cứu hướng nghiệp y học; nghiên cứu kỹ năng, kỹ xảo, thao tác chuyên môn; nghiên cứu giao tiếp của người thầy thuốc với bệnh nhân...

Trong nghiên cứu nhân cách người bệnh và các dấu hiệu bệnh lý tâm lý, tâm thần, các công trình dựa vào cấu trúc hoạt động để phân tích các rối loạn hoạt động tư duy, trí nhớ, cảm xúc...

Trong việc sử dụng các liệu pháp tâm lý, các nhà tâm lý học y học đã cố gắng phân tích, đánh giá các khuyết tật, tổn thất về động cơ, nhu cầu hoạt động; các rối loạn thao tác, hành vi và mối quan hệ các thành tố của hoạt động ở người bệnh. Trên cơ sở đó tìm các giải pháp giúp người bệnh khôi phục hoặc bù trừ các tổn thất.

Đã có một số công trình nghiên cứu vận dụng tâm lý học hoạt động của các nhà tâm lý học y học Việt Nam. Ví dụ như:

- Nghiên cứu về bệnh lý học rối loạn hoạt động nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt và thiếu năng tâm thần (Nguyễn Văn Nhạn, 1988).
- Nghiên cứu về vấn đề giao tiếp của bác sĩ quân y và người bệnh trong quá trình khám và chữa bệnh (Nguyễn Thị Thanh Hà, 2000)
- Nghiên cứu về cơ sở tâm lý học của sự hình thành và phát triển nhân cách người bác sĩ quân y (Nguyễn Sinh Phúc, 2000)...

4. TÂM LÝ HỌC NHÂN VĂN

Trường phái nhân văn trong tâm lý học xuất hiện đầu tiên vào những năm 1950 ở Mỹ. Những nhân vật chủ chốt của trường phái là C. Rogers và A. Maslow. Tâm lý học nhân văn phát triển

rộng rãi, hình thành nên “lực lượng thứ ba” chống lại phân tâm học và tâm lý học hành vi. Những nhà nhân văn mong muốn xây dựng một nền tâm lý học tập trung vào vấn đề động cơ hợp lý, lành mạnh và cao thượng.

Hai thành phần chính trong tâm lý học nhân văn:

- Hành vi được hiểu dưới dạng kinh nghiệm chủ quan của cá nhân (từ quan điểm hiện tượng luận - phenomenological perspective). Theo quan điểm này, kinh nghiệm chủ quan của cá nhân được xem như là một nguồn thông tin đáng tin cậy về giá trị, động cơ và ý nghĩa hành vi của họ.
- Hành vi không bị chế ngự bởi những kinh nghiệm trong quá khứ hay hoàn cảnh hiện tại. Cá nhân “tự do ý chí” và tự lựa chọn hành vi của mình mà không bị ảnh hưởng của tiền sử hay những xung năng bẩm sinh vô thức.

4.1. Lý thuyết tự hiện thực hoá bản thân của Carl Rogers

C. Rogers là một trong những người đi đầu của tâm lý học nhân văn. Lý thuyết về cá nhân của ông (1961) được gọi là lý thuyết về cái tôi (self - theory), trong đó tập trung vào vấn đề tự khái niệm và những kinh nghiệm chủ quan về thế giới.

Tiền đề cơ sở của lý thuyết C.Rogers là: tất cả mọi cá nhân đều có tiềm năng bẩm sinh để lớn lên, phát triển và nâng cao khả năng của mình theo cách mà họ chọn - quá trình “tự hiện thực hoá bản thân”. “Xu hướng hoạt hoá” này kích thích tính sáng tạo và đưa con người đến chỗ tìm kiếm những thách thức mới, những kỹ năng thúc đẩy sự phát triển lành mạnh. Khi cá nhân đạt được xu hướng hiện thực hoá thì nó sẽ hướng dẫn hành vi bằng cách thúc đẩy mong muốn và sự phát triển tích cực; nếu không, kết quả sẽ là sự đau khổ, lo âu hoặc trầm cảm. Rogers

nhấn mạnh rằng, chúng ta sống trong những thế giới chủ quan do chính chúng ta sáng tạo ra. Thế giới này được xây dựng bởi một quá trình nhận thức - một trường hiện tượng (phenominal field). Bằng nhiều cách, quá trình này sẽ được hiện thực hoá trong thực tế (nhưng cũng có thể lệch lạc và kém chính xác). Tuy nhiên, phản ứng của chúng ta trước các sự kiện (dù chúng thuộc về cảm xúc hay hành vi) là dựa trên nhận thức của chúng ta về thế giới, chứ không phải là dựa trên bản thân “hiện thực khách quan”. Trong cơ cấu này, yếu tố quan trọng nhất là ý thức về bản thân (là sự hiểu biết “mình là ai”). Rogers xem cái tôi là cái thường trực trong quá trình định hình và tái định hình (forming and reforming). Sở dĩ cái tôi bất biến là bởi vì chúng ta định kiến và chọn lọc đối với những yếu tố của thế giới mà chúng ta nhận thức được. Những yếu tố này thống nhất với kinh nghiệm trước đây của chúng ta.

Ý thức về bản thân bị ảnh hưởng bởi những kinh nghiệm quá khứ, hoàn cảnh hiện tại và mong muốn về tương lai. Tuy nhiên, không giống như những nhà phân tâm học, Rogers cho rằng quá khứ chỉ quan trọng khi cá nhân lựa chọn nó thông qua ý thức. Tự do ý chí cho phép chúng ta thoát khỏi quá khứ, do vậy hành vi và cảm xúc của chúng ta gắn bó nhiều hơn với hiện tại và tương lai.

Mặc dù cá nhân nắm bắt được cái tôi hiện thực, nhưng xu hướng hiện thực hoá của cá nhân vẫn đưa đến một “phiên bản” khác của cái tôi (cái tôi lý tưởng). Cái tôi lý tưởng phản ánh mẫu con người mà chúng ta mong muốn đạt tới và những mục đích, khát vọng trong cuộc sống. Cái tôi ở đây luôn vận động và phát triển. Mức độ hoà hợp giữa cái tôi hiện thực và cái tôi lý tưởng sẽ ảnh hưởng sâu sắc đến cảm xúc, hành vi của cá nhân. Khi chúng gần tương đồng với nhau thì cá nhân sẽ trải nghiệm

những cảm xúc tích cực. Trường hợp ngược lại, cá nhân sẽ buồn bã, có những trải nghiệm cảm xúc tiêu cực và quá trình hiện thực hoá cũng bị ngừng trệ. Đối với nhiều người, sự không hoà hợp giữa cái tôi hiện thực và cái tôi lý tưởng xuất hiện ngay từ thời thơ ấu. Rogers cho rằng, cách thức yêu thương, tán thưởng con cái của cha mẹ sẽ ảnh hưởng mạnh mẽ đến sự phát triển của chúng sau này. Sự tinh tế trong tương tác giữa cha mẹ và con cái có thể sẽ góp phần làm tâm bệnh phát triển.

Cái mà Rogers gọi là “sự tôn trọng tích cực” diễn ra khi bố mẹ thể hiện sự không hài lòng với những hành vi xấu của trẻ, đồng thời cũng không hài lòng với nó. Họ chỉ chấp nhận và tán thành khi trẻ xử sự theo cách mà họ muốn. Đứa trẻ dần chấp nhận những yêu cầu và mong muốn của cha mẹ. Chúng dần học được cách kết hợp những giá trị cá nhân với những mong muốn của cha mẹ và hành động theo cách mà họ muốn.

Trẻ bắt đầu nội tâm hoá ý muốn của bố mẹ vào cái tôi lý tưởng và hành động để giành được cái tôi lý tưởng hơn là chiếm lĩnh lấy mục tiêu, khát vọng thật sự của chính mình. Và như vậy, đứa trẻ sẽ thất bại trong việc hướng đến sự tự hiện thực hoá bản thân.

Theo Rogers, có ba yếu tố tương tác giữa cá nhân với người khác có thể làm cho quá trình hướng đến hiện thực hoá bản thân trở nên dễ dàng hơn:

- Tôn trọng tích cực vô điều kiện: chấp nhận, yêu thương đối với cá nhân mà không lệ thuộc vào cách ứng xử khi họ yêu cầu.
- Chân thành: tạo môi trường để cá nhân có thể bộc lộ thoải mái nhận thức về bản thân, chứ không để họ phải đóng vai người khác hay phải trốn tránh đằng sau vẻ bề ngoài.
- Thấu cảm: tạo môi trường để trong đó cá nhân được giao tiếp với những người có thể hiểu được thế giới với quan điểm như của họ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2. Đóng góp của Abraham Maslow vào lý thuyết nhân văn

A. Maslow chỉ đóng góp vào lý thuyết nhân văn chứ không góp phần vào phát triển trị liệu nhân văn. Cũng giống như Rogers, ông tin rằng cá nhân nỗ lực suốt đời để nhằm đạt được tiềm năng con người, đạt được sự tự hiện thực hoá bản thân.

Maslow (1970) cho rằng, con người được thúc đẩy để đáp ứng những nhu cầu khác nhau. Những nhu cầu này được cấu trúc thành thứ bậc, bắt đầu là những đòi hỏi có tính chất sinh học bản năng (như giữ ấm và có thức ăn). Sự tự hiện thực hoá bản thân chỉ có thể đạt được sau khi thoả mãn những nhu cầu ở bậc thang cao nhất (sau khi tất cả nhu cầu ở mức độ thấp hơn đã được thoả mãn). Điều này có nghĩa là, cá nhân được thúc đẩy để làm thoả mãn nhu cầu ở những mức độ khác nhau và tiến tới tự hiện thực hoá bản thân.

Các mức độ của bậc thang nhu cầu như sau:

- Mức sinh lý: như thức ăn, không khí, giấc ngủ, tình dục...
- Sự an toàn cả về thể chất và tinh thần (sự ổn định và trật tự xã hội...).
- Tình yêu và sự chấp nhận: trao và đón nhận tình cảm, chấp nhận và được chấp nhận...
- Tự trọng: cảm giác tôn trọng bản thân; hiểu biết và đón nhận sự tôn trọng của người khác

Một khi nhu cầu an toàn sinh học và thể chất được thoả mãn, thì cá nhân sẽ thể hiện hành vi cho phép mình bộc lộ tiềm năng để tự phát triển và có thể sử dụng khả năng của mình đến mức tối đa. Maslow gọi nhu cầu ở mức độ này là “siêu nhu cầu” - những nhu cầu dựa trên sự khát khao phát triển.

Các bậc thang nhu cầu rất linh hoạt, không cứng nhắc, có thể thay đổi tùy thuộc vào từng cá nhân và từng thời điểm cụ thể, song chúng luôn luôn theo sát mọi người.

Maslow cho rằng có nhiều trải nghiệm liên quan đến sự tự hiện thực hoá bản thân. Một trải nghiệm đỉnh cao (peak experience - một trải nghiệm có mức độ sâu sắc và mạnh mẽ nhất, một giai đoạn cảm xúc có cường độ rất mạnh) là khi chúng ta thực sự cảm thấy mình đang tồn tại. Một trải nghiệm lâu dài (còn gọi là trải nghiệm bình lặng - plateau experience) là khi cá nhân cảm thấy sự đánh giá được tăng cường lâu dài theo năm tháng. Đây được coi là hai yếu tố liên quan đến sự tự hiện thực hoá bản thân. Trong quá trình tự hiện thực hoá có thể có cả hai trải nghiệm này nhưng chúng không tích hợp với nhau và không đồng nghĩa với cả quá trình. Một cá nhân tuy có cuộc sống hữu ích, đã tự hiện thực hoá được bản thân, nhưng có thể không bao giờ có sự chuyển đổi từ trải nghiệm đỉnh cao sang trải nghiệm bình lặng. Tự hiện thực hoá bản thân là kết quả của cả một quá trình làm cân bằng giữa những nhu cầu cần được đáp ứng và những gì đã đạt được ở mức độ cao nhất so với khả năng của cá nhân chứ không phải chỉ là kết quả của một sự thăng hoa nào đó.

Maslow coi tự hiện thực hoá bản thân là cái mà cá nhân hoạt động chủ động để hướng đến, nhưng chỉ đạt được một phần nhỏ. Điều này không có nghĩa là cá nhân không thể vượt qua trở ngại để tự thể hiện mình. Theo Maslow, một trong những trở ngại cần vượt qua là nền văn hoá mà cá nhân đang sống. Ông cho rằng, nền văn hoá phương Tây quá coi trọng sự thoả mãn về vật chất (đây mới chỉ là sự thoả mãn các nhu cầu sinh lý và an toàn) chứ không phải là những nhu cầu ở bậc cao hơn: tình yêu thương và lòng tự trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

Tiếng Việt

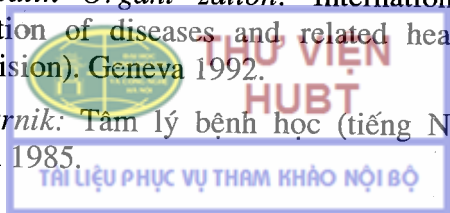
1. *Bộ môn Tâm lý – Giáo dục học (Tiểu ban Tâm lý học):* Đề cương bài giảng tâm lý học. Trường Đại học sư phạm I – Hà Nội 1975.
2. *Bộ môn Tâm thần và Tâm lý y học:* Một số chuyên đề tâm thần học. Học viện Quân y – Hà Nội 1996.
3. *D. Carnegie (Nguyễn Hiến Lê và P. Hiến dịch):* Đặc nhân tâm – bí quyết của thành công. NXB Tổng hợp Đồng Tháp 1994.
4. *A.G.Covaliov:* Tâm lý học cá nhân, tập 2. NXB Giáo dục – Hà Nội 1971.
5. *Phạm Minh Hạc (tổng chủ biên):* Tâm lý học Liên Xô. NXB Tiến bộ – Matxcova 1978.
6. *A.N.Leonchiev:* Hoạt động – ý thức – nhân cách. NXB Giáo dục – Hà Nội 1983.
7. *N.Đ.Levitov:* Tâm lý học trẻ em và tâm lý học sư phạm, tập 2. NXB Giáo dục – Hà Nội 1971.
8. *A.A.Xmiecnov (chủ biên chính):* Tâm lý học, tập 2. NXB Giáo dục – Hà Nội 1975.
9. *Nguyễn Văn Ngân, Nguyễn Văn Nhân, Nguyễn Sinh Phúc:* Tâm thần học đại cương và tâm lý học y học. Học viện Quân y – Hà Nội 1998.
10. *Nguyễn Văn Nhân, Nguyễn Thị Thanh Hà, Quấn Thành Minh:* Bác Hồ và vấn đề xây dựng nền y học Việt Nam,

giáo dục, rèn luyện toàn diện đội ngũ thầy thuốc quân, dân y. Trong cuốn “Hồ Chí Minh với sự nghiệp giáo dục quân sự”, NXB Quân đội nhân dân – Hà Nội 1995, tr.184-192.

11. Tâm lý học. NXB Quân đội nhân dân – Hà Nội 1974.
12. *Hoàng Văn Tuấn (biên soạn)*: Các qui tắc hay trong giao tiếp, NXB Thanh niên – Hà Nội 1996.
13. *Trần Trọng Thủy*: Khoa học chẩn đoán tâm lý. NXB Giáo dục – Hà Nội 1992.

Tiếng nước ngoài

14. *V.M.Bleykher, I.V. Kruk*: Chẩn đoán tâm lý bệnh học (tiếng Nga), NXB Zdarovia – Kiep 1986.
15. *A.R.Luria*: Những cơ sở của tâm lý học thần kinh (tiếng Nga). MGU – Matxcova 1973.
16. *G.G.Marnat*: Handbook of psychological assessment (second editon). A Wiley Interscience Publication John Wiley & Sons 1990, in tại USA.
17. *J.Pogády, E.Guensberger*: Những vấn đề cơ bản của bệnh lý học tâm thần (tiếng Slovakia). NXB Osveta – Martin 1987.
18. *Ruised*: Trí nhớ và nhân cách (tiếng Slovakcia). Viện hàn lâm khoa học Slovakcia – Bratislava 1988.
19. *Word Health Organi zation*: International statistical classification of diseases and related health problems (tenth revision). Geneva 1992.
20. *B.V.Zeigarnik*: Tâm lý bệnh học (tiếng Nga). MGU – Matxcova 1985.





NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TÂM LÝ HỌC Y HỌC

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập tái bản: BS. ĐINH THỊ THU

Sửa bản in: BS. ĐINH THỊ THU

Trình bày bìa: CHU HÙNG

Kt vi tính: BÙI HUỆ CHI

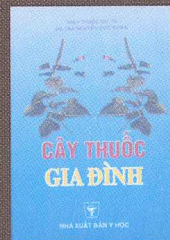
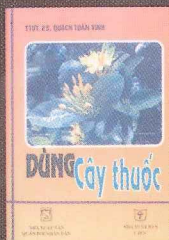
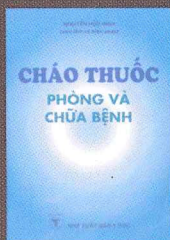
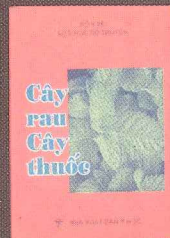
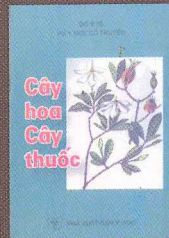
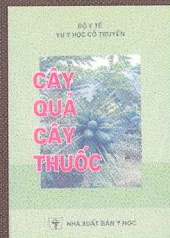
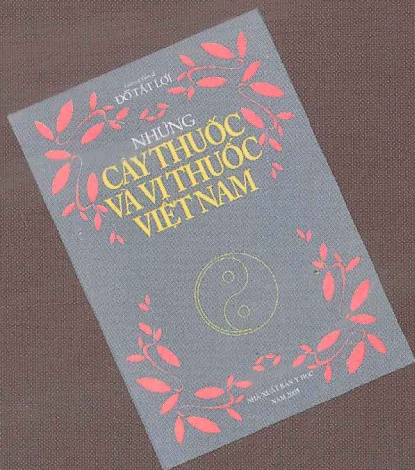




**THƯ VIỆN
HUBT**

In 1000 cuốn, khổ 14.5x20.5cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23-2006/CXB/608-271/YH.
In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2006.

TÂM LÝ HỌC Y HỌC



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Điện thoại: 04.7 625 922 / 7 625 934 Fax: 04.7 625 933

Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc

Email: xuatbanyhoc@tpt.vn

Chi nhánh: 699 Trần Hưng Đạo - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: 08.9 235 648 Fax: 08.9 230 562

**THƯ VIỆN
HUYẾT**



GIÁ: 34.000Đ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ