

2.250

DANA CASTRO
chủ biên



Phương pháp
nghiên cứu



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TRƯỜNG TÂM LÝ THỰC HÀNH, PHÁP
PHÒNG NGHIÊN CỨU

DANA CASTRO
(chủ biên)

TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

Khái niệm - Các trường phái - Đánh giá tâm lý - Trị liệu tâm lý -
Tâm bệnh học - Phương pháp nghiên cứu - Trường hợp lâm sàng

Hỗ trợ biên soạn: Nguyễn Ngọc Diệp
(Tái bản lần thứ tư)

NHÀ XUẤT BẢN TRI THỨC



THƯ VIỆN
HUBT

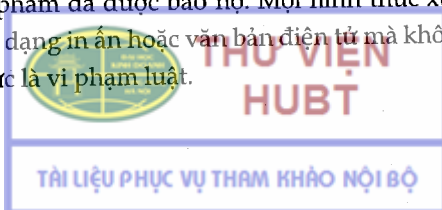
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG || DANA CASTRO (chủ biên)

Bản tiếng Việt © 2015 Dana Castro.

Cuốn sách được xuất bản theo hợp đồng chuyển nhượng bản quyền giữa Nhà xuất bản Tri thức và Dana Castro.

Bản quyền tác phẩm đã được bảo hộ. Mọi hình thức xuất bản, sao chụp, phân phối dưới dạng in ấn hoặc văn bản điện tử mà không có sự cho phép của NXB Tri thức là vi phạm luật.

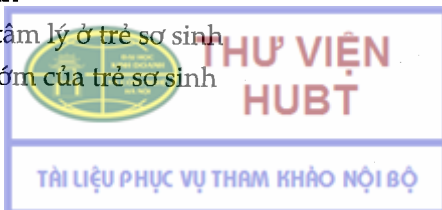


MỤC LỤC

CHƯƠNG 1. GIỚI THIỆU CHUNG	15
1.1. TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG LÀ GÌ?	15
1.1.1. Định nghĩa tổng quát về Tâm lý học	15
1.1.2. Lịch sử và nguồn gốc của Tâm lý học Lâm sàng	16
a. Những người khởi xướng	16
b. Tính đặc thù của Tâm lý học Lâm sàng Pháp	17
c. Tâm lý học Lâm sàng ngày nay	18
1.1.3. Các phương pháp lâm sàng	19
a. Nghiên cứu trường hợp cụ thể	19
b. Trò chuyện	19
c. Các trắc nghiệm và thang đo	20
d. Quan sát	21
1.1.4. Tầm quan trọng của Tâm lý học Lâm sàng và vai trò của nhà tâm lý lâm sàng	21
1.1.5. Các đóng góp của Tâm lý học đối với ngành Y	22
1.2. TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG Ở VIỆT NAM	24
1.2.1. Tâm lý học và văn hóa Việt	24
1.2.2. Sự phát triển nghề tâm lý học lâm sàng ở Việt Nam	26
a. Thuận lợi	26
b. Hạn chế	28

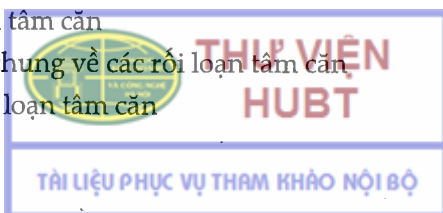
CHƯƠNG 2. NHỮNG ĐÓNG GÓP CỦA TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN ĐỐI VỚI TÂM LÝ LÂM SÀNG

2.1. SỰ PHÁT TRIỂN TÂM LÝ CỦA TRẺ SƠ SINH	31
2.1.1. Mối quan hệ sớm mẹ - con	31
a. Mối quan hệ mẹ - con theo Winnicott	31
b. Mối quan hệ mẹ - con trong môi trường bệnh viện: Một số trường hợp thực hành	33
2.1.2. Sự phát triển tâm lý ở trẻ sơ sinh	35
2.1.3. Các kỹ năng sớm của trẻ sơ sinh	37



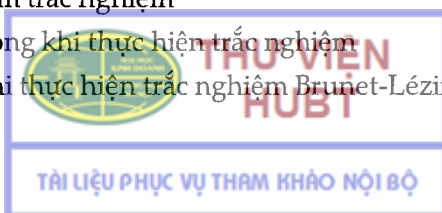
2.2. TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN TRẺ EM	38
2.2.1. Sự phát triển nhận thức - xã hội ở trẻ em	38
a. Sự phát triển nhận thức theo Piaget	38
b. Sự phát triển tâm lý - xã hội theo Erikson	39
2.2.2. Sự phát triển xúc cảm - tình cảm ở trẻ em	40
2.2.3. Sự phát triển tâm vận động ở trẻ từ 0-2 tuổi	42
a. Các quy luật phát triển tâm vận động trẻ em	42
b. Phát triển tâm vận động của trẻ 0-2 tuổi	44
2.2.4. Tổng hợp các giai đoạn phát triển quan trọng của trẻ em theo các lý thuyết khác nhau	47
2.2.5. Tính không liên tục và những rối loạn phát triển	49
2.3. TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN VỊ THÀNH NIÊN	49
2.3.1. Những đặc trưng của tuổi vị thành niên	49
a. Vị thành niên là giai đoạn cá nhân học tập được rất nhiều điều mới mẻ	50
b. Vị thành niên là giai đoạn cá nhân tìm cách khẳng định bản thân	51
c. Vị thành niên là giai đoạn cá nhân vượt qua chính mình	51
2.3.2. Những thay đổi thể chất và ảnh hưởng của chúng đến đời sống tâm lý - tình cảm	51
2.4. TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH	52
2.4.1. Các giai đoạn của tuổi trưởng thành	52
2.4.2. Việc làm và gia đình của người trưởng thành	54
 CHƯƠNG 3. TÂM BỆNH HỌC	 57
3.1. TÂM BỆNH HỌC TRẺ EM	57
3.1.1. Các rối loạn tự kỷ	57
a. Sơ lược về tự kỷ	57
b. Chẩn đoán tự kỷ	58
c. Các mức độ của tự kỷ	59
d. Tiên lượng	60
3.1.2. Tăng động	61
a. Chẩn đoán tăng động ở trẻ em	62
b. Tiến triển, tiên lượng	64

c. Phương pháp đánh giá tăng động ở trẻ em	65
d. Can thiệp	65
3.1.3. Các loại trầm cảm liên quan đến trẻ em	67
a. Trầm cảm vắng mẹ ở trẻ sơ sinh	67
b. Trầm cảm chu sinh ở mẹ và hậu quả đối với trẻ	68
c. Trầm cảm ở trẻ em	69
3.1.4. Lo âu và các bệnh tâm căn ở trẻ em	72
a. Lo lắng và lo âu	72
b. Các bệnh tâm căn ở trẻ em	73
3.1.5. Nói dối	76
3.1.6. Rối loạn ngôn ngữ	78
a. Các giai đoạn phát triển ngôn ngữ	78
b. Những yếu tố thúc đẩy sự phát triển ngôn ngữ của trẻ	79
c. Các rối loạn ngôn ngữ	79
3.2. TÂM BỆNH HỌC VỊ THÀNH NIÊN	80
3.2.1. Các rối nhiễu tâm thể	80
a. Giới thiệu về rối nhiễu tâm thể	80
b. Đặc điểm của người có rối nhiễu tâm thể	82
c. Rối nhiễu tâm thể ở trẻ em và vị thành niên Việt Nam	85
3.2.2. Các vấn đề liên quan đến tính dục	94
a. Thủ dâm ở vị thành niên	94
b. Xâm hại tình dục ở vị thành niên	95
3.2.3. Nghiện Internet và trò chơi điện tử	99
a. Thực trạng của nghiện game ở Việt Nam	99
b. Những nguyên nhân của việc nghiện game	100
c. Hệ quả của nghiện game	101
3.2.4. Các rối loạn ăn uống	101
3.2.5. Hiện tượng tự tử	103
3.2.6. Bạo lực ở vị thành niên	104
3.3. TÂM BỆNH HỌC NGƯỜI LỚN	105
3.3.1. Các rối loạn tâm căn	105
a. Giới thiệu chung về các rối loạn tâm căn	105
b. Các loại rối loạn tâm căn	107



3.3.2. Các bệnh loạn thần	109
a. Giới thiệu chung về loạn thần	109
b. Các loại loạn thần	110
c. Minh họa lâm sàng: Trường hợp của V.	111
3.3.3. Trầm cảm	115
3.3.4. Stress	119
CHƯƠNG 4. TÂM LÝ HỌC Y HỌC	123
4.1. KHÁI QUÁT VỀ TÂM LÝ HỌC Y HỌC	123
4.2. MỐI QUAN HỆ GIỮA CÁN BỘ Y TẾ VÀ BỆNH NHÂN	124
4.2.1. Đặt vấn đề	124
4.2.2. Mối quan hệ bác sỹ - bệnh nhân	125
4.2.3. Thái độ của người chăm sóc	129
4.2.4. Làm thế nào để giao tiếp thành công với bệnh nhân	130
4.3. CÁC KIỂU GẮN BÓ MẸ - CON VÀ ỨNG DỤNG TRONG NHỊ KHOA	132
4.3.1. Các kiểu gắn bó mẹ - con	132
4.3.2. Tác dụng trong thực hành ở khoa Nhi	133
4.4. THÔNG BÁO CHẨN ĐOÁN TỚI BỆNH NHÂN	135
4.4.1. Tin dữ là gì?	136
4.4.2. Tại sao đối với bác sỹ, thông báo một tin dữ lại khó khăn?	136
4.4.3. Những kiểu thông báo khác nhau và tác động của chúng	137
4.4.4. Nội dung của thông báo	138
4.4.5. Làm thế nào để an dịu tác động của một tin dữ	139
4.4.6. Suy nghĩ từ một tình huống lâm sàng	140
4.5. PHẢN ỨNG TÂM LÝ CỦA BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH TRƯỚC CĂN BỆNH	142
4.5.1. Đặc tính của bệnh tật	142
4.5.2. Những thay đổi trạng thái tinh thần của bệnh nhân	144
4.5.3. Trải nghiệm của gia đình bệnh nhân	145
4.6. STRESS VÀ HIỆN TƯỢNG KIẾT SỨC Ở CÁN BỘ Y TẾ	146
4.7. ỨNG PHÓ VỚI CON ĐAU CỦA BỆNH NHÂN	147
4.7.1. Làm thế nào để đánh giá cơn đau của trẻ?	147
4.7.2. Phương thức đánh giá cơn đau của trẻ	148
4.7.3. Chăm sóc cơn đau của trẻ	149

CHƯƠNG 5. ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ	151
5.1. KHÁI QUÁT VỀ ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ	151
5.1.1. Thế nào là đánh giá tâm lý?	151
a. Đánh giá tâm lý và thăm khám tâm lý	151
b. Chẩn đoán tâm lý	153
c. Vài lưu ý trong thăm khám, chẩn đoán tâm lý	154
5.1.2. Các bước thăm khám tâm lý	156
a. Phân tích yêu cầu thăm khám	156
b. Lựa chọn trắc nghiệm và các công cụ dùng để đánh giá	157
c. Xây dựng mối quan hệ nghề nghiệp với thân chủ - chuẩn bị cho việc tiến hành trắc nghiệm	157
d. Tiến hành các trắc nghiệm đã chọn	158
e. Giải thích kết quả trắc nghiệm	161
f. Kiểm tra lại giả thuyết đã đưa ra khi phân tích yêu cầu thăm khám tâm lý	161
g. Quyết định những điều sẽ trao đổi lại với thân chủ	161
h. Thông báo lại kết quả cho thân chủ	162
i. Viết báo cáo cuối cùng.	162
5.2. KHÁI QUÁT VỀ CÁC TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ	162
5.2.1. Khi nào chỉ định sử dụng trắc nghiệm tâm lý?	162
5.2.2. Thuộc tính của trắc nghiệm tâm lý	163
5.2.3. Phân loại các trắc nghiệm tâm lý	164
a. Trắc nghiệm nhận thức	164
b. Những trắc nghiệm nhân cách	166
c. Các thang lượng giá	167
5.3. ĐÁNH GIÁ - THĂM KHÁM TÂM LÝ TRẺ SƠ SINH: GIỚI THIỆU THANG BRUNET-LÉZINE	168
5.3.1. Giới thiệu	168
5.3.2. Các yếu tố cơ sở vật chất	169
5.3.3. Thời gian làm trắc nghiệm	170
5.3.4. Quan sát trong khi thực hiện trắc nghiệm	170
5.3.5. Các lưu ý khi thực hiện trắc nghiệm Brunet-Lézine	170



5.4. ĐÁNH GIÁ - THĂM KHÁM TÂM LÝ TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN	171
5.4.1. CARS - Công cụ đánh giá, chẩn đoán tự kỷ	171
5.4.2. Thang đánh giá trí tuệ trẻ em và vị thành niên NEMI-2	173
5.4.3. Trắc nghiệm phóng chiếu Patte Noire (Chân đen)	176
a. Giới thiệu	176
b. Giới thiệu các tấm hình	177
c. Cách thực hiện trắc nghiệm	179
5.4.4. Trắc nghiệm tâm lý SCENO-TEST	181
a. Giới thiệu	181
b. Dụng cụ của trắc nghiệm và những ý nghĩa biểu tượng của chúng	182
c. Hướng dẫn trẻ làm trắc nghiệm	183
d. Những điều cần ghi nhận và giải thích trong và sau quá trình làm trắc nghiệm	183
e. Bảng hỗ trợ quan sát quá trình trẻ chơi	185
f. Scéno-test và sự bất thường ở trẻ	187
5.4.5. Các trắc nghiệm tranh vẽ	189
a. Trắc nghiệm hình vẽ người của Goodenough (Test du Bonhomme)	189
b. Trắc nghiệm tranh vẽ 10 yếu tố của Le Men (D10)	191
c. Hình vẽ gia đình	193
d. Tính phóng chiếu trong phân tích tranh vẽ trẻ em	194
e. Tranh vẽ và các yếu tố tâm bệnh học	195
5.5. ĐÁNH GIÁ-THĂM KHÁM TÂM LÝ NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH	196
5.5.1. Hỏi chuyện lâm sàng	196
5.5.2. Trắc nghiệm sơ đồ tư duy Young	199
a. Lý thuyết của Young về sơ đồ tư duy	199
b. Trắc nghiệm sơ đồ tư duy Young	203
c. Giải thích kết quả trắc nghiệm	208
5.5.3. Trắc nghiệm về phong cách phòng vệ DSQ-40	208
a. Giới thiệu	208
b. Minh họa lâm sàng	212
5.5.4. Trắc nghiệm phóng chiếu TAT	217
5.5.5. Trắc nghiệm phóng chiếu Rorschach	220
5.5.6. Trắc nghiệm nhân cách MMPI-2	224
5.5.7. Trắc nghiệm hoàn thành câu	226

CHƯƠNG 6. TRỊ LIỆU TÂM LÝ	229
6.1. KHÁI QUÁT VỀ TRỊ LIỆU TÂM LÝ	229
6.1.1. Thế nào là trị liệu tâm lý?	229
6.1.2. Mục đích của trị liệu tâm lý	232
a. Những mục tiêu chung	232
b. Những khó khăn để xác định được mục tiêu trị liệu	235
c. Xác định mục tiêu trị liệu dựa trên đánh giá, chẩn đoán	236
6.1.3. Buổi gặp đầu tiên giữa nhà tâm lý và thân chủ	238
a. Mục tiêu của buổi gặp đầu tiên	238
b. Những thông tin cần thu thập được trong buổi gặp đầu tiên	239
c. Diễn biến của buổi gặp đầu tiên trong thực hành tâm lý lâm sàng	240
6.1.4. Mối quan hệ giữa nhà tâm lý và thân chủ	241
a. Sự khác nhau giữa cách làm việc của bác sỹ tâm thần và nhà trị liệu	241
b. Mối quan hệ nhà tâm lý-thân chủ	242
6.1.5. Tiến trình trị liệu tâm lý	247
a. Hợp đồng trị liệu	247
b. Tiến trình trị liệu	248
6.1.6. Những phương thức can thiệp của nhà tâm lý có tác động đến bệnh nhân	250
6.1.7. Phân tích bệnh nhân	252
6.2. CÁC TRƯỜNG PHÁI CHÍNH CỦA TRỊ LIỆU TÂM LÝ	257
6.2.1. Trường phái Phân tâm	257
6.2.2. Trường phái Nhận thức - hành vi	259
a. Trị liệu nhận thức-hành vi theo nguyên tắc của Beck	260
b. Trị liệu nhận thức-hành vi theo lý thuyết của Young	266
6.2.3. Trường phái Nhân văn	267
6.3. CÁC HÌNH THỨC VÀ KỸ THUẬT TRỊ LIỆU TÂM LÝ PHỔ BIẾN KHÁC	268
6.3.1. Trường phái hệ thống	268
6.3.2. Trị liệu nhóm	275
6.3.3. Liệu pháp thư giãn	277
6.4. CÁC TRUNG GIAN HAY PHƯƠNG TIỆN TRỊ LIỆU	284
6.4.1. Không gian trị liệu	284
6.4.2. Hội họa trị liệu	285



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.4.3. Trò chơi trị liệu	286
6.4.4. Trị liệu thông qua việc viết	286
6.4.5. Một số trung gian trị liệu khác	286
6.5. TRỊ LIỆU TÂM LÝ THEO LÚA TUỔI	287
6.5.1. Trị liệu tâm lý trẻ em	287
a. Nhận xét chung về trị liệu tâm lý cho trẻ em	287
b. Trị liệu tự kỷ ở trẻ em	289
6.5.2. Trị liệu tâm lý vị thành niên	291

CHƯƠNG 7. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU TRONG TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

7.1. THỂ NÀO LÀ MỘT NGHIÊN CỨU TRONG TÂM LÝ HỌC?	295
7.1.1. Thế nào là nghiên cứu?	295
7.1.2. Những điều tiên quyết khi thực hiện một nghiên cứu tâm lý học	296
7.1.3. Các bước thực hiện một nghiên cứu tâm lý học	296
a. Xác định chủ đề/đề tài nghiên cứu	297
b. Xác định phương pháp và công cụ nghiên cứu	297
c. Trình bày kết quả nghiên cứu	298
7.2. SOẠN THẢO DỰ ÁN NGHIÊN CỨU	299
7.3. MỘT SỐ CÔNG CỤ THU THẬP DỮ LIỆU TRONG NGHIÊN CỨU TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG	300
7.3.1. Phỏng vấn sâu không định hướng	300
a. Giới thiệu	300
b. Các đặc điểm	301
c. Những khía cạnh kỹ thuật	302
d. Những thái độ và phương pháp không nên áp dụng trong phỏng vấn sâu không định hướng	304
7.3.2. Quan sát	305
7.3.3. Nhóm thảo luận, nhóm tư duy (focus group)	306
7.3.4. Nghiên cứu trường hợp	306
7.3.5. Câu chuyện cuộc đời	307



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

**CHƯƠNG 8. TÀI LIỆU, CÁC MẪU GIẤY TỜ CỦA NHÀ TÂM LÝ HỌC
LÂM SÀNG**

309

**8.1. VĂN BẢN VỀ ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP VÀ QUY TẮC HÀNH NGHỀ
CỦA NHÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG**

309

8.2. CÁC MẪU GIẤY TỜ MÀ NHÀ TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG CẦN CÓ

312

8.2.1. Phiếu hẹn gặp lần đầu

312

8.2.2. Hồ sơ thân chủ đối với thân chủ trên 18 tuổi

313

8.2.3. Hồ sơ thân chủ đối với thân chủ dưới 18 tuổi

317

8.2.4. Hướng dẫn phân tích ca

321

8.2.5. Hướng dẫn tổng kết quá trình trị liệu

322

**CHƯƠNG 9. TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH
LIÊN VĂN HÓA**

325

9.1. TÌNH HÌNH SỨC KHỎE TINH THẦN Ở VIỆT NAM

325

**9.2. HOẠT ĐỘNG TRUYỀN TẢI VÀ TRAO ĐỔI KIẾN THỨC GIỮA CÁC
NHÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG VIỆT NAM VÀ QUỐC TẾ**

327

9.2.1. Đào tạo

328

9.2.2. Thực hành thăm khám tâm lý cùng nhau

329

9.2.3. Giám sát, đồng hành, theo dõi việc thực hành

330

TÀI LIỆU THAM KHẢO

333

CÁC TÁC GIẢ

349



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 1

GIỚI THIỆU CHUNG

*Nicolas Bosc, Camille Froidure,
Mathilde Gazard và Lương Cần Liêm*

1.1. TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG LÀ GÌ?

1.1.1. Định nghĩa tổng quát về Tâm lý học

Về mặt từ nguyên, thuật ngữ “tâm lý học” (psychology) bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp, là sự kết hợp của “psyché” (tâm hồn) và “logos” (khoa học). Tâm lý học, như vậy, có nghĩa là khoa học về tâm hồn, khoa học nghiên cứu tâm trí. Hiện nay, người ta định nghĩa Tâm lý học như một khoa học nhân văn có mục đích diễn giải các hành vi và ứng xử của con người trên cơ sở tâm trí bình thường hoặc bệnh lý. Nói cách khác, mục tiêu nghiên cứu của Tâm lý học là sự phối hợp của tư tưởng, cảm xúc và hành động ở con người.

Các hành vi mà Tâm lý học nghiên cứu liên quan đến hai phương diện cụ thể: *các hành vi có tính tâm vận động* (ví dụ sự phát triển của trẻ nhỏ tùy theo tuổi: tư thế của đầu, bò bằng tứ chi và đi bằng hai chân) và *các chức năng tâm lý* (ví dụ như sự nhận thức, ngôn ngữ, sự học tập, trí thông minh, tư duy, ký ức, động cơ, cảm xúc...). Sự mô tả và giải thích khoa học các hành vi này dựa trên một tổ hợp các kỹ thuật nghiên cứu (quan sát, trò chuyện, trắc nghiệm...) và các học thuyết (Phân tâm học, Tâm lý Nhận thức - Hành vi, Tâm lý học Xuyên văn hóa...) mà chúng ta sẽ đề cập sau.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.1.2. Lịch sử và nguồn gốc của Tâm lý học Lâm sàng

Từ “lâm sàng” (*clinique* trong tiếng Pháp hay *clinical* trong tiếng Anh) bắt nguồn từ từ “cline” trong tiếng Hy Lạp, có nghĩa là “giường”. Từ này được dùng từ lâu trong Y học, để chỉ sự thăm bệnh của bác sĩ tại giường bệnh của bệnh nhân; nhờ có sự thăm bệnh lâm sàng này mà bác sĩ chẩn đoán và cho y lệnh điều trị.

Là một nhánh của Tâm lý học, một cách tổng quát, Tâm lý học Lâm sàng có mục tiêu nghiên cứu sâu xa các quá trình tâm trí của một cá nhân từ các hành vi bình thường đến bệnh lý; tiến trình này được thực hiện thông qua việc tiếp cận, gặp gỡ với cá nhân, dựa trên các trường hợp cụ thể, bằng các phương pháp chuyên biệt.

a. Những người khởi xướng

Philippe PINEL (1745-1824)

Pinel được xem như người khai sinh ra Tâm lý học Lâm sàng. Ông đã tháo gỡ xiềng xích cho cái gọi là “người điên”, “người loạn trí” để áp dụng phương pháp điều trị tâm lý. Là người đưa các yếu tố lâm sàng và nhân văn vào Tâm thần học, ông chứng minh rằng để giúp bệnh nhân khỏi bệnh, thay vì xem họ như người loạn trí, các cán bộ y tế cần xem họ như những người cần được trợ giúp, từ đó can thiệp dựa trên sự thấu hiểu và quan tâm nhằm giúp đỡ và khiến bệnh nhân cảm thấy dễ chịu. Phương pháp lâm sàng đầu tiên mà Philippe PINEL phác họa là phương pháp dựa vào sự quan sát bệnh nhân.

Pierre JANET (1859-1947)

Ông là bác sĩ tâm thần đầu tiên nhắc đến Tâm lý học Lâm sàng (trong cuốn *Névroses et idées fixes*, Paris: Alcan, 1898). Theo ông, các bác sĩ phải dùng Tâm lý học Lâm sàng để chữa các bệnh tâm thần. Ông chú ý phân tích và quan sát các trường hợp lâm sàng của từng cá nhân cụ thể để tìm hiểu sâu hơn về bệnh lý học.

Lightner WITMER (1867-1956)

Nhà tâm lý học người Mỹ này, vào năm 1896, là người đầu tiên giới thiệu các thuật ngữ tâm lý học lâm sàng và phương pháp lâm sàng. Ông

thành lập tại Pennsylvania *Phòng khám tâm lý (Psychological Clinic)* đầu tiên trên thế giới chuyên chăm chữa cho trẻ em có vấn đề về sức khỏe tinh thần. Ông cũng là người sáng lập ra tạp chí cùng tên.

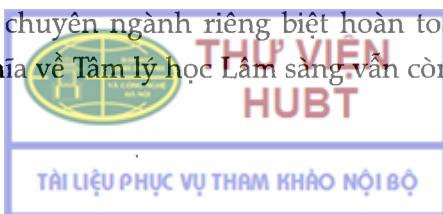
Sigmund FREUD (1856-1939)

Freud chỉ dùng từ *tâm lý học lâm sàng* có một lần duy nhất trong bức thư gửi đến FLIESS (1858-1928) vào năm 1899. Ông không nhắc đến khái niệm này vì theo ông, tâm lý học lâm sàng phụ thuộc trực tiếp vào sự quan sát bệnh nhân, trong khi dù rằng có dựa trên lâm sàng (ở khía cạnh tiếp cận trực tiếp với bệnh nhân), Phân tâm học mời gọi sự lắng nghe của vô thức để suy đoán các triệu chứng. Freud là người có ảnh hưởng nhiều đến các học thuyết lâm sàng và các kỹ thuật trị liệu. Ngày nay, nhiều nhà lâm sàng vẫn tham khảo Phân tâm học.

b. Tính đặc thù của Tâm lý học Lâm sàng Pháp

Tâm lý học Lâm sàng ra đời tại Pháp vào cuối thế kỷ 19, chịu ảnh hưởng của Y học và Triết học. Sự xuất hiện của *Tạp chí tâm lý học lâm sàng và trị liệu* vào năm 1897 được coi là sự kiện đánh dấu sự ra đời của Tâm lý học Lâm sàng. Thần kinh học là lĩnh vực được nghiên cứu rộng rãi trong giới Y khoa, các chủ đề về tâm lý được đề cập đến một cách mạnh mẽ, tuy nhiên tạp chí đã ngưng phát hành vào năm 1901. Tại Pháp, lúc đó Tâm lý học vẫn chỉ được coi là một chuyên ngành “ngoài lề”. Cùng với Xã hội học và Nhân chủng học, Tâm lý học rất phát triển nhưng tôn giáo và triết học vẫn là những nguồn tham khảo chủ yếu khi nghiên cứu về con người. Tâm lý học Lâm sàng chỉ thật sự bành trướng sau Chiến tranh Thế giới lần thứ 2.

Năm 1949, Daniel LAGACHE (1903-1972), triết gia, bác sỹ tâm thần và nhà phân tâm người Pháp, là người đầu tiên đề nghị một định nghĩa riêng biệt cho Tâm lý học Lâm sàng, hầu thoát ra khỏi các quy luật về Tâm thần học hoặc Tâm bệnh học. Chính nhờ ông mà Tâm lý học Lâm sàng trở thành một chuyên ngành riêng biệt hoàn toàn. LAGACHE đưa ra một định nghĩa về Tâm lý học Lâm sàng vẫn còn có giá trị đến



ngày nay, ông coi nhiệm vụ của Tâm lý học Lâm sàng là “nghiên cứu sâu các trường hợp cá thể”. Nói rõ hơn, Tâm lý học Lâm sàng có mục đích nghiên cứu hành vi cá nhân và các vấn đề tâm lý của con người (sự kế thừa, sự chín muồi, các điều kiện tâm lý và bệnh lý, tiểu sử cuộc đời...), tức là nghiên cứu toàn diện một con người được đặt trong một tình huống cụ thể.

LAGACHE phân biệt hai loại phương pháp lâm sàng. Loại thứ nhất dựa trên sự quan sát cá nhân và cách ứng xử khi tiếp xúc, đó là lâm sàng “tay trần”. Loại thứ hai dùng đến trắc nghiệm và thang đo. Đó là lâm sàng được “trang bị” hay có “võ trang”.

c. Tâm lý học Lâm sàng ngày nay

Tâm lý học Lâm sàng ngày nay đặt nền móng của mình trên Tâm bệnh học cũng như trên các quan niệm từ Phân tâm học. Từ “pathologie” (bệnh học) xuất phát từ tiếng Hy Lạp, “pathos” có nghĩa là đau đớn, bệnh hoạn và “logos” có nghĩa là khoa học. Như vậy, Tâm bệnh học là khoa học nghiên cứu bệnh tinh thần. Ví dụ, có thể kể đến các rối loạn tâm lý như rối loạn khí sắc (trầm cảm), rối loạn lo âu (stress và ám sợ) hoặc rối loạn giấc ngủ (mất ngủ). Tâm bệnh học dựa vào sự hiểu biết các cá thể bình thường để hiểu sự vận hành của cá thể bị bệnh. Nó hướng đến việc đánh giá, chẩn đoán và đưa ra phác đồ trị liệu. Phương pháp của Tâm bệnh học gắn với điều tra cá nhân, nhóm hoặc cộng đồng, trên cơ sở tính cá biệt, đặc thù nhưng toàn vẹn của cá nhân, nhóm hoặc cộng đồng đó. Tâm bệnh học luôn coi khách thể nghiên cứu của mình như những đối tượng không ngừng phát triển và biến đổi.

So với Tâm bệnh học, Tâm lý học Lâm sàng nói rộng biên độ ra khỏi sự nghiên cứu duy nhất các hành vi bệnh học, Tâm lý học Lâm sàng cũng nghiên cứu các hành vi bình thường như khó khăn trong nghề nghiệp, sự đau buồn vì mất người thân, v.v.



1.1.3. Các phương pháp lâm sàng

Phương pháp lâm sàng bao gồm:

- Toàn bộ các kỹ thuật được dùng trong phạm vi thực hành của nhà lâm sàng

- Tiến trình thực hành lâm sàng tập trung vào tính cá biệt

Những công cụ lâm sàng bao gồm nghiên cứu trường hợp cụ thể, quan sát, trò chuyện, trắc nghiệm và các thang đo.

a. Nghiên cứu trường hợp cụ thể

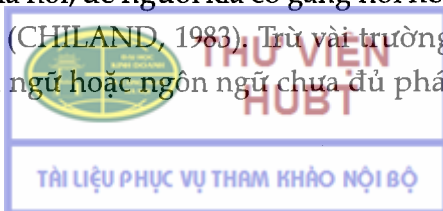
Đối với nhà tâm lý, lúc ban đầu, nghiên cứu trường hợp là để cho thân chủ thể hiện bản thân mình, đồng thời khuyến khích hoặc động viên thân chủ, tạo điều kiện để thân chủ dễ dàng bộc lộ bản thân. Đây không phải là quá trình làm việc một chiều. Nghiên cứu trường hợp không những mô tả con người, hoàn cảnh và các khó khăn của người ấy, mà còn tìm cách làm sáng tỏ nguồn gốc, tiền sử, sự phát triển của họ để từ đó phát hiện nguyên nhân và sự phát sinh các khó khăn.

Nhà tâm lý phải tuyệt đối tôn trọng tính cá biệt và tính chủ quan của chủ thể. Những gì nhà tâm lý ghi lại phải phù hợp với hoàn cảnh của chủ thể, vai trò của nhà tâm lý là giúp chủ thể xây dựng lại tiểu sử của mình từ các lời nói có khi rời rạc.

Nghiên cứu trường hợp có thể dùng vài kỹ thuật để gom lại các dữ kiện như trò chuyện, quan sát lâm sàng, trắc nghiệm, thang đo, trò chơi, hình vẽ, v.v. Các phương pháp này có thể được liên kết hoặc dùng riêng rẽ.

b. Trò chuyện

Trò chuyện là công cụ quan trọng của nhà tâm lý lâm sàng. Trò chuyện trong Tâm lý học Lâm sàng khác với đối thoại hoặc thẩm vấn. Trong khuôn khổ của mối quan hệ chăm sóc, trò chuyện có mục đích để người kia nói, để người kia cố gắng nói nếu người đó có vài khó khăn để nói (CHILAND, 1983). Trừ vài trường hợp (em bé, trẻ em chưa có ngôn ngữ hoặc ngôn ngữ chưa đủ phát triển), phần



đồng các thông tin gạt hái được là từ các lời nói. Như Freud đã nhấn mạnh, nói có chức năng giải phóng. Công việc của nhà tâm lý là để cho chủ thể nói, rồi lắng nghe, thăm dò và đưa ra các phản hồi với chủ thể.

Trò chuyện lâm sàng là gặp gỡ và xây dựng bằng lời nói một kiến thức chung, giúp chủ thể tiến triển và giúp nhà tâm lý biểu tượng hóa vấn đề của chủ thể, các cơ chế phòng vệ, cách thức anh ta thường dùng để giải quyết xung đột, v.v.

Trò chuyện có thể được định nghĩa bởi các nguyên tắc sau:

- Lắng nghe chăm chú và tính trung lập - khoan dung: nhà tâm lý không đưa ra ý kiến hoặc xét đoán, nên có thái độ không cứng nhắc mà cũng không xa cách.

- Nhận biết và tôn trọng các cơ chế phòng vệ của chủ thể: ví dụ như khi thân chủ từ chối nhận biết một sự thật gây sang chấn.

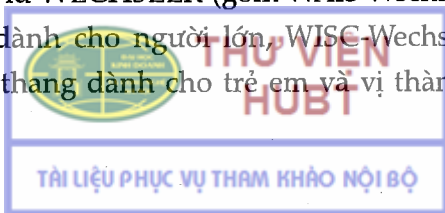
- Nhận biết và chấp nhận các phản ứng cảm xúc của chủ thể: ví dụ như khi thân chủ sợ hãi và muốn bỏ cuộc.

c. Các trắc nghiệm và thang đo

Đó là các công cụ được chuẩn hóa để đánh giá các hiện tượng tâm lý. Thông thường, các công cụ này giúp đo lường các hiện tượng tâm lý cụ thể, so sánh các chủ thể với nhau hoặc với một chuẩn thống kê. Có nhiều loại trắc nghiệm khác nhau tùy theo ta muốn đánh giá năng khiếu, quá trình nhận thức, một rối loạn tâm lý nhất định hay nhân cách, v.v. Các công cụ này có thể làm xuất hiện vài yếu tố mà trò chuyện không hoặc khó xác định.

Có nhiều trắc nghiệm khác nhau, nhìn chung được chia thành hai loại chính:

- Các trắc nghiệm nhận thức giúp đánh giá khả năng trí tuệ của chủ thể. Chẳng hạn, nhà tâm lý có thể dùng các thang đo trí thông minh của David WECHSLER (gồm WAIS-Wechsler Adult Intelligence Scale, thang dành cho người lớn, WISC-Wechsler Intelligence Scale for Children, thang dành cho trẻ em và vị thành niên, hay WIPPSI-



Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, thang dành cho trẻ em dưới 7 tuổi).

- Các trắc nghiệm nhân cách, trong đó có các trắc nghiệm phóng chiếu như trắc nghiệm RORSCHACH, trắc nghiệm TAT-Thematic Aperception Test của MURRAY hay trắc nghiệm Bàn chân đen-Patte Noire của CORMAN...

d. Quan sát

Tâm lý học Lâm sàng dùng quan sát để gom góp thêm dữ kiện vào bộ thông tin đã có; quan sát cho phép nhà tâm lý hiểu thêm về cách giao tiếp của chủ thể (giao tiếp bằng lời và không lời: nét mặt, điệu bộ, tư thế, âm điệu...) và thái độ của chủ thể sau cuộc gặp gỡ (hợp tác, chấp nhận, kháng cự...).

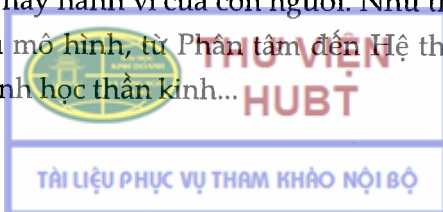
Quan sát giúp ghi nhận các yếu tố quan trọng trong giao tiếp, trong cách ứng xử của chủ thể, đồng thời cho phép đối chiếu các thông tin này và giải thích chúng trên cơ sở tiểu sử và hoàn cảnh sống hiện tại, trong mỗi khoảnh khắc cụ thể của chủ thể. Ví dụ, tại lớp học, trẻ có thể không có cùng cách ứng xử với khi ở nhà; mặt khác, nếu biết mình bị quan sát, thái độ và hành vi của trẻ sẽ bị ảnh hưởng.

Quan sát là một công cụ hỗ trợ quan trọng của trò chuyện lâm sàng.

1.1.4. Tầm quan trọng của Tâm lý học Lâm sàng và vai trò của nhà tâm lý lâm sàng

Tâm lý học Lâm sàng có phát huy được vai trò của mình hay không là tùy vào:

- Sự hiểu biết khách quan của nhà tâm lý về các hoạt động tâm lý của thân chủ: Để thực hiện điều này, nhà tâm lý cần sử dụng mô hình lý thuyết đa yếu tố. Một mô hình duy nhất sẽ không giúp nhà tâm lý giải thích được toàn bộ ứng xử hay hành vi của con người. Như thế, nhà tâm lý cần tham khảo nhiều mô hình, từ Phân tâm đến Hệ thống, từ Nhận thức - Hành vi đến Sinh học thần kinh...



- *Phạm vi thực hành chuyên nghiệp*: Việc thực hành Tâm lý học Lâm sàng, từ đánh giá đến can thiệp tâm lý, áp dụng các hình thái liệu pháp tâm lý phải được phổ biến tại nhiều nơi, trong nhiều môi trường nghề nghiệp khác nhau như bệnh viện, trường học, phòng khám tư nhân, nhà tù...

- *Phương pháp nghiên cứu chuyên biệt của lâm sàng*: Phương pháp này sử dụng đến các kỹ thuật, công cụ mà chúng ta đã nhắc đến như kỹ thuật quan sát, trò chuyện, trắc nghiệm phóng chiếu, v.v.

- *Đào tạo ở bậc đại học*: tại Pháp và nhiều nước trên thế giới, nhà tâm lý lâm sàng là nghề nghiệp đòi hỏi trước hết vài năm đào tạo ở bậc đại học và sau đại học về lý thuyết và thực hành. Các năm đào tạo này kết thúc bằng luận văn thạc sỹ thực hành và trao bằng thạc sỹ thực hành chuyên biệt về Tâm lý học Lâm sàng. Có bằng cấp này, chúng ta mới được phép hành nghề như một nhà tâm lý lâm sàng.

- *Công tác nghiên cứu*: Nghiên cứu là một mảng quan trọng của Tâm lý học Lâm sàng. Các lý thuyết, mô hình, phương pháp được sử dụng trong Tâm lý học Lâm sàng ngày nay đều xuất phát từ nghiên cứu. Đối lại, quá trình thực hành sẽ giúp cho việc nghiên cứu tiến triển và đưa ra được các mô hình mới hiệu quả, chính xác và có tính thích nghi tốt hơn.

Về phía nhà tâm lý lâm sàng, anh ta được coi là chuyên gia về hành vi con người và các cơ chế tâm lý. Anh ta làm việc thông qua các phương pháp lâm sàng, thực hành thường xuyên và không ngừng tự hỏi, tự đào tạo bản thân cũng như không ngừng trao đổi, tham khảo các đồng nghiệp. Công việc của nhà tâm lý lâm sàng khác với bác sỹ tâm thần: một bác sỹ chuyên ngành về tâm thần học có thể kê thuốc nhằm tác động đến sinh học của não để cải thiện hành vi tâm lý của bệnh nhân. Tuy nhiên, hoạt động của nhà tâm lý lâm sàng và bác sỹ tâm thần luôn bổ sung, hỗ trợ nhau.

1.1.5. Các đóng góp của Tâm lý học đối với ngành Y

Một cách thông thường, các bệnh nhân thường muốn gặp bác sỹ để được lắng nghe và được chăm sóc hơn là “được xem như đồ vật

phải sửa chữa". Cán bộ y tế không phải là nhà tâm lý, nhưng họ sẽ không thể chăm sóc bệnh nhân nếu không chú ý đến các yếu tố tâm lý cũng như ảnh hưởng của mối quan hệ giữa cán bộ y tế với bệnh nhân trong mỗi giai đoạn của điều trị, kể từ lần khám bệnh đầu tiên cho đến lúc đã nhập viện. Như thế, Tâm lý học Lâm sàng và Tâm lý học Y học giúp bác sỹ điều trị bệnh nhân tốt hơn bằng các kỹ thuật thông thường của mình dựa trên các dữ liệu tâm lý (nhân cách riêng, tiểu sử của bệnh nhân...).

Hai chuyên ngành này còn nhìn nhận cán bộ y tế theo cách khác hẳn những ngành khác. Trong khi các chuyên ngành khác không hoặc ít khi quan tâm đến những gì cán bộ y tế trải qua và cảm nhận, thường coi họ là một kỹ thuật viên, Tâm lý học quan tâm đến bác sỹ, y tá... ở góc độ nhân văn hơn, coi mỗi người là một cá thể riêng biệt với những cảm xúc, sở thích, lựa chọn, mong muốn... của riêng mình. Chẳng hạn, Tâm lý học đặt ra câu hỏi làm sao để cán bộ y tế cảm thấy thoải mái khi đối diện với một bệnh nhân khóc, đau khổ, làm sao thông báo với cha mẹ là con họ bị bệnh nan y. Tâm lý học cũng tìm hiểu vì sao có cán bộ y tế cảm thấy thoải mái khi chăm sóc người già hơn là trẻ nhỏ, vì sao khi đối diện với nỗi đau của bệnh nhân, có người dễ xúc động hơn những người khác. Nói cách khác, Tâm lý học quan tâm đến sự khác biệt giữa các cá nhân từng cán bộ y tế, không phải để đánh giá rằng cá nhân này tiêu cực hay tích cực mà để giúp mỗi người hiểu và tự vấn về vị trí của chính mình. Chẳng hạn, Tâm lý học giúp cán bộ y tế hiểu hơn vì sao, động cơ nào thúc đẩy họ hành nghề bác sỹ, y tá, khó khăn nào họ gặp phải trong mối quan hệ với bệnh nhân, làm sao để vượt qua khó khăn đó, ứng xử thế nào khi bệnh nhân tin tưởng mình tuyệt đối hoặc ngược lại, khi họ e ngại vì mình còn là sinh viên... Vì vậy, dù nhân cách, sở thích, chuyên ngành tương lai của cán bộ y tế là gì (nhi khoa, tâm thần, phẫu thuật...), Tâm lý học giúp họ chăm sóc bệnh nhân tốt hơn với những gì họ đã có.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

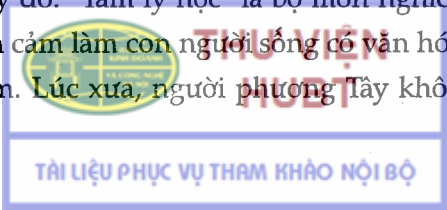
SO SÁNH GIỮA KHÁM Y KHOA VÀ THĂM KHÁM TÂM LÝ

	Khám y khoa	Thăm khám tâm lý
Tiếp cận	Cơ thể	Toàn diện (con người đau khổ vì một bệnh cơ thể và/hoặc tâm lý)
Bệnh sử và tiền căn	Tiền căn cá nhân và cha mẹ	Tìm hiểu đời sống riêng tư và thẳm kín, tiểu sử xuyên thế hệ, tiểu sử phát triển của cá nhân
Cách khám	Kiểm tra, sờ nắn, gõ, nghe	Quan sát và lắng nghe
Công cụ đánh giá	Ống nghe, dụng cụ tai mũi họng, búa... Xét nghiệm cận lâm sàng	Đồ chơi, hình vẽ, sách, tranh ảnh Trắc nghiệm tâm lý ...
Bảo mật	Rất nghiêm túc	Rất nghiêm túc
Giao tiếp	Chỉ đạo, ít giải thích	Từng kỳ, trao đổi ngang hàng
Điều trị	Bằng thuốc/phẫu thuật với phác đồ điều trị đặc thù cho từng loại bệnh	Tâm lý trị liệu thay đổi theo từng cá nhân bệnh nhân và từng lần khám
Thời lượng khám	Vài phút	Tối thiểu 30 phút

1.2. TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG Ở VIỆT NAM

1.2.1. Tâm lý học và văn hóa Việt

Tâm lý thể hiện ít nhiều qua ngôn ngữ và cách phát ngôn. Trong tiếng Việt, để nói về ngành khoa học nghiên cứu tâm trí, chúng ta dùng thuật ngữ “tâm lý học”. “Lý” có hai nghĩa không xa với nhau: một là lý luận và hai là lý do. “Tâm lý học” là bộ môn nghiên cứu luật tâm lý và nguyên tắc tình cảm làm con người sống có văn hóa. Tà tượng trưng cái đó bằng trái tim. Lúc xưa, người phương Tây không rành chuyện cho



rằng người phương Đông không phân biệt tâm và trí, trái tim và bộ não, nên họ nghĩ rằng người Việt dùng chữ tâm lý chỉ như một cách nói để nói. Nếu ta suy nghĩ theo họ thì phương Đông chưa từng biết “hoạt động nội tâm” là gì. Họ không biết rằng chữ “tâm” không đơn thuần có nghĩa là trái tim, mà là một hình ảnh, là cách nói ẩn dụ (métaphorique), bóng gió, trừu tượng để mô tả con người như một thực thể vừa có trí, vừa có thân, vừa có cảm xúc. Đó là con người tình cảm và đạo đức, dùng lý trí để phục vụ mình, thấu hiểu mình, giải thích mình, kế hoạch hóa mình. Sự hiểu không thấu đáo này của người phương Tây cũng nhắc chúng ta chú ý để hiểu đúng bối cảnh văn hóa của từ ngữ ta dùng, tránh rơi vào “bẫy”: khi thấy một hiện tượng xã hội mới lại tưởng chừng như xuất hiện một khái niệm mới trong Tâm lý học. Chúng ta thường có xu hướng lạm dụng các danh từ mới, chẳng hạn như từ “trầm cảm” mà dân gian đã biết từ lâu dưới một vài cái tên như “bệnh buồn buồn” hoặc “bệnh buồn vô cớ”.

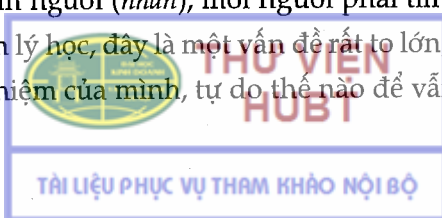
Tâm lý người Việt Nam tiếp nhận ảnh hưởng của bốn nền văn hóa chính, trong đó không tính đến ảnh hưởng của Công giáo vì nó du nhập vào Việt Nam tương đối gần đây và còn mới. Bốn nền văn hóa ảnh hưởng đến dân tộc tính người Việt Nam gồm có:

- **Văn hóa Mélanésia từ phía nam** đề cao giá trị phụ nữ qua chế độ mẫu hệ. Trong tiếng Việt, những gì quan trọng đều chiếu theo nữ giới: cống *cái*, con sông *cái* (sông lớn), điện thoại *mẹ*...

- **Phật giáo** trong văn hóa Việt được coi như triết học con người, cô đọng trong luật nhân quả, thuyết luân hồi và quan niệm rằng đời là bể khổ.

- **Lão giáo của Lão Tử** cho rằng Âm Dương là một hệ thống, mọi sự vật hiện tượng đều có mối quan hệ biện chứng với nhau: có trên là có dưới, có nam là có nữ, có ban sáng là có ban tối... Ý niệm âm dương thường xuyên hiện lên trong lời lẽ và đời sống hàng ngày.

- **Nho giáo của Khổng Tử**, đề cao ngũ thường, gồm nhân, lễ, nghĩa, trí, tín. Trong đạo làm người (*nhân*), mỗi người phải tìm ra đường chân lý của mình. Với Tâm lý học, đây là một vấn đề rất to lớn, con người phải ý thức được trách nhiệm của mình, tự do thế nào để vẫn sống phù hợp



với cộng đồng. Nói cách khác, Nho giáo khẳng định rằng không bao giờ có một sự tự do tuyệt đối. *Lễ* tức là tuân thủ nguyên tắc, quy củ xã hội, bao gồm cả điều lệ và thói quen. *Nghĩa* là cách ứng xử đạo đức, hợp lẽ phải, thủy chung. *Trí* là sự sáng suốt, khả năng phân tích, suy nghĩ, phán đoán của con người. *Tín* đề cao đức tin của con người, biết trọng lời hứa, tin tưởng lẫn nhau.

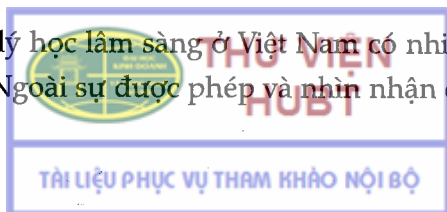
Trong bốn ảnh hưởng nói trên, nếu như Phật giáo đề cao tâm lý nội tâm của con người, Lão giáo ảnh hưởng đến quan niệm về vũ trụ, thì Nho giáo bàn về đạo đức con người xã hội. Bên cạnh những ảnh hưởng này, truyền thống thờ cúng ông bà, tổ tiên là một nét văn hóa, là một niềm tin tôn giáo rất riêng của người Việt Nam. Cơ sở của tập tục này là tình thương hai chiều trên dưới trong gia đình. Trong quan niệm Á Đông, gia đình là một xã hội thu nhỏ thống nhất, là nơi “tập sự” trước khi cá nhân bước vào xã hội thực. Điểm này khác biệt với quan niệm phương Tây, cho rằng có một sự đứt đoạn giữa cá thể và tập thể, giữa gia đình và xã hội.

Tâm lý học là bộ môn khoa học nhân văn gắn liền con người với môi trường sống, xã hội và lịch sử văn minh của xã hội đó. Do đó, nghiên cứu tâm lý là nghiên cứu quan hệ cấu tạo một thân với một thể thành một đơn vị tâm trí gọi là con người, có tiềm năng nghiên ngấm nội tâm và xây dựng kế hoạch tương lai cho riêng mình, theo cách phù hợp với tập thể và lý tưởng. Sự đối chiếu Âu - Á, Đông - Tây, do đó, phải là một đối chiếu văn hóa để xem tâm lý người Việt luôn đề cao cộng đồng thì khác thế nào với tâm lý người phương Tây cá nhân chủ nghĩa. Khi ta hiểu kho tàng văn hóa của ta là một nguồn tham khảo quý giá thì ta không sợ mất bản sắc và đặc thù truyền thống của ta, nhờ đó mà ta lại càng cởi mở đón nhận các nền văn hóa từ xa đến.

1.2.2. Sự phát triển nghề tâm lý học lâm sàng ở Việt Nam

a. Thuận lợi

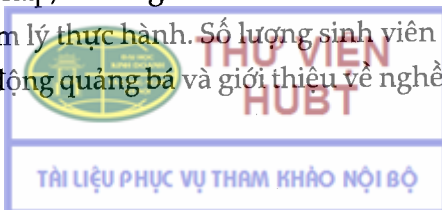
Nghề tâm lý học lâm sàng ở Việt Nam có nhiều tiền đề thuận lợi để phát triển. Ngoài sự được phép và nhìn nhận của các cơ quan nhà



nước, sự hỗ trợ của các trường đại học, bệnh viện, tổ chức phi chính phủ..., Tâm lý học cũng như hình ảnh nhà tâm lý giờ đây đã không còn xa lạ với dân chúng, đặc biệt là khi mọi người ý thức rõ ràng hơn về sức khỏe tinh thần. Những khởi sắc về mặt kinh tế ở Việt Nam đã góp phần nâng cao đời sống vật chất, từ đó chất lượng cuộc sống tinh thần của người dân cũng được cải tiến. Chủ nghĩa cá nhân được đánh giá cao hơn, mỗi người chú ý, quan tâm đến bản thân mình hơn. Vì thế, trợ giúp tâm lý không còn là “một sự xa xỉ” (chữ dùng của Nguyễn Khắc Viện, “sự xa xỉ cần thiết”, khi nói về Tâm lý học ở Việt Nam), mà giờ đây nó đã có mặt trong quan niệm về sức khỏe của người dân. Nó đã trở nên phổ biến trên các phương tiện truyền thông (báo, tạp chí, phát thanh, truyền hình...). Sự phát triển tư vấn tâm lý qua điện thoại, các trang mạng về sức khỏe tinh thần, tư vấn tâm lý mở ra hướng tiếp cận cho người dân ở nông thôn hay rộng ra là những đối tượng không dễ dàng tìm đến các trung tâm tư vấn.

Bên cạnh đó, ngành Tâm lý học Lâm sàng ở Việt Nam cũng đã mở cửa đón nhận những hợp tác quốc tế trong đào tạo và thực hành từ nhiều năm nay. Có thể kể đến các quan hệ hợp tác của nhiều đơn vị khác nhau ở Việt Nam với Trường Tâm lý Thực hành Paris (từ năm 2001), Bệnh viện Nhi Royal Melbourne của Úc (từ năm 2007), Tổ chức ADEPASE của Pháp (từ những năm 1990)... Một số chương trình đào tạo song phương, đồng cấp bằng đã được đưa vào thực hiện, chẳng hạn như chương trình đào tạo Thạc sỹ Tâm lý học thực hành của Đại học Toulouse-Jean Jaurès mở tại Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn Hà Nội. Các hợp tác này tạo điều kiện thuận lợi cho việc nhìn nhận và chuyên nghiệp hóa Tâm lý học Lâm sàng, xem đó là ngành học riêng biệt, tách rời nó khỏi tâm lý sư phạm và tâm lý giáo dục, vốn là hai chuyên ngành đã có nền móng ở Việt Nam.

Ngoài ra, bản thân các đơn vị đào tạo ở Việt Nam cũng cập nhật, thay đổi phương pháp, chương trình của mình để hướng tới cải tiến việc đào tạo nhà tâm lý thực hành. Số lượng sinh viên được đào tạo đã tăng lên. Các hoạt động quảng bá và giới thiệu về nghề tâm lý lâm sàng

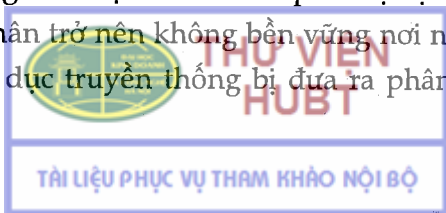


cũng được tích cực thực hiện nhằm làm cho quần chúng và cả các nhà chuyên môn khác thấy được lợi ích của việc nghiên cứu và thực hành tâm lý. Ở lĩnh vực thực hành nghề, các nhà tâm lý chịu khó giao lưu, trao đổi với nhau và với các đồng nghiệp nước ngoài, cải tiến phương thức và cách tổ chức công việc (sắp xếp không gian, điều kiện làm việc tốt hơn, tôn trọng và nghiêm khắc với các khuôn khổ đề ra...)

b. Hạn chế

Về mặt văn hóa, khó khăn đầu tiên để Tâm lý học Lâm sàng phát triển dễ dàng ở Việt Nam nằm ở chỗ vẫn còn thiếu sự thích nghi những khái niệm Tâm lý học phương Tây với nền văn hóa Việt, một nền văn hóa, như đã nói ở trên, chịu ảnh hưởng của ba luồng tư tưởng lớn ở châu Á (Khổng giáo, Phật giáo, Lão giáo) cùng với phong tục thờ kính tổ tiên và lòng hiếu thảo. Mặc khác, cho dù đã có nhiều thay đổi trong quan niệm về cá nhân, cá thể, cái “tôi” xã hội và quan hệ nhìn chung vẫn luôn được đánh giá cao hơn cái “tôi” cá nhân. Trong tiếng Việt, xưng hô ở ngôi thứ nhất (tôi, em, anh, chị, cô, chú...) luôn dựa vào mối quan hệ với người khác; điều này cho thấy tính cộng đồng luôn trội lên trên tính cá thể. Do đó, nhà tâm lý khó làm việc trên khái niệm chủ thể/cá thể và gặp không ít khó khăn trong việc thích nghi những lý thuyết, mô hình, phương pháp, công cụ... Ngay cả khi không có khó khăn về việc cái “tôi” cộng đồng được đề cao, việc chuyển các khái niệm Tâm lý học từ văn hóa này sang văn hóa khác, từ ngôn ngữ này sang ngôn ngữ khác đã là không đơn giản; những người nghiên cứu và thực hành tâm lý lâm sàng ở Việt Nam thường phải đối diện với việc thiếu từ vựng hay hạn chế trong việc dịch khái niệm, thuật ngữ.

Ở khía cạnh kinh tế - xã hội, có thể thấy tình hình xã hội Việt Nam không ngừng trở nên phức tạp hơn với những thay đổi văn hóa - xã hội quan trọng: sự đô thị hóa ồ ạt; sự hạt nhân hóa mô hình gia đình; thay đổi phương thức vận hành mối quan hệ vợ chồng và vai trò của phụ nữ; hôn nhân trở nên không bền vững nơi những người trẻ; các hình thức giáo dục truyền thống bị đưa ra phân tích và từ bỏ. Các



bệnh tinh thần cũng trở nên phổ biến hơn: tự tử, ma túy, nghiện rượu, nghiện internet và chơi game, mãi dâm, tình trạng phạm tội...

Đối với riêng ngành học, vẫn còn thiếu các tài liệu được dịch sang tiếng Việt, và có quá ít tài liệu được viết bằng tiếng Việt. Việc này làm hạn chế sự chia sẻ thông tin, kinh nghiệm lâm sàng, sự trao đổi để thích nghi và thống nhất về các khái niệm mới. Các trắc nghiệm tâm lý được sử dụng trong thực hành một cách tùy tiện (chọn trắc nghiệm không thích hợp hoặc giải thích sai kết quả) và không được hợp thức hóa; việc chuẩn hóa hay cao hơn nữa là xây dựng một trắc nghiệm tâm lý cho văn hóa Việt là quá khó vì nó đòi hỏi phương pháp, kỹ thuật chặt chẽ cũng như đầu tư lớn về thời gian, tiền bạc, con người. Hơn nữa, Việt Nam chưa xây dựng được quy chế hành nghề nhà tâm lý của riêng mình, những người thực hành không có một văn bản chính thức để tham khảo. Trong giảng dạy, suy nghĩ cá nhân và tư duy phân tích ít khi được đề cao; giảng dạy thiếu minh họa, ít thực hành diễn giải, quan sát lâm sàng. Một điểm nữa đáng suy nghĩ, đó là người ta chưa thấy nhiều liên minh và hợp tác giữa các nhà chuyên môn về Tâm lý học Lâm sàng ở Việt Nam, các nhà tâm lý chưa có thói quen làm việc theo mạng lưới, ngại chia sẻ ý kiến và kinh nghiệm, thiếu thôn giám sát chuyên môn cũng như những nhà chuyên môn lân cận (nhà tâm vận động, chuyên gia chính âm...).

Về phía người dân, tuy nhiều người đã thay đổi quan niệm về Tâm lý học, tín ngưỡng (thầy cúng, thầy bói...) vẫn có ảnh hưởng vô cùng lớn. Mặt khác, người dân vẫn có kiểu nhận thức “thuốc hóa” tâm lý lâm sàng, cho rằng những triệu chứng liên quan đến các vấn đề tâm lý có thể được điều trị, chăm sóc bằng thuốc như những triệu chứng liên quan đến bệnh cơ thể, trong khi bản chất của trị liệu tâm lý cần thời gian, kết quả thường không nhìn thấy ngay tức thì.





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 2

NHỮNG ĐÓNG GÓP CỦA TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN ĐỐI VỚI TÂM LÝ LÂM SÀNG

*Dana Castro, Bernard Durand, Mathilde Gazard,
Tania Goulame-Schirrmann, Nguyễn Ngọc Diệp,
Xuân Phan, Camille Pouchepadass & Marie-Noelle Saint Aubin*

2.1. SỰ PHÁT TRIỂN TÂM LÝ CỦA TRẺ SƠ SINH

2.1.1. Môi quan hệ sớm mẹ - con

a. Môi quan hệ mẹ - con theo Winnicott

Môi quan hệ sớm mẹ - con là chủ đề quan tâm chính trong suốt cuộc đời của Winnicott (1896-1970), bác sỹ nhi khoa và nhà phân tâm học nổi tiếng người Anh. Đối với ông, trẻ sơ sinh có tiềm năng bẩm sinh, sẽ trưởng thành nhưng chỉ thành thực nếu có sự chăm sóc của người mẹ. Trẻ chỉ có thể phát triển được cái “tôi” riêng của chúng nếu chúng nhận được cái gọi là “sự hiện diện đầy đủ liên tục” của người mẹ. Cụ thể hơn, để trẻ có cảm giác mẹ hiện diện liên tục, người mẹ ở trong trạng thái mà Winnicott gọi là *giai đoạn chăm lo tiên phát*. Trạng thái này bắt đầu xuất hiện trong thời gian cuối của thai kỳ và tiếp tục tồn tại trong vài tuần lễ tiếp theo sau khi sinh. Khi đó, người mẹ có khả năng thấu cảm lớn để biết những gì đứa trẻ cần. Sự chăm lo tiên phát này ở người mẹ này đòi hỏi sự đồng nhất hóa của mẹ với trẻ. Nó tương đương với mức độ nhạy cảm tăng dần ở người mẹ trong những tuần



lễ đầu sau khi sinh và nó cung cấp cho trẻ những điều kiện cần thiết cho sự phát triển. Như vậy, cái “tôi” của người mẹ nâng đỡ cái tôi yếu đuối và chưa thể hòa nhập với môi trường của trẻ. Dần dần, trẻ có thể tự cảm nhận, tự hòa nhập và tự xa mẹ vì trẻ đã cảm nhận đủ sự hiện hữu liên tục của mẹ.

Mối quan hệ sớm mẹ - con tiến triển theo ba giai đoạn:

- Giai đoạn lệ thuộc tuyệt đối (5 tháng đầu đời của trẻ):

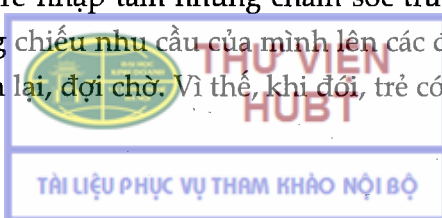
Trẻ dính hoàn toàn với mẹ. Mẹ đáp ứng nhu cầu của trẻ và cho trẻ cảm giác thỏa mãn. Vì vậy trẻ cảm thấy toàn quyền. Sự lặp lại kinh nghiệm này đem đến sức mạnh cho cái “tôi” yếu đuối của trẻ và cho phép trẻ dần dần cảm thấy hòa nhập. Trong giai đoạn này, trẻ mới chỉ có thể hoặc là tận dụng được sự chăm sóc tốt, hoặc là bị đau khổ vì rối loạn, chứ chưa có khả năng phân biệt và làm chủ được việc tập nhiễm cái tốt hay cái xấu.

- Giai đoạn lệ thuộc tương đối (từ 6 tháng đến cuối năm đầu):

Ở giai đoạn này, mẹ phải giảm việc đáp ứng các nhu cầu của trẻ, bằng cách không đáp ứng ngay lập tức, để trẻ dần tự thấy mình khác mẹ và tách khỏi mẹ. Nhờ việc tách khỏi mẹ mà trẻ có thể nhận biết nhu cầu của chính mình, thiết lập mối quan hệ với các đồ vật và thấy được sự khác biệt giữa mình và thế giới bên ngoài. Sau đó chính trẻ sẽ ra dấu hiệu để gọi mẹ. Điều này có nghĩa là trẻ từ từ có cảm giác có thật và có ý thức về bản thân mình. Cái “tôi” được cấu thành từ đó, Winnicott gọi đó là bản ngã của trẻ. Với sự phát triển của bản ngã, càng lúc trẻ càng có khả năng chịu đựng chia cách, đổ vỡ, chấp nhận thực tế và quen với sự vắng mặt.

- Giai đoạn tiến triển đến độc lập (từ 1 tuổi trở đi):

Trẻ dần đương đầu với thế giới và tự nhận ra mình trong môi trường của mình. Trẻ thu thập từ từ các kinh nghiệm xã hội, từ đó có được những hiểu biết nhất định và trở nên dần tin tưởng ở môi trường xung quanh. Trẻ nhập tâm những chăm sóc trước đó mình đã nhận được và phóng chiếu nhu cầu của mình lên các đồ vật. Lúc này trẻ có khả năng hoãn lại, đợi chờ. Vì thế, khi đối, trẻ có thể chờ một chút và



biết tưởng tượng ra bình sữa để đủ nhần nại. Chính khả năng biểu tượng này cho phép trẻ phát triển ngôn ngữ.

Trong trường hợp sự chăm sóc không phù hợp hoặc không đủ, cái “tôi” yếu đuối của trẻ không hòa nhập được vì phải chịu đựng sợ hãi hủy diệt và tan rã, không còn sự đồng nhất nữa và ở trẻ xuất hiện cảm giác sụp đổ (breakdown). Đối với Winnicott, các rối loạn tinh thần khi trưởng thành có nguồn gốc từ những kinh nghiệm đầu tiên của trẻ trong mối quan hệ với mẹ và với môi trường xung quanh. Rối nhiễu tâm lý, như vậy, cũng có thể được coi là một khuynh hướng mà cá nhân sử dụng để tự bảo vệ bản thân, chống lại sự sụp đổ. Trong trị liệu, điều cần làm khi gặp tình huống này là tạo cảm giác an toàn cho trẻ và tìm cách khôi phục mối quan hệ mẹ con, nâng đỡ trẻ và cho trẻ một không gian để trẻ dần đạt đến trạng thái hội nhập.

b. Mối quan hệ mẹ - con trong môi trường bệnh viện: Một số trường hợp thực hành

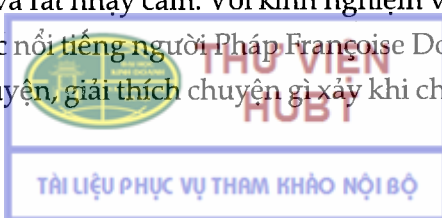
Đặc trưng của quan hệ sớm mẹ - con là những kiến thức quý báu giúp các nhà chuyên môn bố trí phòng mẹ và con trong bệnh viện. Tuy nhiên, trong lúc chăm sóc, các nhu cầu của trẻ không phải lúc nào cũng dễ dàng được thấu hiểu. Chúng ta hãy cùng suy nghĩ từ những tình huống thực tiễn cụ thể.

Tình huống 1 - Trong khoa nhi, một bé 6 tháng tuổi bị bệnh nặng về da. Bạn phải bôi kem lên người bé. Bé khóc khi bạn cởi quần áo bé.

Bạn phải làm sao? Giải thích câu trả lời của bạn.

Trả lời: Nói chuyện với trẻ, có nghĩa là giải thích trước khi bạn bắt đầu công việc của bạn. Vừa làm, bạn vừa tiếp tục giải thích việc bạn làm và tại sao.

Giải thích: Dù cho ở lứa tuổi này bé không biết nói nhưng bé có thể cảm nhận được và rất nhạy cảm. Với kinh nghiệm về trẻ em, bác sỹ và nhà phân tâm học nổi tiếng người Pháp Françoise Dolto khẳng định hiệu quả của nói chuyện, giải thích chuyện gì xảy ra khi chăm sóc trẻ nhỏ.



Khi người lớn làm thế, họ đã làm được việc nói giùm trẻ khi chính trẻ chưa biết dùng từ để diễn giải sự việc. Nhờ đó mà trẻ cảm thấy dịu lại, được trấn an. Hơn nữa, giải thích các thao tác chuyên môn, mà đôi lúc đối với người lớn ta cũng áp dụng, giúp người chăm sóc tập trung vào công việc với thái độ bình tĩnh, làm đứa trẻ cũng tập trung chú ý theo.

Tình huống 2 - Một trẻ ba tuổi nhập viện, trường hợp cấp cứu, do chứng viêm vị trường (màng nhầy dạ dày và ruột non). Cha mẹ trẻ rất lo lắng. Sang ngày thứ ba tại bệnh viện, chỉ cần nhìn thấy cán bộ y tế là trẻ kêu khóc đòi mẹ mà bạn cần vào phòng để đo nhiệt độ cho trẻ.

Bạn sẽ có thái độ nào đối với trẻ? Giải thích câu trả lời của bạn.

Trả lời: Nếu có thể, bạn hãy giải thích cho trẻ lý do vắng mặt của mẹ (mẹ làm việc, mẹ ở xa và không thể ở suốt ngày...), một cách rõ ràng nhưng không cần chi tiết lắm. Sau đó bạn hãy tự giới thiệu mình như một người đến để giúp trẻ. Cuối cùng, bạn giải thích một cách đơn giản với trẻ việc lấy thân nhiệt (thực hiện như thế nào, bạn cần làm gì, trẻ cần làm gì...), nói rằng việc này cũng là một cách chăm sóc trẻ.

Giải thích: Tình trạng nhập viện, vắng mẹ, đau đớn làm trẻ lo lắng. Dĩ nhiên, cán bộ y tế dễ bị ức chế trước những kêu khóc kéo dài. Nhưng mục đích của chúng ta là giúp trẻ chịu được sự vắng mẹ. Giải thích nếu có thể được (không nên nói dối) và dùng lời nói để trấn an giúp trẻ thích nghi được với bệnh viện, với những người chăm sóc xa lạ trong trang phục trắng...

Tình huống 3 - Một người mẹ bỗng đưa con sáu tháng. Bạn cần đem đứa bé vào phòng lấy máu để mang đi xét nghiệm.

Bạn sẽ làm thế nào để đem bé đi? Giải thích câu trả lời của bạn.

Trả lời: Trước khi bỗng bé rời khỏi tay mẹ, bạn phải giải thích cho cả hai bạn là ai và bạn sẽ làm gì. Sau đó bạn yêu cầu người mẹ đưa bé cho bạn hoặc cùng bạn đến phòng chăm sóc.

Giải thích: Đứng trước mặt người mẹ bỗng con, giải thích cho cả hai là một hình thức nhận biết mối quan hệ của họ. Cả hai phải được

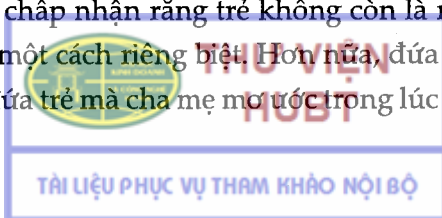
coi như có khả năng hiểu thế nào là xét nghiệm với những lời giải thích đơn giản. Đó cũng là một cách kéo dài thời gian, dù ngắn ngủi, để tránh tình trạng giật bé ra khỏi tay mẹ, làm cho bé cảm tưởng như bị hành hung, khi bị chuyển từ vị trí này sang vị trí khác. Hơn thế nữa, khi bạn nhẹ nhàng yêu cầu người mẹ đưa trẻ cho mình là bạn đã tránh cho mình việc phải đóng vai người có quyền, có vị trí cao hơn. Đó là một cách tạo điều kiện cho mẹ cùng chăm sóc bé với cán bộ y tế và theo cách nào đó, bạn đã chia sẻ trách nhiệm với người mẹ.

Đôi khi quan hệ giữa cán bộ y tế với bệnh nhân cũng có bản chất giống như mối quan hệ sớm mẹ - con. Người cán bộ y tế có thể đóng vai trò thay thế người mẹ mà đôi lúc trẻ rất cần (cần được trấn an, khích lệ, quan tâm đến sự đau đớn...). Việc chăm sóc người lớn cũng có thể suy ra từ đây. Đôi khi cán bộ y tế gặp phải bệnh nhân quá lệ thuộc, như sự lệ thuộc của một đứa trẻ, với thái độ đòi hỏi được chăm sóc theo kiểu tuyệt đối ("tất cả", "ngay lập tức", "luôn luôn"...). Lúc đó, cán bộ y tế có nguy cơ trở thành một người hoặc đáp ứng tất cả (như một người mẹ thích chiều chuộng con) hoặc không làm gì hết (như một người mẹ bị đè nén).

2.1.2. Sự phát triển tâm lý ở trẻ sơ sinh

Việc phát triển tâm trí của một đứa trẻ cũng giống như phát triển thể xác, đều trải qua các giai đoạn: trong bụng mẹ, sơ sinh (0-1 tuổi), tuổi thơ đầu đời (2-6/7 tuổi), tuổi thơ (6/7-11/13 tuổi) và tuổi vị thành niên (11/13-18/20 tuổi).

Cần lưu ý trước tiên rằng việc chào đời là một sốc nặng đối với thai nhi, nhất là do chuyển từ môi trường lỏng sang môi trường khí. Sự chia cách đầu tiên với mẹ là một sang chấn đối với trẻ và trẻ biểu lộ nỗi đau bằng tiếng khóc đầu đời. Về phía người mẹ, trước và trong khi mang thai, cha mẹ tương lai tha hồ tưởng tượng về trẻ, nào là to lớn, đẹp trai, dịu dàng, xinh gái, khỏe mạnh và sau này sẽ giàu có. Khi sinh trẻ ra, người mẹ phải chấp nhận rằng trẻ không còn là một phần của mình nữa, trẻ tồn tại một cách riêng biệt. Hơn nữa, đứa trẻ sinh ra có thể không giống với đứa trẻ mà cha mẹ mơ ước trong lúc mang thai, có



nghĩa là đứa được tưởng tượng, được lý tưởng hoá (điều này dần dần rồi sẽ được thích nghi ở những năm đầu tiên).

Khi sinh ra, trẻ có vài phản xạ bẩm sinh, không điều kiện và không chủ ý như phản xạ mút (bằng miệng). Trẻ cũng có khả năng tình cờ nắm bắt được các đồ vật nhưng chưa biết cách đưa chúng vào miệng. Dần dần, trẻ biết cách phản ứng thích hợp với tình huống gặp phải và trở nên chủ động hơn trong mối quan hệ với người khác và với môi trường xung quanh. Phương tiện giao tiếp chính giữa mẹ và trẻ sơ sinh là hoạt động ăn - cho ăn. Phân tâm học gọi đây là giai đoạn môi miệng, giai đoạn mà trẻ cảm nhận được sự thích thú qua miệng và da của mình. Vì vậy, việc bé bú không chỉ để tự nuôi sống mà còn là sự trao đổi cảm xúc với mẹ mình.

Nếu như ở những tháng đầu đời, trẻ sống trong sự cộng sinh với mẹ, hòa mình vào mẹ, coi mẹ và mình như một người duy nhất, thì từ khoảng bốn tháng tuổi, trẻ bắt đầu biểu lộ sự khó chịu khi cha mẹ rời trẻ (ví dụ trẻ khóc khi mẹ đi xuống bếp chuẩn bị thức ăn). Đây là dấu hiệu của sự phân hóa nơi trẻ, trẻ bắt đầu biết phân biệt mẹ và chính mình. Sự sợ hãi xa cách thường được biểu lộ bằng tiếng khóc hay sự giận dữ và đó là những lúc âm ỉ cần thiết cho sự phát triển nhân cách. Để vượt qua cơn khó chịu vì xa cách, trẻ tìm cách tự trấn an, chẳng hạn như mút ngón tay; nhờ những trải nghiệm này mà trẻ bắt đầu tồn tại như một bản thể khác.

Từ sáu tháng tuổi, mẹ được xem như một chủ thể trọn vẹn, hoàn toàn tách biệt khỏi trẻ. Trẻ bắt đầu phân biệt những người xung quanh, mỉm cười với những gương mặt thân quen và nghi ngờ, tránh né những gương mặt xa lạ. Ở giai đoạn này, việc xa cách mẹ tạo ra ở trẻ sự sợ hãi khác, sợ hãi bị bỏ rơi hoặc sợ hãi trầm cảm của tháng thứ tám. Trẻ phát giác ra rằng cùng là một người, mẹ mình, vừa là nguồn khoái cảm (khi mẹ có mặt) vừa là nguồn khó chịu (khi mẹ bỏ đi). Thế là trẻ sẽ thiết lập một mối quan hệ có tính hai mặt với mẹ (xen kẽ của hai loại tình cảm đối ngược: yêu và ghét). Để chống lại nỗi sợ hãi này, trẻ phát huy mọi khả năng giúp trẻ tưởng tượng được mẹ sẽ quay về khi trẻ muốn.

Từ đó ở trẻ xuất hiện trò chơi đầu tiên giúp trẻ hình dung *sự vắng mặt và sự có mặt*, ví dụ như buông một đồ chơi ra rồi tìm cách bắt lại. Như thế, trẻ dần chuẩn bị cho tương lai ở một mình, cho đời sống tự lập. Cần lưu ý là có thể xảy ra trường hợp bệnh lý nếu trẻ bị xa cha mẹ quá lâu. Những trẻ rơi vào hoàn cảnh này có thể dần dần tự thu mình và lâm vào trường hợp trầm cảm.

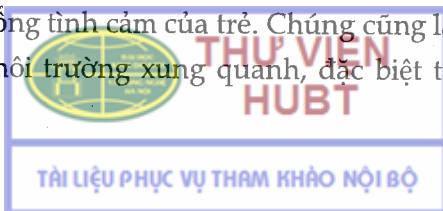
2.1.3. Các kỹ năng sớm của trẻ sơ sinh

Về mặt thị giác, mắt trẻ sơ sinh từ bốn ngày tuổi đã bước đầu có khả năng dõi theo một vật có màu sắc sặc sỡ. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cử động cổ và đầu của trẻ sơ sinh có liên quan chặt chẽ đến các thông tin mà mắt trẻ thu được. Ngoài ra, từ một tháng tuổi, trẻ đã có khả năng phân biệt gương mặt của mẹ với gương mặt của một người lạ; từ bốn tháng tuổi, trẻ bắt đầu phân biệt được các hình khối, màu sắc và gương mặt người.

Về mặt thính giác, trẻ đang ngủ có phản xạ mở mắt khi có tiếng động, trẻ cũng dần phát triển khả năng phân biệt độ to nhỏ cũng như nhịp điệu của các âm thanh khác nhau. Ngay từ những ngày đầu đời, trẻ đã nhạy cảm với giọng nói của mẹ và của bố; giọng nói của con người làm cho trẻ cười nhiều hơn bất cứ âm thanh nào khác.

Về mặt khứu giác, một số nghiên cứu chỉ ra rằng trẻ sơ sinh có khả năng nhận biết từ rất sớm (ba ngày tuổi) mùi vị quen thuộc của sữa mẹ và bầu ngực mẹ.

Về mặt xúc cảm - tình cảm, ngay từ những tháng đầu tiên, trẻ đã sở hữu rất nhiều phương thức biểu lộ tình cảm khác nhau: kêu, khóc, cười, căng cơ mặt/tay/chân, điều bộ, cử chỉ, ngôn ngữ cơ thể... Chính nhờ phản ứng của những người xung quanh mà các phương thức này càng ngày càng trở nên phong phú và phức tạp nơi trẻ. Ta hãy lấy ví dụ về tiếng thét và sự khóc của trẻ. Đó là những phương thức *bày tỏ các trạng thái khó chịu và nhu cầu* của trẻ sơ sinh, và như vậy chúng gắn liền chặt chẽ với đời sống tình cảm của trẻ. Chúng cũng là các tín hiệu nhằm tác động vào môi trường xung quanh, đặc biệt tác động đến



người mẹ. Tiếng thét và khóc của trẻ có tác dụng tức thời để gọi người lớn. Người mẹ phải phân biệt các ý nghĩa khác nhau của nhiều loại tiếng thét để biết cách đáp ứng thích hợp. Nhìn chung trẻ có sáu loại tiếng thét:

- Tiếng thét cơ bản, tức thét đói, là loại phổ biến và tiêu biểu nhất.
- Tiếng thét hung dữ hoặc giận dữ là sự biến đổi của tiếng thét cơ bản và thường tạo ra cảm giác phẫn nộ cho người nghe.
- Tiếng thét đau đớn gồm tiếng thét cơ bản trộn vện nối tiếp bằng sự im lặng và kể đó bằng sự hít vào mở đầu cho một loạt tiếng thét thở ra kéo dài thất thường.
- Tiếng thét ảm ức được nghe như tiếng thét nối tiếp bởi hồi còi dài hít vào, và khác hẳn với tiếng thét đau đớn hoặc đói.
- Tiếng thét vui thích khác với các tiếng thét khác, thường ta sẽ dễ dàng nhận ra.
- Tiếng thét tuyệt vọng giả tạo là tiếng kêu rên kéo dài nhằm gây sự chú ý của mẹ, không phụ thuộc vào trạng thái khó chịu của cơ thể trẻ.

Khi bé hét lên thì các bà mẹ hiểu ngay ý nghĩa và hành động. Như thế, bé khóc hay thét lên nhằm được an ủi bằng nhiều cách khác nhau. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy, bé thường hay khóc nhiều là những bé có người mẹ không thể nhận biết những sắc thái khác nhau của tiếng thét. Vì thế, tiếng thét hay tiếng khóc của bé là một tiêu chí tốt để chúng ta đánh giá sự tương tác giữa bé và môi trường xung quanh.

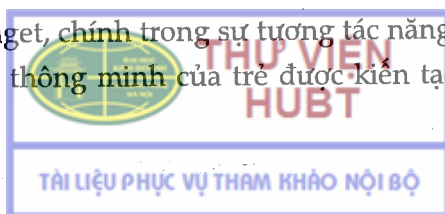
Các kỹ năng cụ thể hơn sẽ được giới thiệu ở phần “Sự phát triển tâm vận động ở trẻ 0-2 tuổi”.

2.2. TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN TRẺ EM

2.2.1. Sự phát triển nhận thức - xã hội ở trẻ em

a. Sự phát triển nhận thức theo Piaget

Theo Piaget, chính trong sự tương tác năng động với thế giới bên ngoài mà trí thông minh của trẻ được kiến tạo. Vì thế giới thay đổi



không ngừng nên trẻ phải liên tục tìm cách thích nghi, nhằm giữ vững “thăng bằng” cho bản thân. Piaget định nghĩa sự phát triển trí thông minh như một quá trình làm cân bằng giữa trẻ và môi trường. Sự phát triển này, theo Piaget, trải qua bốn giai đoạn.

Giai đoạn giác động (từ lúc mới sinh đến 2 tuổi)

Giai đoạn này có đặc tính là luyện tập các hành động cảm giác vận động nơi em bé, không ngôn ngữ, tư tưởng và khái niệm. Ví dụ như phản xạ mút, trò chơi vận động như leo trèo, chơi bằng tay... Giai đoạn này liên quan đến việc phát triển và kết hợp các năng lực cảm giác và vận động của bé.

Giai đoạn tiền thao tác (từ 2 đến 7 tuổi)

Giai đoạn này được đánh dấu bằng khả năng biểu tượng hóa ở trẻ, đó là khả năng trẻ có thể tự hình dung bằng tâm trí các đồ vật hoặc tình huống vắng mặt (không hiện diện, không tri giác được ngay lúc đó) và cho chúng một ý nghĩa. Ngôn ngữ, hình vẽ hoặc trò chơi tưởng tượng là cách biểu hiện sự biểu tượng hóa ấy.

Giai đoạn thao tác cụ thể (từ 7 đến 11-12 tuổi)

Ở giai đoạn này trẻ có thể thực thi các hoạt động tâm trí, phát triển tư duy logic (nhưng không trừu tượng) khi nhìn các sự vật, tình huống hiện diện và cụ thể. Ví dụ, trẻ dùng tay và sắp xếp số thành thạo hơn, trẻ hiểu khái niệm về không gian và thời gian, trẻ phân biệt thực tế với viễn tượng.

Giai đoạn thao tác hình thức (từ 11-12 đến 16 tuổi)

Điểm đặc trưng của giai đoạn này là ở trẻ hình thành tư duy trừu tượng, tức tư duy không cần dựa trên sự có mặt của sự vật, hiện tượng. Một cách rõ hơn, vào giai đoạn này, trẻ lý luận bằng giả thuyết và suy diễn. Trẻ có thể giải quyết một vấn đề bằng suy nghĩ chứ không cần đến thử nghiệm (thử - sai) để rút ra kết luận.

b. Sự phát triển tâm lý - xã hội theo Erikson

Erikson (1902-1994) mô tả sự phát triển của một con người theo tám giai đoạn tâm lý - xã hội khác nhau. Trong lý thuyết các giai đoạn



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

của ông, mỗi giai đoạn phát triển được là dựa trên sự hoàn thành, tức sự tạo nền tảng của giai đoạn trước đó. Động cơ của sự chuyển tiếp giữa các giai đoạn là các cơn khủng hoảng tâm lý xã hội. Ở đây, chúng ta chú ý đến năm giai đoạn đầu, từ tuổi trẻ em đến tuổi vị thành niên.

Giai đoạn	Cơn khủng hoảng/ Xung đột nội tâm	Quan hệ xã hội chủ đạo	Thuộc tính tâm lý nổi bật
0-18 tháng	Tin tưởng so với nghi ngờ	Với mẹ	Hy vọng
18 tháng-3 tuổi	Tự chủ so với xấu hổ và e dè	Với cả bố và mẹ	Ý chí
3-6 tuổi	Sáng kiến so với cảm giác có lỗi	Với gia đình	Tham vọng
6-11 tuổi	Năng suất so với tự ti	Với bạn bè, trường học	Năng lực
12-18 tuổi	Tìm ra bản ngã và khẳng định bản ngã	Với bạn bè, nhóm, người lãnh đạo	Trung thành

2.2.2. Sự phát triển xúc cảm - tình cảm ở trẻ em

Theo Freud, sự phát triển của trẻ đi theo một thứ tự gồm nhiều giai đoạn: giai đoạn môi miệng, giai đoạn hậu môn, giai đoạn dương vật, giai đoạn Oedipe, giai đoạn tiềm ẩn và giai đoạn cơ quan sinh dục. Ông đưa ra giả thuyết rằng mỗi giai đoạn tâm lý giới tính ấy ưu đãi một vùng thân thể đặc biệt, đó là vùng khoái cảm chủ yếu của trẻ.

Giai đoạn môi miệng (từ 0 đến 1 tuổi)

Mút gặm như là phản xạ bẩm sinh đầu tiên của trẻ. Theo Freud, ở giai đoạn này miệng và da chính là hai vùng mang lại khoái cảm cho trẻ. Như vậy trẻ bú không phải chỉ vì đói mà còn để tìm kiếm khoái cảm.



Giai đoạn hậu môn (từ 1 đến 3 tuổi)

Ở giai đoạn này, trẻ tìm thấy khoái cảm thông qua hậu môn. Đây là thời kỳ trẻ học cách tự đi vệ sinh. Sự tự chủ bản thân mới của trẻ khiến trẻ nhận ra mình có thể quyết định, có thể điều khiển cơ thể của mình. Tuy nhiên, giai đoạn này cũng chứng kiến nỗi sợ hãi mất tình thương cha mẹ nếu như trẻ không được đáp ứng. Một sợ hãi khác là sợ mất kiểm soát bản thân và người khác. Vì thế, trong trường hợp bắt buộc trẻ tự đi vệ sinh sớm, trẻ sẽ thật sự cảm thấy bị tước quyền trên cơ thể của mình và có cảm giác không còn kiểm soát được. Nhìn chung, trong giai đoạn này, trẻ tự chủ hơn trong các hoạt động của mình, từ việc chơi với người khác hay những điều trẻ học được (tự vệ sinh, ăn uống và mặc quần áo) đến việc sử dụng ngôn ngữ.

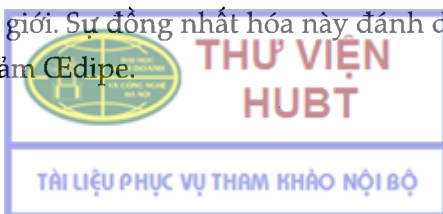
Giai đoạn dương vật (lúc 4 tuổi)

Ở giai đoạn này, vùng đem lại khoái cảm là cơ quan sinh dục. Trẻ bắt đầu nhận biết về sự khác biệt giới tính, thể hiện những tò mò của mình về mặt này. Sự nhận biết này là tiền đề cho sự ra đời phức cảm Œdipe.

Giai đoạn Œdipe (từ 5 đến 6 tuổi)

Freud dựa vào câu chuyện cổ về một chàng trai giết bố, cưới mẹ để đặt tên lý thuyết của mình là phức cảm Œdipe. Trong Phân tâm học, phức cảm Œdipe chỉ hiện tượng bé trai hay bé gái tìm cách quyến rũ phụ huynh khác giới với mình. Sự quyến rũ này đi cùng với việc trẻ trở nên cạnh tranh với phụ huynh cùng giới. Nói ngắn gọn, phức cảm Œdipe thể hiện tình yêu của trẻ với phụ huynh khác giới và sự bất mãn với phụ huynh cùng giới.

Dần dần, trẻ sẽ từ bỏ mong muốn quyến rũ của mình nhờ vào sự cảm đoán của cha mẹ. Từ mỗi quan hệ hai người (với một phụ huynh), trẻ bước sang mỗi quan hệ ba người (với cả bố và mẹ) - mỗi quan hệ tam giác. Sự áp đặt của cha mẹ và việc chuyển sang quan hệ ba người khiến trẻ dần dần tách ra khỏi tình yêu kiểu Œdipe để đồng nhất hóa với phụ huynh cùng giới. Sự đồng nhất hóa này đánh dấu sự kết thúc của giai đoạn phức cảm Œdipe.



Giai đoạn tiềm ẩn (từ 6 đến 12 tuổi)

Giai đoạn tiềm ẩn kéo dài từ 6 tuổi đến trước khi dậy thì. “Tiềm ẩn” là vì ở giai đoạn này, theo Freud, trẻ ngưng phát triển tâm lý giới tính, bước vào thời kỳ nghỉ ngơi của các xung năng tính dục. Thời kỳ này thích hợp với giáo dục, phát triển các kỹ năng học tập, trẻ hướng năng lực mình đến các sinh hoạt xã hội như đọc sách, thể thao, trò chơi, v.v.

Giai đoạn sinh dục (từ 12 đến 18 tuổi)

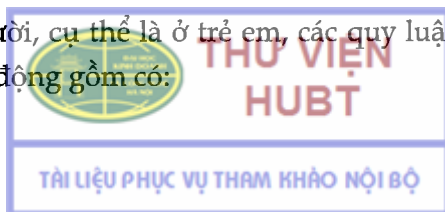
Giai đoạn này là giai đoạn thức tỉnh các xung năng tính dục, ở trẻ có sự hưng phấn tình dục, một hưng phấn vừa là nguồn khoái cảm vừa là nỗi khó chịu. Tuổi vị thành niên là thời kỳ có nhiều chuyển đổi, chuyển tiếp giữa tuổi trẻ em và tuổi trưởng thành. Người ta hay nói về cơn khủng hoảng của tuổi vị thành niên, trải qua cơn khủng hoảng này, nhân cách con người sẽ được hình thành rõ nét.

2.2.3. Sự phát triển tâm vận động ở trẻ từ 0-2 tuổi

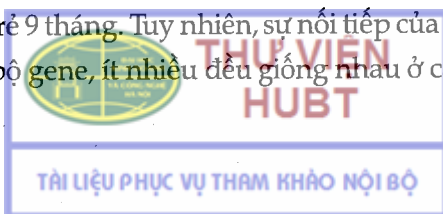
Thuật ngữ “tâm vận động” chỉ một lĩnh vực khá rộng liên quan đến các tương tác tâm lý và vận động. Trên thực tế, sự phát triển các kỹ năng vận động và sự phát triển trí tuệ liên quan chặt chẽ đến nhau. Nói chung, nếu sự phát triển vận động diễn ra bình thường, điều này cho phép ta kết luận rằng trí tuệ của trẻ cũng phát triển một cách bình thường. Tuy nhiên, ta không được quên rằng đôi khi vận động chậm phát triển không nhất thiết có nghĩa là trí tuệ cũng phát triển kém. Ngoài ra, mối liên hệ giữa vận động và xúc cảm - tình cảm là không thể chối cãi. Đời sống tình cảm luôn có tác động đáng kể đến toàn bộ sự phát triển vận động. Vì thế, chúng ta hoàn toàn có thể hiểu tầm quan trọng của những kích thích cảm xúc từ môi trường bên ngoài đối với sự phát triển các kỹ năng vận động của trẻ. Một đứa trẻ thiếu chăm sóc, thiếu kích thích sẽ chậm đạt được các vận động cơ bản của lứa tuổi.

a. Các quy luật phát triển tâm vận động trẻ em

Ở con người, cụ thể là ở trẻ em, các quy luật quyết định sự phát triển tâm vận động gồm có:



- Việc trẻ thực hiện được một chức năng vận động phụ thuộc vào sự tiến hóa và phát triển của các cấu trúc giải phẫu tương ứng với chức năng đó.
- Trẻ càng lớn thì các vận động càng trở nên tinh tế và tập trung.
- Sự phát triển của trẻ là một quá trình không ngắt quãng.
- Sự phát triển tâm vận động tuân theo quy luật biến đổi, có nghĩa là nó không tuyệt đối đồng đều và liên tục. Có thể có những tiến bộ rất nhanh, rồi ngay sau đó là một thời gian ngưng trệ, đôi khi thụt lùi để rồi tiếp theo đó lại có một tiến bộ đột ngột.
- Luật phát triển đầu - đuôi (hay từ trên xuống dưới): Các đường dẫn truyền thần kinh thành thực theo hướng từ đầu đến đuôi, nghĩa là từ bộ óc đến cuối của cột sống. Đó là lý do vì sao một đứa trẻ thường phát triển các kỹ năng thị giác trước tiên, rồi mới tới cổ (giữ thẳng đầu), vai (để trẻ ngồi được) và các chi dưới (để trẻ đứng rồi sau đó là đi được).
- Luật phát triển gần - xa (hay từ trong ra ngoài): Các đường dẫn truyền thần kinh cũng thành thực theo hướng từ gần đến xa, nghĩa là từ những phần ở trung tâm cơ thể đến những phần ở phía ngoại vi (từ bộ phận gần tùy sống đến bộ phận ở xa hơn). Điều này cho phép các thao tác của trẻ ngày càng trở nên tinh tế và tỉ mỉ, từ vai đến bàn tay, từ hông đến bàn chân... Sự phát triển khả năng cầm nắm của trẻ là một minh họa rõ cho quy luật này: ta có thể thấy để cầm nắm được một vật gì đó, đầu tiên trẻ với người tới vật đó bằng cử động của vai, sau đó kết hợp khuỷu tay và cổ tay để cuối cùng nắm lấy vật đó bằng bàn tay mình, đặc biệt là bằng sự kết hợp các ngón tay.
- Cũng có những quy tắc cụ thể cho thấy sự phát triển tâm vận động của trẻ phải trải qua các bước tuần tự khác nhau, tương ứng với độ tuổi của trẻ. Sự khác biệt giữa các cá nhân là rất quan trọng và phải được lưu ý: không hiếm trường hợp trẻ 12 tháng tuổi mới học được kỹ năng của trẻ 9 tháng. Tuy nhiên, sự nối tiếp của các bước, kết quả làm việc của bộ gene, ít nhiều đều giống nhau ở các trẻ.



b. Phát triển tâm vận động của trẻ 0-2 tuổi

Các giác quan

Khả năng nhìn của trẻ phát triển rất nhanh nhờ tác động kép của sự thành thục tự nhiên và việc thực hành thường xuyên. Các nhà tâm vận động cho rằng đến khoảng 4, 5 tháng tuổi, thị giác của trẻ đã có hiệu năng như của người trưởng thành. Sự phát triển của thị giác bao gồm yếu tố vận động (các cơ liên quan đến mắt) và yếu tố tri giác.

Các bước chính của sự phát triển thị giác:

Ở 6 tuần tuổi, trẻ có thể dõi theo một đồ vật đang chuyển động.

Vào tháng thứ 3, trẻ có thể nhìn chăm chú và nhìn thấy rõ đồ vật trong một khoảng thời gian nhất định.

Lúc 3 tháng rưỡi, trẻ nhìn thấy rõ ràng đồ vật dù là ở khoảng cách nào. Khả năng điều tiết của mắt trẻ phát triển rất nhanh và đến 4 tháng, khả năng này đạt được mức như của người lớn.

Liên quan đến màu sắc và hình dạng đồ vật, trẻ thích các đồ vật có màu sắc sặc sỡ hơn là những màu trung tính, những đồ vật có hình dạng phức tạp hơn là đơn giản, những đường nét uốn lượn hơn là đường thẳng. Trẻ phân biệt được màu sắc từ lúc lọt lòng, màu mà trẻ tri giác được tốt nhất là màu đỏ cam (có lẽ bởi đó là màu trẻ tri giác được khi vẫn nằm trong bụng mẹ?), sau đó tới màu xanh da trời - lá cây và màu trắng. Trái lại, trẻ không chú ý lắm tới màu đen và màu vàng.

Trẻ có **khả năng nghe** từ trước khi ra đời và thính giác của trẻ tiếp tục hoàn thiện trong vài tháng đầu đời. Từ lúc chào đời, trẻ đã có thể nhận biết giọng của mẹ và hướng mắt, quay đầu về phía phát ra âm thanh. Thính giác của trẻ dần dần trở nên tinh tế, giúp trẻ phân biệt được các âm thanh khác nhau.

Khả năng tập trung chú ý của trẻ tiến bộ cùng với tuổi, cho phép trẻ có những trải nghiệm tri giác ngày càng rõ ràng và phức tạp. Cũng nhờ sự phát triển của khả năng này mà trẻ có thể lựa chọn và định hướng mình đến những gì làm trẻ thấy dễ chịu, quay lưng tránh xa những thứ gây khó chịu.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trương lực cơ

Trương lực cơ của trẻ, thường rất căng khi mới sinh, sẽ dần thay đổi cùng với thời gian. Khi trẻ mới ra đời, các cơ uốn, gấp của trẻ có xu hướng căng liên tục, trong khi các cơ trực, tức các cơ kiểm soát cơ thể theo chiều dọc - ngang lại yếu và thường thả lỏng (vì thế ta phải đỡ đầu, cổ trẻ sơ sinh). Từ khoảng 4-5 tháng tuổi trở đi, các cơ của trẻ chuyển từ trạng thái thường xuyên uốn, gấp, sang trạng thái duỗi, dang rộng. Giữa tháng thứ 8 và thứ 9, trẻ chuyển từ trạng thái căng trương lực cơ lúc mới sinh sang trạng thái rất thả lỏng. Đến tháng thứ 18, trạng thái thả lỏng cơ này giảm bớt và nhường chỗ cho sự kiểm soát căng trương lực cơ tương tự như của người lớn.

Sự phát triển tư thế

Khi được 3 tháng, trẻ *giữ đầu thẳng* xuôi theo chiều dài của thân mình. Đến khi được 5 tháng thì trẻ mới điều khiển được đầu của mình một cách tự do.

Từ khoảng 6 tháng, trẻ bắt đầu *ngồi* được một lúc ngắn nếu ta đặt hai tay trẻ ra phía trước. Trẻ ngồi vững vào khoảng 8 tháng tuổi.

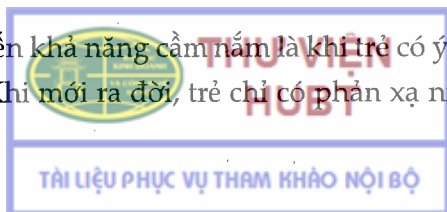
Lúc 8 hoặc 9 tháng tuổi, trẻ có khả năng *đứng* một lúc nếu vịn vào đầu gối. Trẻ đứng vững khi được 10 hoặc 12 tháng tuổi.

Trung bình, một đứa trẻ có thể *tự bước đi* được trong khoảng 12 đến 18 tháng tuổi. Có sự khác biệt lớn giữa các trẻ về mặt này và sự khác biệt này không nhất thiết là bất thường. Trên thực tế, trẻ có thể mất nhiều tuần kể từ những bước chập chững đầu tiên cho đến lúc tự mình đi được một quãng đường dài vài mét. Thông thường nếu đến 19 hoặc 20 tháng tuổi trẻ vẫn chưa thể đi được một mình (một hai bước) thì ta bắt đầu coi là bất thường.

Đến lúc trẻ được 3 tuổi, các chức năng vận động sẽ càng được hoàn thiện: trẻ ngày càng thoải mái khi chuyển động, ít ngã hơn, biết chạy, biết cách đạp xe ba bánh, nhảy chân sáo, v.v.

Sự cầm nắm

Chúng ta nói đến khả năng cầm nắm là khi trẻ có ý định với và bắt lấy một vật gì đó. Khi mới ra đời, trẻ chỉ có phản xạ nín lấy bầm sinh



nhưng đó là sự cầm nắm thụ động. Ở tháng thứ 4, trẻ bắt đầu bằng việc xác định bằng mắt được vị trí của đồ vật, rồi điều khiển cánh tay của mình về phía đồ vật đó. Cùng với sự thành thục tự nhiên và việc thực hành nhiều lần, các cử động bắt lấy đồ vật ngày càng trở nên tỉ mỉ và chính xác. Sang 5 hay 6 tháng, trẻ cầm đồ vật bằng ba ngón tay cuối. Phải đến 9 tháng trẻ mới biết cách dùng ngón cái và ngón trỏ để cầm những đồ vật nhỏ.

Đầu tiên trẻ chỉ biết dùng đến một bàn tay bởi đối với trẻ, hai bàn tay vẫn chưa độc lập với nhau. Đến khoảng 6 tháng thì trẻ biết dùng một tay để giữ vật này và tay kia giữ vật khác. Được 8 tháng tuổi, trẻ biết cách chuyển đồ vật từ tay này sang tay kia; lúc này trẻ rất thích thú với việc cầm rồi lại thả đồ vật ra khỏi tay. Khi được 10 tháng, trẻ có thể cầm thìa đưa lên mồm nhưng vẫn làm đổ nước/thức ăn trong thìa xuống bàn.

Nhờ việc trẻ có thể cầm nắm đồ vật cũng như độ chính xác trong các thao tác của trẻ, khả năng điều khiển và khám phá đồ vật, khám phá môi trường của trẻ tăng lên gấp bội, càng cho trẻ cơ hội phát triển sự hiểu biết của mình về thế giới, từ đó phát triển trí thông minh.

Nụ cười

Trẻ cười từ khi mới lọt lòng. Nhìn chung, nụ cười của trẻ thường biểu đạt sự thỏa mãn, đặc biệt là khi được ăn no. Trong khoảng từ 2 đến 8 tuần, trẻ cười như một cách đáp ứng với những kích thích đa dạng từ bên ngoài (giọng nói của mẹ, cử chỉ của bố...). Sang tháng thứ 3, nụ cười của trẻ bắt đầu mang tính xã hội và có chọn lọc: trẻ cười khi nhìn thấy những khuôn mặt người. Lớn hơn chút nữa, trẻ bắt đầu biết cách phân biệt khuôn mặt quen thuộc và khuôn mặt của người lạ. Nụ cười của trẻ lúc này càng trở nên có chọn lọc. Đến khoảng 8 tháng thì trẻ biết biểu lộ các phản ứng sợ hãi khi nhìn thấy một gương mặt lạ lẫm.

Sự điều khiển cơ thắt

Theo luật phát triển đầu - đuôi, trẻ không thể biết cách điều khiển cơ thắt (cơ hậu môn) trước khi biết đi, bởi lẽ trung khu thần kinh điều khiển cơ thắt nằm thấp hơn trung khu điều khiển các chi dưới. Vì

vậy, bất cứ mong muốn dạy trẻ tự vệ sinh trước khi trẻ biết đi đều có nguy cơ thất bại. Bù lại, một khi trẻ biết đi, trẻ cũng đủ thành thục về mặt thần kinh - vận động để điều khiển được cơ thất và để sẵn sàng học được những kỹ năng khác. Nếu trẻ biết đi khi 15 tháng tuổi, đến khoảng 20 tháng trẻ có thể chủ động về mặt vệ sinh (báo cho người lớn biết đúng lúc khi nào thì mình muốn đi tiểu tiện, đại tiện và có thể nhịn được một lúc nếu cần). Nói chung, chúng ta coi 2 tuổi là thời điểm thông thường để trẻ biết chủ động vệ sinh. Ngoài ra, cần lưu ý là trẻ khó chủ động được về mặt này khi đang ngủ (ngủ ngắn trong ngày hoặc ngủ đêm), trung bình phải đến khi trẻ được khoảng 3 tuổi, ta mới có thể bỏ đống bím khi trẻ ngủ. Đặc biệt, chúng ta chỉ có thể chẩn đoán đái dầm bệnh lý khi trẻ từ 5 tuổi trở lên đối với trường hợp đái dầm nguyên phát (trẻ chưa bao giờ biết chủ động vệ sinh từ khi mới đẻ).

Từ 3 tuổi trở đi, trẻ đã “kích hoạt” được tất cả các chức năng tâm vận động tối thiểu: biết thao tác với đồ vật một cách chính xác, biết phối hợp các thao tác, di chuyển vững vàng, các chuyển động của trẻ cũng trở nên chính xác và phối hợp nhịp nhàng. Sự phát triển của trẻ, từ đây, nhờ sự độc lập không ngừng tăng của các nhóm cơ, tập trung vào việc thao tác vừa nhanh vừa chính xác.

2.2.4. Tổng hợp các giai đoạn phát triển quan trọng của trẻ em theo các lý thuyết khác nhau

	FREUD	ERICKSON	PIAGET	KOLBERG	BOWLBY
	Thuyết phát triển cảm xúc - tính dục	Thuyết phát triển xã hội	Thuyết phát triển nhận thức	Thuyết phát triển đạo đức	Thuyết gắn bó
0-2 tuổi	Môi miệng; quan hệ đầu tiên với đồ vật	Tin tưởng / Nghi ngờ	Giác động: năng lực vận động - tri giác	Tiền quy ước: phạt / thưởng	Nền tảng an toàn cơ bản

2-4 tuổi	Hậu môn: tính hai mặt Thụ động / Tự lập	Tự lập / Xấu hổ, e dè	Tiền thao tác: biểu tượng hóa sự vật, thể hiện qua hình vẽ, trò chơi...	Tiền quy ước: tính tương hỗ có thông cảm	
4-6 tuổi	Sinh dục: mặc cảm Oedipe; đồng nhất hóa với phụ huynh cùng giới; bộc lộ bản thân	Sáng kiến / cảm giác có lỗi		Quy ước: phù hợp với quy chế gia đình, xã hội. Quyền lực / Tuân thủ / Loại bỏ / Tính tội lỗi	
6-11 tuổi	Tiềm ẩn	Năng suất, hiệu quả / Tự ti	Thao tác cụ thể: tư duy trong lúc nhìn thấy sự vật, hiện tượng	Hậu quy ước: hợp đồng xã hội	
12-18 tuổi	Sự trở lại của các dồn nén	Bản ngã xã hội	Thao tác hình thức: tư duy trừu tượng	Hậu quy ước: tuân thủ các nguyên tắc đạo đức phổ thông	
Động lực	Xung năng	Tò mò	Tương tác với môi trường	Giáo dục	Mối quan hệ với mẹ hoặc với người thay thế
Người tạo thuận lợi	Cha mẹ	Cha mẹ và thầy cô giáo	Vùng phát triển nhất (Vygotsky)	Cha mẹ và nhà giáo	Nền tảng an toàn

2.2.5. Tính không liên tục và những rối loạn phát triển

Sự phát triển của trẻ tùy thuộc vào cơ thể và môi trường sống của trẻ. Tuy nhiên sự phát triển này không phải luôn luôn liên tục và ổn định, nhiều yếu tố khác có thể tác động vào như bất thường nhiễm sắc thể, chấn thương hoặc nhiễm trùng cận sản, độ thành thục không đạt được, v.v. Những yếu tố này có thể tạo ra sự chậm, thậm chí ngừng phát triển và ảnh hưởng đặc biệt đến lĩnh vực trí tuệ. Điều cần lưu ý là những rối loạn này càng xuất hiện sớm nơi trẻ thì hậu quả của nó càng trầm trọng và khó quay ngược lại để sửa chữa.

Quan sát tinh tế sự phát triển ở trẻ có thể giúp thấy rõ bản chất của rối loạn phát triển nơi trẻ:

- **Không phát triển thêm nữa:** có nghĩa là ngừng phát triển ở một thời điểm nhất định của sự phát triển.
- **Thoái lui:** có nghĩa là mất đi một số khả năng đã đạt được và quay lại kiểu hoạt động trước đó (ví dụ: một trẻ đã biết tự đi vệ sinh nay lại tiêu tiểu trong quần nên phải mặc tã lại).

Nếu những rối loạn phát triển có thể có tác động trầm trọng đến tương lai của trẻ thì những nhà thần kinh học cũng đã chứng minh rằng não của trẻ nhỏ “có độ co giãn”. Điều này có nghĩa là nếu một vùng não bị tổn thương thì nó sẽ được một vùng não khác “chăm sóc”. Trẻ nhỏ có khả năng phục hồi lạ thường với điều kiện là phải được chẩn đoán sớm.

2.3. TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN VỊ THÀNH NIÊN

2.3.1. Những đặc trưng của tuổi vị thành niên

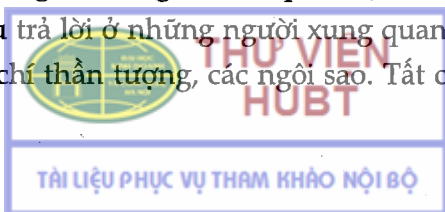
Nếu như ở độ tuổi trẻ em, mọi thay đổi và phát triển diễn ra trong tình trạng phụ thuộc vào người lớn (chủ yếu là bố mẹ), và người trưởng thành cần phải đạt được phương thức tồn tại độc lập, vị thành niên là giai đoạn giao thoa: không còn là trẻ con nhưng cũng chưa phải là người lớn. Vị thành niên, như vậy, là giai đoạn chuyển tiếp giữa tuổi trẻ em và tuổi trưởng thành.



Nhiều tác giả nhìn nhận tuổi vị thành niên như một giai đoạn khủng hoảng, có nghĩa là trong giai đoạn này, cá thể đặt lại vấn đề, tự vấn lại bản thân về bản ngã, về cơ thể mình, về gia đình, nhà trường và xã hội. Cá thể không còn nhận thức được bản thân mình nữa và người khác cũng nhìn nhận cá thể theo cách khác đi. Cá thể cảm thấy mình không được người khác và nhất là người lớn hiểu, điều này thường dẫn đến xung đột giữa các thế hệ. Những điều này khiến cho vị thành niên trở thành một giai đoạn khó khăn, tồi tệ, thậm chí đau khổ, nhưng cũng không có nghĩa là ta sẽ nhìn nhận những khó khăn hay đau khổ này một cách tiêu cực. Vị thành niên cũng đồng nghĩa với việc nhận biết, học tập một cuộc sống mới vô cùng phong phú, đủ để người ta chiêm nghiệm cả đời; do đó, càng cần phải tìm cách giải quyết cơn khủng hoảng ở giai đoạn này.

a. Vị thành niên là giai đoạn cá nhân học tập được rất nhiều điều mới mẻ

Trong khoảng từ 12 đến 20 tuổi, cá nhân học cách kiểm soát cách biểu hiện những xung năng mới xuất hiện do sự phát triển chức năng tính dục. Theo Phân tâm học, sau giai đoạn tiềm ẩn, trẻ bước vào thời kỳ dậy thì, tương ứng với giai đoạn sinh dục. Đặc trưng của giai đoạn này là sự thức tỉnh các xung năng tính dục, vị thành niên trở nên hưng phấn về mặt tình dục; đây là một điều hết sức bình thường, sự hưng phấn này chính là cội nguồn của cảm giác thỏa mãn và đôi khi của cảm giác không thoải mái. Cũng trong khoảng thời gian từ 12 đến 20 tuổi này, chủ thể trải nghiệm những vai trò xã hội mới; vị thế xã hội của chủ thể thay đổi, cách mà người khác nhìn nhận chủ thể cũng khác đi. Chủ thể cũng phải cáng đáng một bản ngã mới, bởi vị thành niên là lúc mà người ta đặt ra nhiều câu hỏi về bản ngã chủ quan của mình nhất: cảm giác mà chủ thể có về chính mình, cách chủ thể nhìn nhận hình ảnh bản thân mình, các ý tưởng, các lựa chọn của mình... Chủ thể cũng đặt dấu hỏi về nguồn gốc, tương lai, mối quan hệ của mình với người khác; chủ thể tìm câu trả lời ở những người xung quanh: nhóm bạn, người yêu hay thậm chí thần tượng, các ngôi sao. Tất cả những bản khoản



này có vai trò lớn trong thời kỳ chuyển tiếp của chủ thể, chúng giúp vị thành niên gây dựng nên bản ngã của riêng mình, định nghĩa riêng về bản thân mình. Về mặt trí tuệ, chủ thể phát triển khả năng tư duy trừu tượng, theo lý thuyết của Piaget.

b. Vị thành niên là giai đoạn cá nhân tìm cách khẳng định bản thân

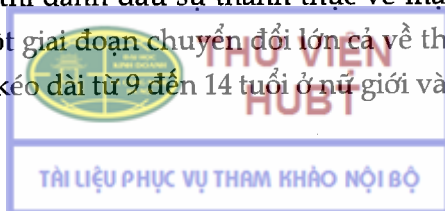
Mối quan hệ giữa vị thành niên và bố mẹ không phải lúc nào cũng dễ dàng. Thế giới người lớn chưa phải là thế giới mà vị thành niên cảm thấy mình thuộc về, và vị thành niên luôn tìm cách bộc lộ bản thân mình trước người lớn. Vị thành niên tìm cách tách mình ra khỏi người lớn, đưa mình thoát ra khỏi liên kết phụ thuộc với gia đình và thế giới người lớn. Tương tự, vị thành niên đôi khi tỏ ra chống đối để tìm kiếm sự độc đáo, để thể hiện mình cũng có một hay phong cách riêng. Sự chống đối của vị thành niên cũng có khi là biểu hiện của xung đột nội tâm và của tất cả các thái độ giúp vị thành niên tách khỏi thế giới người lớn. Trên thực tế, vị thành niên tìm cách khẳng định nhân cách, bản ngã riêng của mình. Một cách từ từ, vị thành niên sẽ tách khỏi cha mẹ để trở thành một người trưởng thành tự lập.

c. Vị thành niên là giai đoạn cá nhân vượt qua chính mình

Trẻ em tự vượt qua chính mình để trở thành vị thành niên. Đến lượt mình, một cách mãnh liệt và có phần thái quá (dù là khi hung hăng hay khi yêu thương), vị thành niên lại vượt qua chính mình để khẳng định bản thân và gây dựng nhân cách người trưởng thành.

2.3.2. Những thay đổi thể chất và ảnh hưởng của chúng đến đời sống tâm lý - tình cảm

Dậy thì là một khái niệm sinh học và là thời kỳ tương ứng với tuổi vị thành niên; đặc trưng của thời kỳ này là có rất nhiều thay đổi về mặt sinh lý. Dậy thì đánh dấu sự thành thực về mặt tình dục, đối với cá nhân đó là một giai đoạn chuyển đổi lớn cả về thể chất lẫn tinh thần. Giai đoạn này kéo dài từ 9 đến 14 tuổi ở nữ giới và 11 đến 16 tuổi



ở nam giới. Đây chỉ là độ tuổi trung bình bởi thời điểm bắt đầu và độ dài của dậy thì rất khác nhau giữa những cá thể khác nhau, các yếu tố dinh dưỡng cũng như môi trường, gia đình đều đóng vai trò quan trọng trong đó.

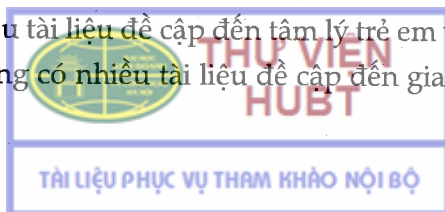
Về mặt thể chất, ngoài sự thành thục các cơ quan sinh dục (cá nhân có khả năng sinh sản), chúng ta nhận thấy có một số đặc tính sinh dục phái sinh. Nam giới mọc nhiều lông, vỡ giọng, cao lớn vượt bậc, tăng số lượng các múi cơ. Nữ giới phát triển vòng một, có lông mu, có kinh nguyệt và cũng cao lớn nhanh. Những thay đổi thể chất khiến chủ thể đặt lại câu hỏi về sơ đồ cơ thể (hình ảnh mà chúng ta có về cơ thể mình thông qua các cảm giác). Chủ thể sẽ phải thích nghi với một cơ thể mới, phải làm quen với những hình dạng mới, cấu trúc lại hình ảnh mà mình có về bản thân mình. Chủ thể tri giác cơ thể mình như một cái gì đó mới lạ và của người khác, một cơ thể mà mình vẫn chưa thể điều khiển được. Sự mất kiểm soát này biểu hiện bằng các động tác vụng về hoặc bằng việc đôi khi vị thành niên tìm đến các môn thể thao hơi có tính bạo lực để được giải phóng. Tất cả những thay đổi này giải thích được việc vị thành niên coi trọng hình thức bên ngoài của mình thế nào. Vị thành niên tự hỏi anh/cô ta là ai trong cơ thể đang thay đổi này, cơ thể mình nhưng mình lại vẫn chưa làm quen hết.

Như vậy, là giai đoạn chuyển tiếp giữa hai thời kỳ trẻ em và người lớn, vị thành niên là tuổi mà cá nhân thường phải trải qua cơn khủng hoảng của những biến đổi. Tuy nhiên, những biến đổi này không nhất thiết và không luôn luôn đi đôi với sự đau khổ. Trái lại, chúng thường đi cùng với cảm giác tự do tự tại, với cảm hứng khám phá những khả năng và niềm vui thú mới.

2.4. TÂM LÝ HỌC PHÁT TRIỂN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

2.4.1. Các giai đoạn của tuổi trưởng thành

Đã có nhiều tài liệu đề cập đến tâm lý trẻ em và tuổi vị thành niên, nhưng lại không có nhiều tài liệu đề cập đến giai đoạn trưởng thành,



trong khi chính độ tuổi này mới in đậm những nét căn bản về tâm tính, kết quả từ những trải nghiệm của tuổi thơ và tuổi vị thành niên.

Về mặt sinh học, người trưởng thành là một cá thể đã thành thục giới tính và sẵn sàng cho việc sinh sản. Về mặt nguồn gốc thuật ngữ, người trưởng thành xuất phát từ tiếng La-tinh “adultus”: có nghĩa là người đã hoàn tất việc tăng trưởng. Một cách tổng quát, người trưởng thành, hay người lớn, là người ở giữa tuổi vị thành niên và tuổi già (từ 18 tuổi trở đi). Không nên lẫn lộn khái niệm người trưởng thành và *tuổi thành niên* (chỉ một cá thể đã đến tuổi chịu trách nhiệm trước pháp luật, tuổi này tùy vào quy định của pháp luật từng quốc gia).

Thời kỳ trưởng thành có thể chia thành các giai đoạn nhỏ sau:

Giai đoạn “người lớn trẻ” (16 đến 25 tuổi)

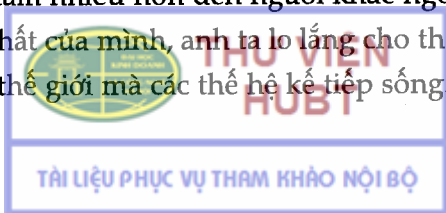
Ở giai đoạn này, tiếp nối những phát triển đã có ở tuổi vị thành niên, chủ thể tiếp tục khẳng định bản thân, củng cố quyết tâm tách khỏi cha mẹ và sự độc lập. Trong giai đoạn này, chủ thể vẫn hoang mang và tìm kiếm chính mình nhưng đã có khả năng thiết lập những học thuyết và triết lý cuộc sống riêng của mình. Chủ thể cũng phát triển khả năng tổ chức thông qua những gì đã học được, đảm bảo sự liên tục với quá khứ và chuẩn bị cho tương lai.

Giai đoạn “trưởng thành” (25 đến 35/40 tuổi)

Lúc này, chủ thể sẵn sàng có một quan hệ thân tình lâu dài, có nghĩa là anh ta có khả năng chia sẻ và chăm sóc người khác mà “đánh mất chính mình”. Chủ thể có khả năng cho và nhận, dẫn đến sự thiết lập mối quan hệ tình cảm hoặc tình bạn cam kết lâu dài.

Giai đoạn “trung niên” (từ 40 đến 60 tuổi)

Ở giai đoạn này, chủ thể phát triển nội tâm cá nhân, kiểm điểm lại chính mình. Chủ thể rất ý thức những thay đổi trong con người mình, nhìn lại những thất bại, những vết thương và những vấn đề chưa giải quyết. Anh ta quan tâm nhiều hơn đến người khác ngoài gia đình và những người thân nhất của mình, anh ta lo lắng cho thế hệ tương lai, tình trạng xã hội và thế giới mà các thế hệ kế tiếp sống. Anh ta mong



muốn làm cho thế giới trở nên tốt đẹp hơn. Anh ta cũng cảm thấy có bốn phận truyền đạt cho người khác những gì đã học được, mong muốn thế hệ sau đi tiếp cuộc hành trình.

Giai đoạn “cao niên” (60 tuổi trở đi)

Ở giai đoạn này, ta có thể nói đến nhân cách được hòa nhập. Đó là thành quả của một cuộc sống có nền tảng, một cuộc sống mà ở đó chủ thể bằng lòng với chính mình, thấy đáng sống. Anh ta ý thức được rằng mình đã thành công với những vai trò thích hợp, đã vượt qua các thách thức ở mỗi chặng đường cuộc sống, anh ta nhìn lại quá khứ một cách thỏa mãn. Điều này không có nghĩa là cuộc sống của anh ta hoàn hảo, mà là anh ta đã lớn lên trong sự khôn ngoan và bằng những kinh nghiệm vui buồn đa dạng.

Trong giai đoạn này, chủ thể sẽ không những phải đối diện với sự mất mát của người thân mà còn phải đối diện với việc tuổi già ập đến trên chính cơ thể của mình. Một lần nữa, những thay đổi của cơ thể tác động lên tâm trí của chủ thể. Những biến đổi tiêu cực về hình dáng bên ngoài, khả năng của cơ thể (mãn kinh, mãn dục...), hiệu năng của các giác quan, sự hao mòn trí nhớ khiến chủ thể khó chấp nhận và cảm thấy đau khổ. Những suy giảm này của tuổi già tựa như một sự mất mát đối với chủ thể. Phản ứng trước mất mát này, chủ thể có thể không chấp nhận, thậm chí chối bỏ để tự bảo vệ và giữ lại hình ảnh đẹp của chính bản thân mình. Anh ta cũng có thể nhốt mình lại, thu vào thế giới của mình. Hoặc anh ta trở nên biết cách đối diện với mất mát và tự điều chỉnh, hội nhập lại với xã hội bằng bản ngã mới được thiết lập lại.

2.4.2. Việc làm và gia đình của người trưởng thành

Việc làm là một hình thức hòa nhập và thích nghi với xã hội. Người làm việc thiết lập quan hệ xã hội mới (ngược lại, người thất nghiệp cảm thấy lẻ loi, không có ích cho xã hội). Việc làm cũng là phương tiện để tự hiện thực hoá. Ta phát triển khả năng mới và được mọi người nhìn nhận. Ở châu Âu cũng như ở Việt Nam hiện nay, ta thấy có sự thay

đổi mô hình gia đình. Tại những thành phố lớn như thành phố Hồ Chí Minh hay Hà Nội, gia đình truyền thống nhiều thế hệ có vẻ đang nhường chỗ cho gia đình hạt nhân, chỉ gồm cha mẹ và con cái. Những yếu tố kinh tế đóng vai trò quan trọng trong biến đổi này: quá trình công nghiệp hoá, sự độc lập tài chính của cá nhân với cha mẹ và anh chị mình, tình trạng di dân thúc đẩy người dân ở nông thôn tìm việc làm và sinh sống ở các thành phố lớn.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 3

TÂM BỆNH HỌC

*Nicolas Bosc, Charles de Chargères, Jean-Pierre Chartier,
Mathilde Driessens, Camille Froidure, Mathilde Gazard,
Catherine Guillemont, Hoàng Vũ Quỳnh Trang,
Audrey Hauchecorne, Nguyễn Lê Bình, Nguyễn Thị Diệu Anh,
Dominique Sauveplane, Claude Sternis,
Trần Duy Tâm & Trịnh Tất Thắng*

3.1. TÂM BỆNH HỌC TRẺ EM

3.1.1. Các rối loạn tự kỷ

a. Sơ lược về tự kỷ

Tự kỷ là một dạng rối loạn phát triển. Để đánh giá rối loạn phát triển, trước tiên ta phải biết các điểm mốc của sự phát triển “bình thường” của trẻ. Ví dụ, nếu trẻ 3 tuổi vẫn không nói được tiếng nào thì đó là điều bất thường, nên can thiệp trước thời hạn ấy hoặc ít nhất tìm hiểu sự chậm nói đó có liên kết với dấu hiệu nào khác hay không.

Có nhiều giả thuyết khác nhau về nguyên nhân của tự kỷ, có trường phái cho rằng có yếu tố thực thể và di truyền, những cũng có trường phái nhấn mạnh sự rối loạn mối quan hệ sớm mẹ - con hoặc mối quan hệ giữa trẻ và gia đình. Nhìn chung, hiện nay khoa học vẫn chưa xác định chính xác được nguyên nhân của tự kỷ.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b. Chẩn đoán tự kỷ

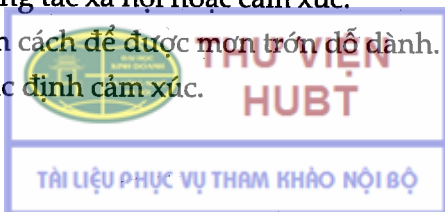
Các dấu hiệu để ta có thể nêu giả thuyết trẻ tự kỷ gồm có:

- sự lo lắng của phụ huynh
- tiền sử tự kỷ trong anh chị em
- biểu hiện ở trẻ dưới 3 tuổi: thụ động, mức độ phán đoán/phản ứng với kích thích xã hội kém; khó khăn trong việc neo giữ ánh mắt, cái nhìn, trong sự chú ý, phối hợp và bắt chước; chậm hoặc rối loạn ngôn ngữ; không chỉ vào cái gì bằng ngón tay; có những trò chơi đơn giản tự phát, giả bộ; có những hoạt động lặp lại với đồ vật
- biểu hiện ở bất cứ tuổi nào: thoái lui về ngôn ngữ và/hoặc mối quan hệ xã hội

Theo Bảng chẩn đoán và thống kê các rối nhiễu tinh thần DSM-IV, tự kỷ được chẩn đoán khi trẻ có tối thiểu 6 trong 12 dấu hiệu liệt kê dưới đây (tối thiểu 2 trong nhóm 1 và tối thiểu 1 trong nhóm 2, 3, nghĩa là trẻ phải có đủ triệu chứng nằm ở cả 3 nhóm):

Nhóm 1: Những bất thường trong tiếp xúc xã hội

- Những bất thường trong giao tiếp không lời khi tương tác xã hội:
 - Bất thường trong cái nhìn: tránh ánh mắt của người khác, thiếu theo dõi bằng mắt, nhìn lơ đãng xung quanh hay chỉ liếc mắt.
 - Biểu lộ trên khuôn mặt nghèo nàn.
 - Điều chỉnh tư thế và cử chỉ không tốt.
 - Khó thiết lập mối quan hệ với người ngang hàng.
 - Không có sự tiếp xúc với trẻ khác.
 - Không tham gia vào những trò chơi đơn giản.
 - Thích những hoạt động đơn độc.
- Không tự phát tìm cách chia sẻ sự vui thích, thú vị hoặc những thành công của trẻ với người khác:
 - Không tìm cách bộc lộ, không chỉ bằng ngón tay.
 - Không tìm cách đem những đồ vật trẻ thích cho người khác.
- Thiếu tương tác xã hội hoặc cảm xúc:
 - Không tìm cách để được nhận biết hoặc được dành.
 - Khó để xác định cảm xúc.



- Điều chỉnh cảm xúc không tốt.

Nhóm 2: Chất lượng giao tiếp bằng lời và không lời kém, khả năng tương tượng kém

- Chậm hoặc vắng hoàn toàn ngôn ngữ, không tìm cách bù đắp bằng những cách khác để giao tiếp như cử chỉ hoặc điệu bộ.
- Khó khăn để hiểu ngôn ngữ người khác.
- Ở những trẻ có ngôn ngữ: ngôn ngữ rập khuôn, lặp lại (nhại lại lời người khác tức thì hay sau đó), đảo ngữ, chuyển giọng.
- Thiếu vắng trò chơi giả bộ đa dạng và bộc phát, hoặc trò chơi bất chước xã hội.

Nhóm 3: Hành vi, sở thích và hoạt động lặp lại, rập khuôn

- Sở thích hạn chế và rập khuôn.
- Nhu cầu bất biến, chống lại sự thay đổi.
- Rập khuôn vận động (vỗ tay, đu đưa).
- Bận tâm kéo dài về một phần nhất định nào đó của đồ vật.

c. Các mức độ của tự kỷ

Chúng ta hãy quan sát sự khác biệt của ba nhóm triệu chứng ở người tự kỷ từ mức độ nặng đến mức độ nhẹ nhất.

Nhóm triệu chứng	Tự kỷ nặng	Tự kỷ vừa	Tự kỷ nhẹ	Tự kỷ rất nhẹ
Bất thường trong tiếp xúc xã hội	Hoàn toàn không biết đến sự hiện diện của người khác	Nhận ra người khác có mặt ở đó	Bất chước một cách máy móc Ví dụ: thường xuyên bắt tay nhưng không biết điều đó có nghĩa gì về mặt xã hội	Muốn ở cạnh người khác nhưng không biết làm thế nào. Khó khăn trong việc học các luật lệ, quy tắc của mỗi quan hệ xã hội, khó phát triển sự thấu cảm với người khác. Có thể nói bằng lời “con muốn có bạn”. Một số trẻ thể hiện sự tuyệt vọng.



Chất lượng giao tiếp bằng lời và không lời, khả năng tương tượng	Khả năng nhận biết, hiểu biết bị tổn thương	Hiểu những từ chính như ăn, ngủ (những điều cơ bản)	Lặp lại một cách rập khuôn: nhại lời sau đó và tức thì.	Cách diễn đạt lạ lùng. Bất thường trong giọng nói: giọng đơn điệu, giọng quá lớn...
Hành vi, sở thích và hoạt động lặp lại, rập khuôn	Cử động rập khuôn (để trấn an lo hãi hoặc không biết làm gì).	Vui thích dai dẳng đối với một bộ phận của đồ vật: sợi dây, cái quai túi, xếp hàng những đồ vật.	Lặp lại một cách tự động một hoạt động quen thuộc Ví dụ: luôn đi một con đường đến trường vì không biết cách nào khác.	Có thể thích nghi với tình huống quen thuộc vì đã được học về tình huống đó; gặp khó khăn khi đối diện với người lạ.

d. Tiên lượng

Tiên lượng rối loạn tự kỷ kém thuận lợi nếu:

- rối loạn quá sớm
- thiếu năng trí tuệ nặng
- vắng ngôn ngữ trước 5 tuổi
- cha mẹ có bệnh tâm thần hoặc rối nhiễu tâm lý

Tiên lượng thuận lợi hơn nếu:

- tổn thương giao tiếp và trí tuệ nhẹ
- điều trị liên ngành và thích nghi sớm
- có sự hợp tác tích cực với gia đình



THƯ VIỆN
HUBT

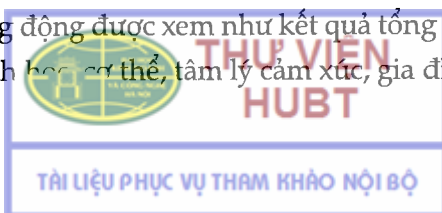
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.2. Tăng động

Tăng động ở trẻ em là một dạng rối loạn hành vi. Cách biểu lộ thay đổi tùy theo tuổi, nhân cách của trẻ và văn hóa nơi trẻ lớn lên. Rối loạn hành vi nói chung có khi *toàn bộ*, có khi *khu trú*. Rối loạn khu trú có nhiều loại, thông thường nhất là cơn giận dữ, thể hiện ra bởi nhiều hình thức khác nhau và có thể đi đến chỗ mất tự chủ, xâm hại mình hay người khác. Tăng động thuộc vào nhóm rối loạn hành vi có tính toàn bộ, cùng với thu mình, vô cảm, trơ lì... Dù cho đã có những biến chuyển về mặt thuật ngữ cũng như về mô tả hành vi cụ thể, tăng động không phải là một rối loạn mới xuất hiện hay có tính thời thượng, vì nó đã được nhắc đến và mô tả từ giữa thế kỷ XIX.

Ở góc độ chẩn đoán phân biệt, tăng động có thể là biểu hiện thứ phát của một bệnh lý thực thể (chứng động kinh) hay tinh thần (tự kỷ, chậm khôn, giảm hưng cảm) khác hoặc do tác dụng phụ của thuốc điều trị (corticoide, thuốc chống dị ứng). Thông thường, cứ 3 trẻ tăng động thì 2 trẻ có kèm theo một rối loạn khác như rối loạn học tập, rối loạn chống đối có tính khiêu khích, rối loạn ứng xử, rối loạn cảm xúc lo âu và trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, đái dầm, *la dùn* bệnh lý, Tic...

Về nguyên nhân của tăng động, người ta từng đặt giả thuyết về yếu tố di truyền, tổn thương não hoặc rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh (tỷ lệ dopamine và noradrénaline thấp). Cụ thể hơn, ở trẻ có sự rối loạn cơ chế điều tiết bảo đảm việc thích nghi tốt với môi trường. Cơ chế điều tiết này điều khiển các chức năng điều hành, dự đoán, kế hoạch hoá các hoạt động, kiểm soát các xung động. Bên cạnh đó, các rủi ro khác trong quá trình mang thai và sinh nở cũng được đề cập đến như thai nghén khó khăn, stress của mẹ trước khi sinh, sinh khó, sinh non, vấn đề giữa các thành viên gia đình (bất hòa, gián đoạn, chia cách...) trong quá trình mang thai. Cũng có trường phái cho rằng tăng động là kết quả của phương pháp giáo dục và các mối tương tác trong gia đình, xã hội. Như vậy, tăng động được xem như kết quả tổng hợp của những yếu tố thần kinh sinh học cơ thể, tâm lý cảm xúc, gia đình - xã hội, các



mối quan hệ. Các yếu tố này tác động qua lại với nhau, gây ảnh hưởng lên các chức năng nhận thức, vận động, ngôn ngữ và quan hệ xã hội của trẻ. Dù là nguyên nhân nào thì việc lưu tâm đến các khác biệt cá nhân là rất quan trọng, để mỗi trẻ được trị liệu theo cách thích hợp.

a. Chẩn đoán tăng động ở trẻ em

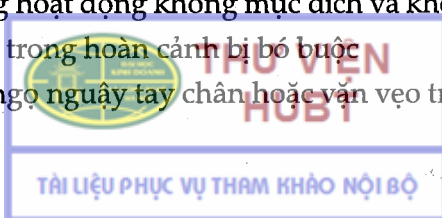
Tăng động không đơn thuần là nghịch ngợm (vận động quá mức so với độ tuổi, mức phát triển và bối cảnh), mà là một rối loạn gồm ba triệu chứng chính: không chú ý - mất tập trung, vận động nhiều và phát ra các lực có tính xung động. Các triệu chứng này thường kéo theo những khó khăn lâu dài khác.

Sự suy giảm chú ý đánh dấu bằng việc trẻ chuyển nhanh chóng từ hoạt động này sang hoạt động khác và dễ dàng phân trí, không tập trung vào cái gì được lâu. Trẻ có những biểu hiện cụ thể sau:

- Không chú ý tới chi tiết, bất cẩn trong công việc hoặc các hoạt động khác
- Khó khăn duy trì sự chú ý trong công việc hoặc trong các trò chơi
- Có vẻ như không lắng nghe khi người khác nói chuyện riêng với mình
- Không tuân thủ nguyên tắc, yêu cầu, không làm xong bài, công việc gia đình đúng thời hạn
- Khó khăn trong việc sắp xếp, tổ chức công việc hoặc các hoạt động: không biết bắt đầu từ đâu, không biết bố trí các công việc nối tiếp nhau như thế nào
- Thường mất các vật dụng cần thiết (tập, viết, thước, bút vẽ, dụng cụ học tập)
- Lơ đãng một cách dễ dàng do ngoại cảnh
- Thường hay quên

Vận động nhiều/tăng động ở trẻ biểu hiện thông qua việc trẻ:

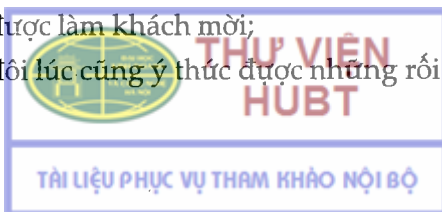
- Có những hoạt động không mục đích và không hiệu quả, không thể ở yên trong hoàn cảnh bị bó buộc
- Thường ngo ngoáy tay chân hoặc vận vẹo trên ghế



- Trong lớp thường hay đứng lên, nhất là những khi bị yêu cầu phải ngồi
- Chạy, nhảy lung tung ở chỗ không thích hợp, luôn bồn chồn, nôn nóng tay chân
- Khó ngồi yên ngay cả khi đang chơi trò chơi hay đang giải trí
- Lúc nào cũng “tích cực hoạt động” như đang “ngồi trên lò xo”
- Thường nói quá nhiều, quá to và ồn ào, nội dung lời nói không đầu vào đầu mà lại cao giọng

Các lực trẻ tăng động phát ra thường có tính xung động, có nghĩa là:

- Thường có tính tức thì, khó mà chuẩn bị, dự đoán hay hoạch định
- Trẻ không có khả năng làm giảm hoặc kiểm soát các cử động thái quá này, muốn mọi cái đều tức thì, kêu khóc khi bị từ chối
- Trẻ hấp tấp trả lời khi chưa được hỏi hết câu
- Trẻ không thể chờ tới lượt mình trong hoạt động nhóm
- Trẻ thường ngắt lời các bạn, thầy cô giáo và làm ồn trong khi người khác đang nói chuyện hoặc làm việc
- Trẻ cần được quản lý chặt chẽ vì tự bản thân trẻ không lường trước được nguy hiểm
- Trong 50% các trường hợp, thường có những biểu hiện đi kèm như:
 - + Không chấp nhận bị ám ức;
 - + Phản ứng mạnh và không ổn định về mặt cảm xúc (quá biểu cảm, quá nhạy cảm với những góp ý của người khác, tính khí dao động không thể dự đoán trước);
 - + Khó khăn trong giao tiếp do không có khả năng đồng cảm, khó khăn nhận biết tình cảm của người khác (không hiểu ý người khác muốn nói, không hiểu lý do bị phê bình);
 - + Vì có khó khăn trong giao tiếp nên hay bị loại trừ khỏi nhóm, ít bạn và ít được làm khách mời;
 - + Mất tự tin, đôi lúc cũng ý thức được những rối loạn của mình



Ngoài ra, để chẩn đoán được kỹ lưỡng, ta cần tham khảo thêm các yếu tố sau:

- Các triệu chứng bắt đầu xuất hiện trước 7 tuổi (cường độ và tần số tùy độ tuổi và mức độ phát triển)
- Các triệu chứng phải kéo dài trên 6 tháng (thời gian dai dẳng)
- Biểu hiện rối loạn xảy ra ít nhất ở hai môi trường (trường học, gia đình, với nhóm bạn...)
- Các biểu hiện phải xuất hiện ở nhiều lĩnh vực hoạt động khác nhau của trẻ
- Trẻ gây mệt mỏi cho người xung quanh
- Trẻ gặp khó khăn và cảm thấy đau khổ trong sinh hoạt hàng ngày, ở trường, ở nhà, ngoài xã hội

Các thể khác nhau của tăng động gồm có:

- Loại hỗn hợp: phổ biến nhất, kết hợp giữa giảm chú ý và tăng động
- Loại thiếu tập trung trội hơn: giảm chú ý nhiều hơn tăng động
- Loại tăng động trội hơn: vận động và xung năng thể hiện mạnh hơn là sự giảm chú ý

b. Tiến triển, tiên lượng

Thông thường, tăng động có thể tiến triển theo ba cách:

- Các biểu hiện biến mất khi trẻ đến tuổi vị thành niên (30%-40% trẻ). Các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng tốt này bao gồm sự thỏa mãn kết quả học tập, sự quan tâm của gia đình, chất lượng các mối quan hệ với người thân và bạn bè.

- Rối loạn chú ý khi đã trưởng thành, xung động về mặt ngôn ngữ, hay thay đổi cảm xúc, khó làm việc ở một nơi cố định và duy trì quan hệ vững bền giữa các cá nhân

- Phát triển rối loạn lo âu, trầm cảm, lưỡng cực, hoặc có những hành vi chống đối xã hội (10-20%). Việc tác động sớm có thể làm giảm tiến triển tiêu cực.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

c. Phương pháp đánh giá tăng động ở trẻ em

Đánh giá tăng động ở trẻ em cần dựa trên phương pháp lâm sàng và tiếp cận đa ngành.

- Trò chuyện với cha mẹ (thu thập thông tin về các triệu chứng tuân tự theo thời gian, tiểu sử, thông tin về cha mẹ, cách giáo dục và tác động đến hành vi của trẻ trong gia đình)
- Trò chuyện với trẻ (để hiểu cách trẻ cảm nhận về tình trạng của mình, cảm nhận các khó khăn)
- Trò chuyện với các thầy cô giáo (trường học là môi trường đặc biệt để quan sát các biểu hiện của trẻ)
- Sử dụng thang hành vi Conners (thang đánh giá tự kỷ), trả lời bởi cha mẹ và thầy cô giáo, giúp xác định được chu kỳ và cường độ các triệu chứng của trẻ, theo dõi tiến triển của các triệu chứng ở trẻ
- Quan sát lâm sàng
- Tiếp cận tâm thần kinh học và tâm bệnh học (WPPSI-R cho các trẻ 4-6 tuổi, WISC- WISC-IV cho các trẻ 6-17 tuổi, trắc nghiệm về chú ý, trắc nghiệm phóng chiếu)
- Kiểm tra phát âm và tâm vận động

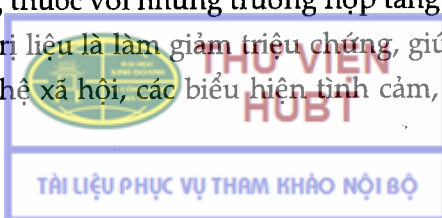
d. Can thiệp

Để giúp đỡ trẻ tăng động, các nhà chuyên môn cần tùy vào từng trường hợp, tùy độ tuổi, cường độ các biểu hiện, các rối loạn đi kèm.

Tác động có thể theo các hướng sau:

- Tiếp cận giáo dục chuyên biệt (với cha mẹ và nhà trường)
- Tiếp cận phục hồi chức năng (phát âm và tâm vận động), với những trường hợp có rối loạn học tập
- Tiếp cận tâm lý trị liệu (liệu pháp gia đình, Nhận thức - hành vi, Phân tâm...)
- Chữa trị bằng thuốc với những trường hợp tăng động nặng

Mục đích của trị liệu là làm giảm triệu chứng, giúp cải thiện việc học, các mối quan hệ xã hội, các biểu hiện tình cảm, khả năng thích

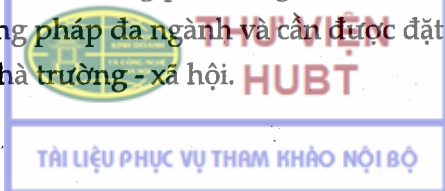


ngghi của đối tượng và từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống của toàn gia đình.

Tác động đến cha mẹ đặc biệt cần thiết khi gặp trường hợp đứa trẻ ngoài tăng động lại trở nên đòi hỏi, có tính cách thống trị, khiến cha mẹ vô tình trở nên chăm sóc con quá kỹ, chiều chuộng thái quá. Trong trường hợp này, nhà chuyên môn làm việc với cha mẹ để giúp cha mẹ kiểm soát tình hình, xác định xem hành vi nào của trẻ là bất thường. Từ đó, nhà chuyên môn hướng dẫn cha mẹ khen thưởng trẻ bằng lời nói, nâng cao giá trị các hành vi thích hợp của trẻ, đồng thời đề nghị cha mẹ đặt ra giới hạn, nghiêm khắc với bản thân mình trong ứng xử với con, ấn định luật lệ rõ ràng trong gia đình nhưng không sa đà vào việc tranh cãi với trẻ. Cha mẹ cũng cần trao đổi với nhau để hai người có cùng cách ứng xử với con trong nhiều trường hợp khác nhau. Tất cả những biện pháp này cũng góp phần cải thiện chất lượng quan hệ cha mẹ - con cái, cuộc sống lứa đôi của cha mẹ và làm giảm các biểu lộ hành vi không thích hợp của trẻ trong gia đình.

Về phía thầy cô giáo, mục đích là tìm kiếm sự hợp tác của thầy cô nhằm làm giảm các hành vi không thích hợp và tăng hành vi thích hợp. Muốn thế, thầy cô phải tránh phạt trẻ vì các lỗi liên quan đến sự không chú ý hoặc hành vi hiếu động, giúp trẻ phân bổ thời gian học tập, thay đổi hoạt động dạy học, làm cho giờ học trở nên hấp dẫn. Để thay đổi hành vi của trẻ, thầy cô có thể áp dụng các chiến lược như cho trẻ đứng đầu hàng, tránh để trẻ ngồi gần các tác nhân kích thích làm trẻ lơ đãng (cánh cửa, cửa sổ), khi ra lệnh nhìn thẳng vào mắt, bảo đảm là trẻ hiểu, kiểm tra thường xuyên sổ liên lạc của trẻ, khen ngợi hành vi thích nghi của trẻ, cho trẻ thêm một số ưu đãi (thêm giờ chơi), luôn giải thích rõ ràng quy tắc, luật lệ của lớp và nhắc trẻ tuân thủ.

Nhìn chung, dù là tác động theo hướng nào, các phương thức phải phải tập trung vào đề cao những tiềm năng của trẻ, chẳng hạn như sự sáng tạo, cá tính, khả năng phản ứng nhanh... Trị liệu cho trẻ nên áp dụng các phương pháp đa ngành và cần được đặt trong bối cảnh tổng thể gia đình - nhà trường - xã hội.



3.1.3. Các loại trầm cảm liên quan đến trẻ em

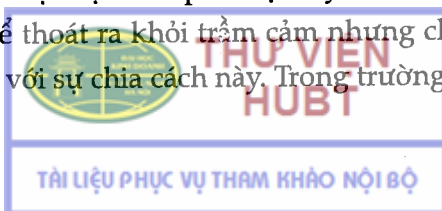
a. Trầm cảm vắng mẹ ở trẻ sơ sinh

René SPITZ (1948) đã mô tả *trầm cảm vắng mẹ ở trẻ sơ sinh*. Ông là một trong những nhà phân tâm học đầu tiên dùng quan sát trực tiếp và video để nghiên cứu sự phát triển tâm trí sớm, đặc biệt là sự nhận biết từ từ của trẻ về thế giới bên ngoài và về mẹ. Theo ông, rối nhiễu này xuất hiện ở trẻ sơ sinh bị chia cách với mẹ một cách đột ngột trong khoảng thời gian dài hơn sáu tháng. Sự chia cách này gây ra thiếu hụt mẹ thô bạo mà không có người thay thế thích hợp. Trẻ rơi vào trạng thái thiếu lâu dài và thiếu quá mức sự quan tâm cũng như thiếu kích thích từ môi trường bên ngoài mà trung gian là người mẹ. Môi trường không có khả năng đáp ứng đầy đủ nhu cầu của trẻ: tiếng khóc không được chú ý đến, cơn đói không được xoa dịu đúng lúc, các đáp ứng tình cảm nếu có thì cũng quá ít hoặc không thích hợp...

Để “đối phó” với tình trạng này, trẻ thường trải qua nhiều giai đoạn: đầu tiên trẻ khóc, tìm cách gây sự chú ý của người lớn, sau đó trẻ thét lên và dần dần, sau nhiều tuần, trẻ rơi vào trạng thái vô cảm nặng nề, từ chối tiếp xúc, lạnh nhạt với môi trường xung quanh. Cụ thể, trầm cảm ở trẻ sơ sinh gồm có các biểu hiện sau:

- Bé không khóc, không nước mắt, nhưng trở nên lạnh nhạt
- Ít điệu bộ, hành vi lặp lại và đơn điệu
- Ít đáp ứng khi được quan tâm
- Chậm phản ứng bằng cử chỉ và cơ thể
- Thiếu tương tác, thay đổi trong giao tiếp với người khác
- Những triệu chứng tâm thể xuất hiện: rối loạn ăn uống, biếng ăn, ngưng lớn lên, giảm cân, chậm phát triển tâm vận động, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiêu hoá, dễ nhiễm khuẩn, thoái lui về mặt trí tuệ.

Nếu tìm lại được mẹ hoặc mối quan hệ thay thế thích hợp trước khi quá muộn, trẻ có thể thoát ra khỏi trầm cảm nhưng cho đến sau này trẻ vẫn sẽ nhạy cảm với sự chia cách này. Trong trường hợp ngược lại,



trẻ không thoát khỏi trầm cảm, tiến triển đến trạng thái suy kiệt trầm trọng với nhiều nguy cơ thể chất và tinh thần ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ sau này: *mất trương lực cơ, lãnh đạm, buồn tẻ, không than oán, không nước mắt, lơ là vận động, khuynh hướng thu mình.*

b. Trầm cảm chu sinh ở mẹ và hậu quả đối với trẻ

Trong các loại trầm cảm, ta cần phân biệt *baby blues*, giai đoạn trầm cảm ngắn thông thường của hậu sản, với trầm cảm thật sự đã hiện hữu trước khi sinh con hoặc xuất hiện sau khi sinh.

Các triệu chứng của *baby blues* gồm có: mất ngủ (có thể do nỗi lo lắng gắn liền với sự hiện diện của bé), cảm giác và ý nghĩ rằng mình không có khả năng chăm sóc bé thật tốt, nổi sầu uất khi phải xa nhà, ăn mất ngon và khó tập trung (vì mệt mỏi sau khi sinh và vì thiếu/mất ngủ). Trong trường hợp này, người mẹ rất cần đến sự an ủi, động viên của những người chăm sóc mình. Khi các triệu chứng của giai đoạn *baby blues* này kéo dài, người ta sẽ nói đến *trầm cảm sau sinh*. Loại trầm cảm này cần được thăm khám y khoa và tâm lý kịp thời.

Vậy trầm cảm ở mẹ có liên quan đến trẻ hay không? Trong trường hợp thứ nhất (*baby blues*), chính sự hiện diện của bé gây nên rối loạn ở người mẹ. Mẹ cảm thấy không biết phải ứng xử thế nào với con, cảm thấy khó khăn trong việc thiết lập mối quan hệ với trẻ, cảm thấy lo hãi. Nếu như sau một khoảng thời gian ngắn vẫn không có sự thích ứng giữa mẹ và trẻ, cần phải lưu ý vì người mẹ, do trạng thái tinh thần của mình, có thể có những hành vi gây nguy hiểm cho trẻ.

Trong trường hợp thứ hai, trầm cảm ở người mẹ không còn là vấn đề liên quan đến trẻ mà có thể liên quan đến nhiều sự kiện bên lề khác (mối quan hệ với chồng, với gia đình, công việc, các biến cố như sự chia cách, sự mất người thân...). Trẻ cũng sẽ bị ảnh hưởng (ví dụ như thiếu hụt tình cảm và sự chăm sóc) khi mẹ rơi vào trạng thái trầm cảm này.

Tóm lại, khi nói đến tâm bệnh lý của trẻ sơ sinh, chúng ta không những nghĩ đến tính dễ bị tổn thương của trẻ, mà còn phải nghĩ đến tương tác giữa trẻ và môi trường văn hóa - xã hội - gia đình. Bản thân

trẻ có thể không xuất hiện rồi nhiều gì, nhưng vấn đề ở những người xung quanh có thể ảnh hưởng và làm trẻ rối loạn.

c. *Trầm cảm ở trẻ em*

Trầm cảm ở trẻ em phổ biến hơn chúng ta tưởng. Có 1% trẻ dưới 6 tuổi, 5% trẻ vị thành niên và 10% trẻ khuyết tật từng trải qua một mức độ nhất định của trầm cảm trong một thời điểm của cuộc đời. Điều đáng báo động là một trong những hậu quả của tình trạng này là việc dọa tự tử ở trẻ. Ở phương Tây, tự tử là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu của độ tuổi 15-24. Tình trạng này xuất phát một phần từ bối cảnh kinh tế - xã hội ngày nay: trẻ không được người lớn chuẩn bị đủ chín chắn để đón nhận khó khăn của các giai đoạn trong cuộc đời.

Đặc điểm của trầm cảm ở trẻ em

Trầm cảm, dù ở mức độ và thể loại nào đi nữa, cũng có đặc điểm chung, đó là tính khí trầm cảm, chậm tâm vận động và rối loạn thực thể.

Tính khí trầm cảm

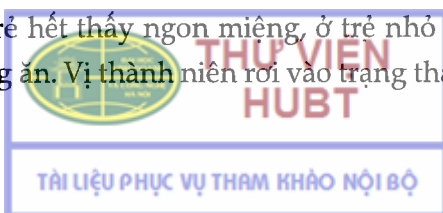
Đó là một nỗi buồn lớn dai dẳng và xâm chiếm cuộc sống hàng ngày, thể hiện qua cái nhìn lơ đãng, thái độ rụt rè, nói năng nhỏ nhẹ, khép kín, đôi khi cáu gắt, giận dữ. Sự trống vắng, buồn chán và thờ ơ làm trẻ mất sinh động. Trẻ tìm kiếm cảm giác một mình và có thể trải qua nhiều giờ một cách thụ động rồi mệt mỏi đi trước ti-vi. Trẻ không tự thấy yêu mình; ở trầm cảm, đánh giá thấp về bản thân là đặc điểm hàng đầu cần lưu ý.

Chậm tâm vận động

Sự đình trệ tâm vận động ở trẻ thể hiện bằng biểu hiện mệt mỏi từ lúc sáng thức dậy, trễ nải, tư thế khựng lại. Trong trường hợp ngược lại, nó cũng có thể thể hiện ra ngoài bằng một hành vi kích động. Trẻ trở nên hung dữ với người xung quanh nhưng cũng có thể với bản thân; những lúc này trẻ trở nên nguy hiểm cho chính mình.

Rối loạn thực thể

Thông thường trẻ hết thấy ngon miệng, ở trẻ nhỏ nổi bật là việc không thèm ăn, biếng ăn. Vị thành niên rơi vào trạng thái hoặc là chán



ăn, hoặc là trở nên háu ăn, ăn vô độ để lấp đầy khoảng trống mà mình cảm thấy. Giác ngủ cũng thay đổi: mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều. Một loạt dấu hiệu tâm thể đi kèm như đau bụng, đau đầu, cho đến những biểu hiện phức tạp hơn như uống rượu, dùng ma túy. Đó là những hành vi nguy cơ thường đi kèm với trầm cảm. Mỗi dấu hiệu, riêng lẻ hoặc xuất hiện cùng nhau, đều phải được đặc biệt quan tâm, chú ý, nhất là khi chúng xuất hiện trở lại hoặc trở nên trầm trọng hơn cùng với thời gian.

Hai loại trầm cảm thường gặp

Loại thứ nhất là trầm cảm phản ứng, có thể là hậu quả của một biến cố lớn về xúc cảm - tình cảm, gây chấn thương tinh thần trẻ, như bị ngược đãi, bố mẹ ly dị, mất người thân... Lưu ý là trầm cảm có thể không xuất hiện ngay lập tức sau biến cố mà nó xuất hiện nhiều tháng, thậm chí nhiều năm sau, tùy theo tính chất của biến cố.

Loại thứ hai là trầm cảm nội sinh, liên quan đến nhân cách không vững của tự thân trẻ. Triệu chứng cũng giống như trầm cảm phản ứng, nhưng trẻ thường phải chịu nỗi đau khổ lớn hơn vì tự đánh giá về bản thân của các em rất thấp.

Trầm cảm và việc học

Trầm cảm và thất bại trong học tập thường đi đôi với nhau. Trẻ trầm cảm thấy mình không có khả năng đương đầu với những yêu cầu của đời sống xã hội và của học đường. Các em không chịu được sự cạnh tranh với bạn bè. Những khó khăn, những thay đổi hành vi và tính khí của các em lại càng khiến bạn bè chú ý. Một đứa trẻ có khó khăn thường chọn cách phản kháng để để tránh hoặc từ chối việc học. Bị xâm lấn bởi cảm giác chán nản, không hài lòng, trẻ không có hứng thú học. Nếu người lớn không nhanh chóng phát hiện và tìm cách đối thoại với trẻ thì thất bại trong học tập sẽ càng trở nên hiển nhiên.

Điều trị trầm cảm

Phương pháp điều trị trầm cảm được chỉ định dựa theo nguyên nhân. Ta có thể thay đổi môi trường xung quanh của trẻ, chẳng hạn thay đổi các yếu tố liên quan đến trường lớp. Trị liệu gia đình cũng

có thể hữu dụng nếu như thay đổi cách vận hành của gia đình có tác dụng tích cực với rối nhiễu của trẻ.

Trị liệu hành vi trong trường hợp này sẽ tập trung vào việc cùng trẻ nhìn lại và diễn giải biến cố (sự kiện) gây trầm cảm, xem xét cách trẻ suy nghĩ và xử lý các suy nghĩ của mình.

Trong nhiều trường hợp, bác sỹ có thể chỉ định thuốc chống trầm cảm.

Cha mẹ nên làm gì?

Nếu cha mẹ nghi ngờ con mình đang có khó khăn tinh thần, hãy khuyến khích con nói những gì con cảm nhận. Nếu con thật sự trầm cảm, cha mẹ cần hiểu rằng đó là một rối nhiễu, một bệnh và không có bài học lý luận, đạo đức nào có thể áp dụng để giải quyết tình hình. Vì vậy cha mẹ đừng nói "Con có tất cả để được hạnh phúc, con còn đòi hỏi gì?". Phải cho trẻ hiểu rằng ước muốn duy nhất của cha mẹ là giúp trẻ vượt qua. Đừng đổ lỗi cho trẻ về trạng thái bất an của nó. Tất nhiên cha mẹ, cũng như người xung quanh sẽ phải chịu đau khổ, sẽ cảm thấy khó đương đầu với nhu cầu của trẻ trầm cảm. Có thể cha mẹ còn thấy mình có lỗi. Trong trường hợp đó cha mẹ nên tìm kiếm sự trợ giúp từ các nhà chuyên môn, tìm kiếm sự chia sẻ từ gia đình, người thân, bạn bè, thầy cô giáo của con. Trầm cảm không phải là một bệnh đáng xấu hổ, việc nói ra chỉ khiến cha mẹ cảm thấy thanh thản hơn, và giúp huy động sức mạnh của nhiều người xung quanh.

Cuối cùng, những dấu hiệu bằng lời sau đây sẽ giúp ta đặt nghi vấn rằng trong gia đình có trẻ trầm cảm:

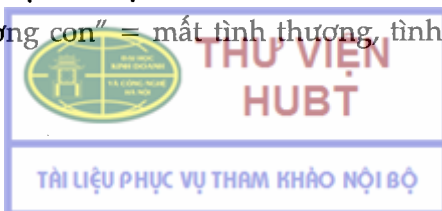
Về phía trẻ, trẻ có thể nói:

"Con không cần biết" - "Con không có gì để làm" - "Con không muốn" = mất hứng thú

"Con rất tệ" - "Con không bao giờ làm được" - "Dù sao đi nữa, con xấu xí" = đánh giá thấp bản thân

"Lỗi tại con" = mặc cảm tội lỗi

"Không ai thương con" = mất tình thương, tình yêu của người khác



“Khó quá” - “Con không hiểu gì hết” = mất sự chú ý và tự tin
 “Điều đó làm con phiền quá” - “Điều đó không tốt” - “Điều đó chán quá” = sự chán chường

Về phía cha mẹ, khi cha mẹ nói:

“Nó không còn như trước” - “Tôi không còn nhận ra nó nữa” = sự hỗn loạn của cha mẹ khi đối diện với những thay đổi của con

“Nó không bao giờ hài lòng” - “Nó không bao giờ đồng ý” - “Nó rất ngỗ nghịch” - “Không có gì làm nó vui” = cảm giác bất lực của cha mẹ

3.1.4. Lo âu và các bệnh tâm căn ở trẻ em

a. Lo lắng và lo âu

Lo âu tiền ngôn ngữ ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

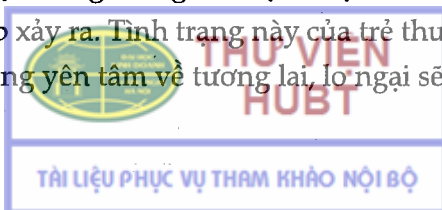
Các biểu hiện của lo âu tiền ngôn ngữ ở trẻ nhỏ gồm có:

- *Những tiếng hét hoảng sợ*: Nhìn chung, người mẹ hoặc người chăm sóc trẻ nhận biết rất rõ các loại tiếng hét của trẻ, tiếng hét nào để gọi mẹ, tiếng hét nào để thể hiện sự thích thú, giận dữ và đôi khi tiếng hét nào thể hiện nỗi hoảng sợ. Tiếng hét hoảng sợ thường đi kèm với các rối loạn trương lực cơ (căng cơ quá mức, vận động bị đảo lộn...), thái độ thận trọng thái quá (im bật, mặt bất động, nhìn như tượng vào một cái gì đó), hành vi tóm, níu lấy một người hoặc ngược lại buông và lùi ra xa. Trẻ cũng không thể cảm thấy dễ chịu hay cuộn mình vào người lớn ngay cả khi được bế và vỗ về.
- *Những rối nhiễu tâm thể*: chán ăn, đau bụng..., nhất là các vấn đề về giấc ngủ cũng như những khó khăn trong việc tìm được nhịp thức - ngủ vừa ý và điều độ.

Lo âu ở trẻ em

Các biểu hiện của lo âu ở trẻ em gồm có:

- *Lo lắng mãn tính hoặc lo lắng thái quá*: Trẻ lo lắng thái quá sống thường trực trong cảm giác e sợ vô định, như thể có điều gì kinh khủng sắp xảy ra. Tình trạng này của trẻ thường bộc lộ qua:
 - + Sự không yên tâm về tương lai, lo ngại sẽ xảy ra tai nạn, sẽ bị



bệnh (cho chính mình hay cho người thân của mình)

- + Dễ kích động, cáu gắt, từ chối, làm mình làm mẩy
- + Đòi hỏi hoặc cần có người lớn ở bên để được trấn an
- + Phàn nàn về những điều đã qua (“con đã làm không tốt...”)
- + Những suy nghĩ u uất (tự buộc tội, tự phủ định bản thân...)

Trên “trạng thái lo lắng nền” này có thể xuất hiện những đợt cao điểm, khi trẻ cảm thấy lo âu bùng lên dữ dội. Con bùng phát này có thể bắt nguồn từ các yếu tố bên trong hoặc bên ngoài (bệnh tật, đi học, chuyển lớp, chuyển nhà, đi nghỉ...)

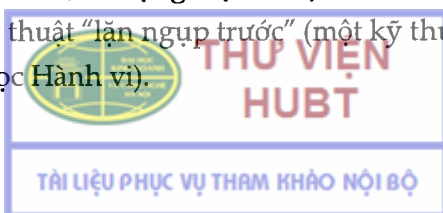
- *Con lo âu bùng phát dữ dội:* Con lo âu này xuất hiện bất ngờ và thường lên đến cao điểm, nó gồm các biểu hiện:
 - + Cơ thể: hồi hộp, tim đập nhanh, cảm giác ngạt thở, đau thắt ngực, đau bụng, buồn nôn...
 - + Về mặt thần kinh: run rẩy, rung các cơ, chóng mặt, khó ở...
 - + Vận động: sôi sục, bồn chồn, là người đi...
 - + Thần kinh thực vật: đổ mồ hôi, lạnh run...
 - + Tinh thần: cảm giác lạ lẫm, mất định hướng, sợ phải chết, sợ bị điên...

Trẻ càng nhỏ thì các biểu hiện cơ thể càng nhiều. Trẻ tỏ vẻ khiếp sợ, mồ hôi đầm đìa, hầu như không thể giải thích lý luận điều gì với trẻ. Khi trẻ còn nhỏ, nghĩa là dưới 7-8 tuổi, chỉ sự hiện diện của cha hoặc mẹ là may ra có khả năng trấn an trẻ lúc này.

b. Các bệnh tâm căn ở trẻ em

Ám sợ ở trẻ em

Ám sợ là rối nhiễu tâm lý chỉ sự sợ hãi vô cớ một vật hay một tình huống nào đó, việc phải chạm trán với vật hoặc tình huống đó gây ra ở chủ thể phản ứng sợ hãi dữ dội. Đối diện với ám sợ, chủ thể, dù là trẻ em hay người lớn, có xu hướng áp dụng chiến thuật phòng vệ, bao gồm các hành vi trốn tránh, sử dụng một đồ vật nào đó để chống lại sự sợ hãi hay tìm đến kỹ thuật “lăn ngụy trước” (một kỹ thuật trị liệu của trường phái Tâm lý học Hành vi).



Các nhà chuyên môn thường phân biệt hai loại ám sợ: ám sợ và ám sợ xã hội. Trong ám sợ có sự tràn ngập của cảm giác lo lắng được chủ thể dự đoán trước. Còn ám sợ xã hội là nỗi sợ phi lý và cố hữu những tình huống trong đó chủ thể bị người khác quan sát chăm chú. Ở trẻ em, những biểu hiện đầu tiên của ám sợ xã hội có lẽ là việc sợ bị hỏi trước cả lớp, sợ phải lên bảng, sợ nói chuyện trước người lạ. Nỗi sợ có tính xã hội ghê gớm nhất ở trẻ em là ám sợ học đường. Ở trẻ em, sự có mặt của ám sợ xã hội gần như luôn đi kèm với hiện tượng ức chế, thu mình.

Ám sợ khác với sợ hãi thông thường mà trẻ nào cũng có trong quá trình phát triển của mình: sợ bóng tối từ khoảng 18 tháng-2 tuổi, sợ các con vật nhỏ, sợ các con vật cắn đau, sợ người lạ, sợ ma quỷ và yêu tinh. Từ khoảng 8 tuổi trở đi, nỗi sợ hãi về sự sống - cái chết xuất hiện, đôi khi biểu hiện trực tiếp dưới dạng buồn bã lo lắng. Vậy ám sợ khác gì so với nỗi sợ hãi thông thường? Ám sợ xuất hiện khi nỗi sợ hãi xâm chiếm cái tôi và cản trở khả năng thích nghi và/hoặc phát triển của trẻ.

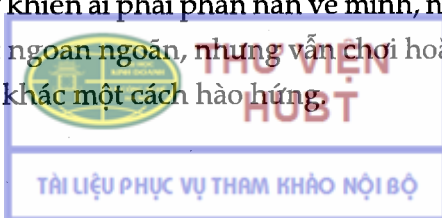
Ám ảnh cưỡng bức ở trẻ

Ám ảnh xảy ra khi một ý tưởng bao vây lấy chủ thể, khiến chủ thể cảm thấy lo lắng bất rút mà không thể tự thoát ra được. Đi cùng với ám ảnh các nghi thức hoặc các hành vi không dừng lại được (kiểm tra đi kiểm tra lại ổ khóa, lau nhà nhiều lần...), chủ thể chống chọi lại những hành vi này bằng cảm giác sợ hãi. Định nghĩa này áp dụng ở cả người lớn và trẻ em. Nó cho thấy hai khía cạnh của ám ảnh cưỡng bức: sự ám ảnh tâm trí và những phản ứng hành vi (nghi thức, hành vi lặp đi lặp lại không cưỡng được).

Sự ức chế - thu mình ở trẻ

Ức chế các hoạt động xã hội và đối ngoại

Ta có thể nhìn thấy tất cả các mức độ của ức chế thông qua hành vi của trẻ. Tất nhiên có những trẻ luôn luôn lặng lẽ, dễ dàng vàng lời, không bao giờ khiến ai phải phàn nàn về mình, những trẻ mà ta đương nhiên thấy rất ngoan ngoãn, nhưng vẫn chời hoặc cùng làm việc gì đó với những trẻ khác một cách hào hứng.



Khi nhắc đến ức chế hay thu mình ở trẻ nhỏ, ta nhắc đến những hiện tượng đáng để tâm hơn: trẻ luôn đứng một mình, không dám lại gần người khác ngay cả khi mong muốn lơ lợ. Những trẻ này không chơi ở sân trường, chỉ ở nhà vào những ngày nghỉ, từ chối các hoạt động nhóm (một dạng thức sớm của ám sợ xã hội). Có trường hợp trẻ hầu như câm lạng ở ngoài môi trường gia đình. Đôi khi, trong gia đình hoặc với người thân (bố mẹ hay anh chị em), các trẻ này lại có thái độ ngược hẳn lại, nghĩa là trong khung cảnh cảm thấy an toàn và được bảo vệ, trẻ tỏ ra chuyên quyền và thích điều khiển người khác. Nhìn chung, các gia đình thường nhận ra trẻ quá rụt rè, sự rụt rè thái quá này ảnh hưởng đến quá trình xã hội hóa của trẻ, đây là khi ta nhắc đến thuật ngữ ám sợ xã hội.

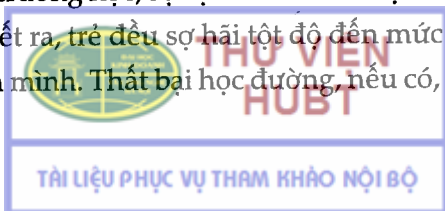
Trẻ cũng có thể trở nên ức chế về mặt cơ thể: ít chuyển động, không linh hoạt, điệu bộ nghèo nàn và đỉnh điểm là vô cùng vụng về về mặt cử chỉ.

Ức chế các hoạt động tinh thần

Sự ức chế hoặc là liên quan đến các hoạt động có tính tưởng tượng của trẻ (mơ, tưởng tượng, huyền tưởng), hoặc là liên quan đến sự vận hành trí óc.

Ức chế hoạt động tưởng tượng thường đi kèm với vài nét ám ảnh. Trẻ thuộc nhóm này ít chơi đùa, hoặc nếu có thì chơi những trò có tính theo đuôi, thích chép lại tranh hơn là tự vẽ, gạch xóa và tẩy rất nhiều, nét vẽ không vững, run rẩy; các trẻ này cũng thích những hoạt động đòi hỏi các thao tác lặp đi lặp lại. Rất nghịch lý là dạng ức chế này đôi khi lại khiến trẻ dễ dàng gia nhập xã hội vì nó cổ xúy sự làm theo người khác.

Những trẻ ức chế về hoạt động trí tuệ hiếm khi gặp thất bại học đường vì các em vẫn có thể duy trì ở mức giới hạn. Những trẻ này cảm thấy khả năng tư duy bị cản trở, luôn muốn rút lui, lùi bước, ít khi tham gia các hoạt động ở trường học, sợ bị hỏi đến. Khi bị hỏi, dù là hỏi bằng lời hay bằng cách viết ra, trẻ đều sợ hãi tới độ đến mức run rẩy, đầu óc trống trơn, muốn ẩn mình. Thất bại học đường, nếu có, thường khu trú



ở một lĩnh vực (chính tả, toán...). Tuy nhiên, năng lực của trẻ chỉ có thể giúp trẻ duy trì mức độ giới hạn trong học tập ở bậc tiểu học. Khi lên đến trung học, sự ức chế tư duy khiến trẻ gặp khó khăn hơn nhiều vì trẻ sẽ bị yêu cầu phải tham gia vào các hoạt động tích cực và chủ động hơn. Điều này giải thích vì sao rất nhiều trẻ lớp 6 và lớp 7 gặp phải thất bại học đường.

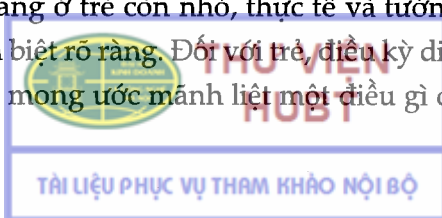
3.1.5. Nói dối

Nói dối là biểu hiện thường gặp ở trẻ, nhất là trẻ từ 5 đến 10 tuổi. Tuy nhiên, trước khi khẳng định rằng trẻ nói dối, nhà tâm lý cần lưu ý vài điểm sau:

Trước tiên phải biết rằng người lớn và trẻ nhỏ nhìn sự thật theo cách khác nhau. Trong cách nhìn của trẻ, trẻ thấy mình đã thu dọn phòng gọn gàng theo yêu cầu của cha mẹ, nhưng theo cách nhìn của mình, cha mẹ lại nghĩ là trẻ không cố gắng, không vâng lời. Hoặc trẻ có thể nghĩ cô giáo hay phạt trẻ vì cô ghét trẻ hơn những trẻ khác; điều đó không hẳn là sự thật nhưng đối với trẻ đó là sự thật. Như vậy, điều quan trọng là hiểu đúng những gì trẻ cảm thấy và tin rằng mình cảm thấy. Khi trẻ nói “con đã dọn dẹp phòng của con” hoặc “cô giáo cổ tình phạt con”, trẻ không nói dối mà chỉ thuật lại sự thật theo cách của trẻ.

Phải tìm hiểu phong cách giáo dục của cha mẹ. Khi cha mẹ quá lo lắng, bảo bọc, hoặc trái lại quá hạn chế và trấn áp, trẻ có thể có khuynh hướng nói dối để được tự do hơn và để cha mẹ không lo lắng. Khi trẻ lớn, khuynh hướng che giấu sự thật này càng trở nên nguy hiểm, ví dụ trẻ nói đã về nhà sau khi tan học theo yêu cầu của cha mẹ, nhưng thực tế lại đi chơi với bạn và không ai biết trẻ ở đâu. Vậy nhà tâm lý phải làm việc với trẻ và gia đình để thiết lập mối quan hệ tin tưởng giữa bố mẹ - con cái, để trẻ có không gian tâm lý riêng, được tự do hơn nhưng không có nghĩa là lạm dụng sự tự do đó.

Phải nhớ rằng ở trẻ còn nhỏ, thực tế và tưởng tượng không phải luôn luôn phân biệt rõ ràng. Đối với trẻ, điều kỳ diệu có thể xảy ra: nếu trẻ suy nghĩ và mong ước mãnh liệt một điều gì đó, có thể điều đó sẽ



trở thành sự thật. Vậy khi trẻ nói “con được nhiều điểm tốt ở trường”, trẻ đang rất mong điều đó thành hiện thực; người lớn phải lắng nghe và hiểu thay vì nghĩ đó là một sự cố tình nói dối. Tương tự, khi trẻ che giấu một lỗi lầm hoặc đổ lỗi cho anh/chị/em, có nghĩa là trẻ ước gì mình đã không làm việc đó, không phạm lỗi lầm đó. Sẽ đáng lo ngại nếu sự lẫn lộn giữa sự thật và tưởng tượng kéo dài sau 6 hoặc 7 tuổi.

Ở trẻ nhỏ (khoảng 4-5 tuổi), việc thử nói dối cho phép trẻ đảm bảo tính sâu kín tâm hồn. Ở tuổi này, trẻ tin chắc rằng cha mẹ và người lớn có thể đọc và đoán được những suy nghĩ của trẻ. Khi trẻ nhận thức là những gì trong đầu trẻ thuộc về trẻ, nó không “trong suốt” và có thể giữ bí mật hoặc nói khác đi, trẻ sẽ kiểm tra giới hạn của khả năng che giấu này hoặc bóp méo sự việc nếu người khác không phát hiện. Nếu ta chỉ cho trẻ những bất lợi của việc này (ví dụ làm mất niềm tin nơi người lớn, như trong chuyện chú bé kêu cứu có “chó sói”), đặt ra những giới hạn, hành vi này sẽ biến mất khá nhanh.

Một trẻ kể chuyện (đặt chuyện theo trí tưởng tượng) có thể chỉ là một trẻ có trí tưởng tượng phong phú và trẻ sử dụng trí tưởng tượng đó để tự giải thoát mình khỏi thực tế không hợp ý mình, thực tế mà ở đó trẻ ảm ức, bị gò bó và thất vọng. Từ trong thâm tâm, trẻ ý thức những điều trẻ kể là không thật nhưng trẻ vẫn tiếp tục sự lừa dối với hy vọng là sẽ dần xếp được sự việc. Trong thực hành lâm sàng, nhiều trẻ kể các câu chuyện tưởng tượng để giải thoát áp lực học tập nặng nề hoặc không khí mệt mỏi trong gia đình. Trẻ bịa ra những cuộc phiêu lưu để làm cho cuộc sống thú vị hơn, hoặc tưởng tượng một “tiểu thuyết gia đình” (thực tế con không phải là con gái của cha mẹ con, con là con gái của những ngôi sao điện ảnh, họ phải làm việc và không có thời gian để chăm sóc con, vì thế con phải ở đây, nhưng một ngày nào đó con sẽ trở về sống với họ...). Trong trường hợp này, thay vì cho rằng trẻ “nói dối”, nhà tâm lý nên hiểu rằng trẻ đang thể hiện một nỗi đau khổ hoặc một nhu cầu tình cảm, nhu cầu về sự thừa nhận. Ngoài ra, cần tìm hiểu để xác định trẻ thường bịa chuyện với đối tượng nào: với bạn bè để tô điểm cho tình huống gia đình (“ba tôi là bác sỹ” mà thực tế ba trẻ

là một người khuyết tật và ở nhà), với cha mẹ để gây sự chú ý hay với thầy cô giáo để được thầy cô quan tâm. Khi những hành vi bịa chuyện tiếp diễn đến một lứa tuổi nào đó (tuổi vị thành niên), chuyển thành bịa chuyện hoang đường, lúc đó phải đánh giá bản chất tâm lý của rối loạn này và xem xét tổng quát sự phát triển của trẻ, các yếu tố gia đình, môi trường cũng như các sự kiện quan trọng có thể ảnh hưởng đến trẻ. Khi trở thành hoang tưởng và trẻ mất hẳn ý thức về thực tế, đây có thể là một dấu hiệu sớm của loạn thần.

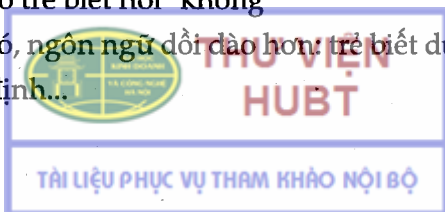
Sau cùng, nhà tâm lý hãy nhắc phụ huynh đừng quá lo lắng về sự nói dối của trẻ; chính người lớn đôi khi cũng nói dối để tránh một ai đó, bớt đi một sự khó chịu, che giấu một lỗi lầm... Người lớn thường có xu hướng phạt trẻ vì những điều mà chính người lớn vẫn thường làm. Một trẻ ý thức là ba mẹ trẻ nói dối người xung quanh và thường xuyên nói dối trẻ (đôi khi nói dối những vấn đề trầm trọng như cái chết hoặc sự ly dị) thì trẻ một lúc nào đó cũng có thể bắt chước hành vi đó. Để được trẻ tin cậy, người lớn cần làm gương cho trẻ.

3.1.6. Rối loạn ngôn ngữ

a. Các giai đoạn phát triển ngôn ngữ

Một trẻ bình thường có ba giai đoạn phát triển ngôn ngữ:

- *Giai đoạn tiền ngôn ngữ (từ lúc sinh đến 12-13 tháng)*
 - 6 tháng đầu: các âm thanh u ơ, ba ba...
 - 6-8 tháng: trẻ có thể nhại lại âm thanh người lớn nói với trẻ
- *Giai đoạn ngôn ngữ trẻ con (10-13 tháng đến 2,5-3 tuổi)*
 - Trẻ biết nói những từ đầu tiên như bố, mẹ, bà...; trung bình đến 12 tháng trẻ biết 5-10 từ, đến 2 tuổi trẻ biết khoảng 200 từ.
 - 18 tháng: trẻ bắt đầu nói câu có chủ ngữ vị ngữ đơn giản, ví dụ "Mẹ đi"
 - Sau đó trẻ biết nói "không"
 - Sau đó, ngôn ngữ dồi dào hơn: trẻ biết dùng các thể nghi vấn, phủ định...



- *Giai đoạn ngôn ngữ thực thụ (từ 3 tuổi trở đi)*
 - từ 2,5 - 3 tuổi
 - + Cú pháp (chủ ngữ, vị ngữ, bổ ngữ), trẻ có thể làm chủ được khoảng 1500 từ
 - + Trẻ bắt đầu biết nói “tôi” (con, em, cháu...). Đến 3 tuổi trẻ biết dùng từ “tôi” làm chủ ngữ.
 - đến 4 - 5 tuổi:
 - + Vốn từ càng trở nên phong phú
 - + Học dần cách chia động từ
 - + Cú pháp phong phú

b. Những yếu tố thúc đẩy sự phát triển ngôn ngữ của trẻ

- Môi trường gia đình và xã hội, sự tương tác với người khác
- Sự hoàn hảo của hệ thống thần kinh, đặc biệt của thính giác
- Sự phát triển những khía cạnh tâm lý khác: khả năng bộc lộ, sự trao đổi tình cảm với mẹ, đời sống tình cảm thỏa mãn

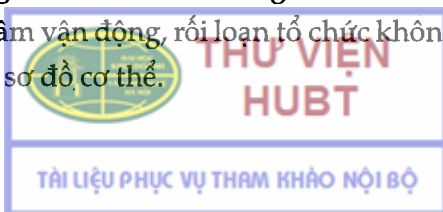
c. Các rối loạn ngôn ngữ

Chậm nói

Chậm nói được xác định khi ở trẻ không xuất hiện câu đầu tiên sau 3 tuổi. Ngoài ra, những tiêu chí đánh giá khác gồm có: ngôn ngữ của trẻ thô sơ, các câu đặt cạnh nhau mà không có từ nối, các từ trong câu sai vị trí, trong lời nói có xen lẫn từ sai, không thích hợp, lẫn lộn trong cách dùng từ.

Loạn ngôn ngữ

Loạn ngôn ngữ là hình thức nặng của chậm nói. Nó thể hiện qua sự vắng ngôn ngữ hoặc ngôn ngữ rất sơ sài của trẻ trên 6 tuổi. Trẻ thường xuyên có khó khăn trong việc hiểu ngôn ngữ trừu tượng (đồng nghĩa với việc trẻ có khó khăn trong việc biểu tượng hoá, trừu tượng hoá). Trẻ thường dùng cử chỉ để làm cho người khác hiểu. Những rối loạn đi kèm: rối loạn tâm vận động, rối loạn tổ chức không gian và thời gian, chậm nhận thức sơ đồ cơ thể.



3.2. TÂM BỆNH HỌC VỊ THÀNH NIÊN

3.2.1. Các rối nhiễu tâm thể

a. Giới thiệu về rối nhiễu tâm thể

Tâm trí và thể xác con người có mối liên hệ chặt chẽ với nhau, chúng tương tác và ảnh hưởng lẫn nhau. Trong cuộc sống hàng ngày, biểu hiện tâm thể là những biểu hiện mà hẳn ai trong chúng ta cũng đã trải nghiệm, chẳng hạn như đỏ mặt khi xấu hổ, tái nhợt mặt khi sợ hãi, huyết áp tăng kèm theo căng thẳng khi đi khám bác sỹ, khóc những lúc buồn, miệng khô khốc khi căng thẳng... Ngay cả ở trẻ em, sự liên hệ thể xác-tinh thần cũng dễ dàng phát hiện: mỗi khi có bài kiểm tra viết quan trọng học sinh thường bị đau đầu. Chúng ta thấy rằng những cảm xúc của mình, những tình huống khó khăn mà mình gặp phải...) là nguồn gốc của những phản ứng cơ thể. Tuy nhiên, trên đây là ví dụ về rối loạn chức năng bình thường trong những tình huống đặc biệt chứ không phải rối loạn chức năng bệnh lý.

Y học đã ghi nhận mối quan hệ giữa khó khăn tâm lý và sự phát triển bệnh tật. Từ xa xưa, Galien và Hippocrate đã nhận ra rằng những phụ nữ buồn bã có nguy cơ bị ung thư vú hơn người khác. Từ những năm 30, ở Mỹ, Tâm thể học đã trở thành một môn học riêng biệt trong y học tổng quát về cơ thể, trong sự tiếp cận tổng quát với bệnh nhân. Y học tâm thể ngày nay là y học tìm hiểu bệnh nhân một cách tổng quát, nghĩa là tìm hiểu cùng lúc những đặc thù về tâm lý và những chức năng hoạt động của cơ thể. Bệnh nhân không phải là một cỗ máy gồm những tế bào và các cơ quan, họ còn có tâm hồn và cảm xúc.

Trong Tâm lý học, khi nói về bệnh tâm thể, tức là nói về những bệnh mà nguyên căn (nguyên nhân và tác nhân bệnh học) phần lớn có liên hệ đến yếu tố tâm lý và nhân cách của chủ thể. Franz Alexander (bác sỹ và nhà phân tâm) mô tả sáu loại tâm thể thường gặp: suyễn, loét, chứng tăng năng tuyến giáp, tăng huyết áp, chàm (viêm da) và viêm đa khớp dạng thấp khớp.

Stress và bệnh tâm thể

Stress làm tăng khả năng xuất hiện bệnh ở con người. Khi stress kéo dài triền miên, hệ thống miễn dịch bị rối loạn và tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện ung thư. Trạng thái cảm xúc, như vậy, đóng vai trò quan trọng trong sự vận hành của hệ miễn dịch. Vì thế, nhiều nghiên cứu đã nhận thấy sinh viên trong thời gian học thi, phụ nữ trong thời kỳ ly dị hoặc người lớn tuổi mất bạn đời đều có hệ miễn dịch suy yếu. Khi đó virus dễ dàng tấn công cơ thể hơn. Ngược lại, bà Suzanne Segerstrom (giáo sư tâm lý học trường đại học Kentucky, Mỹ), chuyên gia nổi tiếng về mối quan hệ giữa sức khỏe và hệ thống miễn dịch đã chứng minh trong một nghiên cứu gần đây rằng tính lạc quan làm tăng sức chống chịu của hệ miễn dịch và giúp chủ thể chống lại bệnh tật một cách hiệu quả hơn. Tóm lại, khi tinh thần tốt, hệ miễn dịch hoạt động linh hoạt hơn. Khi tinh thần sa sút, hệ miễn dịch cũng suy sụp theo. Tư tưởng tích cực, tinh thần lạc quan rất có lợi cho sức khỏe.

Xung đột tâm lý và bệnh tâm thể

Xung đột tâm lý là tình huống con người trong trạng thái xung đột với người khác (xung đột vợ chồng, xung đột nơi làm việc...). Sự xung đột đó đối nghịch với nhân cách và thói quen của chủ thể, khiến cho sự hài hòa, cân bằng bên trong của chủ thể bị đảo lộn. Điều này có thể làm thay đổi trạng thái sức khỏe của chủ thể về mặt tâm lý hoặc về mặt cơ thể và là nguồn gốc của bệnh tâm thể. Phản ứng của mỗi người tùy thuộc nhân cách và bối cảnh họ đang sống.

Những yếu tố thuận lợi cho bệnh tâm thể

- Môi trường tâm lý xã hội: bệnh tâm thể thường xuất hiện trên nhóm dân cư có môi trường xã hội - kinh tế không thuận lợi.
- Hoàn cảnh hiện tại gây bất lợi cho chủ thể: khó khăn trong đời sống vợ chồng, khó khăn tài chính, trắc trở trong công việc, không được thỏa mãn về mặt tình cảm, về các mối quan hệ (gia đình, công việc, bạn bè...).
- Những khó khăn tâm lý từ trước: những vấn đề từ thời thơ ấu (ví



dụ chia cách mẹ từ sớm), sự mất mát người thân...

- Sự dồn nén: Đời sống của chủ thể không mang lại sự thỏa mãn mong đợi, khiến chủ thể bất toại, nhưng thay vì thể hiện sự bất mãn ra ngoài, chủ thể dồn nén vào trong, gây nên trạng thái “căng thẳng thần kinh”, ngăn cản chủ thể bộc lộ cảm xúc một cách tương ứng (ví dụ: biểu lộ cơn giận bằng cách la hét, sự buồn phiền bằng nước mắt). Cảm xúc, vì vậy, được bộc lộ một cách vô thức thông qua các bệnh cơ thể. Nhân nói đến dồn nén, trong thực hành nghề, các bác sỹ tâm thần làm việc ở Việt Nam nhận thấy tỷ lệ người bệnh tâm thể ở đây cao hơn ở những nước phương Tây, có lẽ một phần bởi vì người phương Tây dễ bộc lộ cảm xúc của họ hơn, ít bị dồn nén hơn.

Làm sao đánh giá yếu tố tâm lý trong bệnh cơ thể?

Có nhiều thang đo, trắc nghiệm khác nhau để thân chủ tự trả lời, nhất là những bệnh cơ thể trong lĩnh vực hô hấp (Ví dụ: *Bronchitis emphysema symptom checklist*, *Asthma symptom checklist*), liên quan đến cơn đau đầu hoặc đau đốn nói chung. Chủ thể có thể nhờ vào những thang lượng giá này để đánh giá triệu chứng của bản thân, thời điểm xuất hiện, mức độ trầm trọng, sợ hãi hay không lúc lên cơn, cách chịu đựng.

b. Đặc điểm của người có rối nhiễu tâm thể

Sự khác biệt giữa người bệnh tâm thể và người “bình thường”

Để tìm hiểu điều này, các nhà khoa học đã nghiên cứu phương pháp quản lý xung đột tâm lý ở người bình thường (không có bệnh tâm thể). Người bình thường, trong trường hợp gặp khó khăn về tâm lý, cũng có những phản ứng cơ thể nhất thời (mất ngủ, rối loạn tiêu hóa, đau đầu) nhưng xung đột được giải quyết khá nhanh và những triệu chứng đó biến mất. Và điều này có được là nhờ khả năng tư duy, tự lý giải của chủ thể. Ở người bệnh tâm thể, các triệu chứng duy trì lâu dài do cách tư duy bám sâu vào thực tế, thực hành và tính logic; họ không tách rời được thực tại cụ thể để đi vào sự mơ mộng, đi vào trí tưởng tượng của bản thân.



Nhân cách của bệnh nhân tâm thể

- Ít tưởng tượng, không mơ mộng bao giờ (ngày cũng như đêm);
- Ngôn ngữ thiếu cảm xúc: tình cảm và cảm xúc không thể mô tả bằng từ;
- Mối quan hệ khô khan (vì thể khó thiết lập mối quan hệ với bác sĩ).
- Bệnh nhân tâm thể, nhìn chung, có một nhân cách thiếu mềm dẻo, khó thích nghi và cần lệ thuộc vào người khác, đôi khi (rất hiếm) họ là người hung bạo.

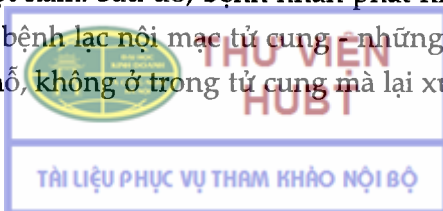
Cơ chế phòng vệ đặc thù của bệnh nhân tâm thể

Ở bệnh nhân tâm thể, ta thường quan sát được hai cơ chế phòng vệ chính:

- **Cơ thể hóa:** sự xuất hiện triệu chứng cơ thể giúp tránh đau khổ và xung đột tâm lý
- **Cô lập hóa:** người đó mất khả năng nhìn thấy mối liên quan giữa triệu chứng cơ thể và hoàn cảnh tâm lý (trong khi đó, người ngoài cuộc, ví dụ bác sĩ, thấy mối liên quan đó một cách hiển nhiên). Bệnh nhân không hề nhận ra những vấn đề mà người khác nhận thấy một cách hiển nhiên.

Gợi thiệu một ca lâm sàng điển hình

Bệnh nhân là nữ 35 tuổi bị rối loạn tâm thể. Trước đây, bệnh nhân thường xuyên bị chồng đánh đập. Lần bị đánh cuối cùng, bệnh nhân trốn khỏi nhà và đến ở Nhà bảo trợ người bị bạo hành. Bệnh nhân lo sợ sẽ bị suy sụp trở lại nên tìm đến nhà trị liệu tâm lý nhờ giúp đỡ. Thời gian đầu, nhà tâm lý chủ yếu nâng đỡ cho bệnh nhân. Bệnh nhân kể về bệnh sử của mình: cha mẹ ly thân lúc bệnh nhân được 18 tháng tuổi. 19 tháng, bệnh nhân không gặp lại mẹ. Bố bệnh nhân nói rằng mẹ đã chết nhưng thực tế bà không chết. Hiện tại, bệnh nhân sống với đứa con trai. Cứ mỗi tuần một lần bệnh nhân đến phòng trị liệu tâm lý và điều trị ở đó suốt một năm. Sau đó, bệnh nhân phát hiện ra mình bị chứng bệnh cơ thể - bệnh lạc nội mạc tử cung - những tế bào của tử cung xuất hiện lạc chỗ, không ở trong tử cung mà lại xuất hiện ở rốn



thành những mụn nhỏ. Trước đây bệnh nhân đã bị, được phẫu thuật một lần và bây giờ tái phát bệnh trở lại. Bác sỹ điều trị chỉ định phẫu thuật dự phòng. Nhà tâm lý khai thác khía cạnh này:

- NTL : Bà nghĩ gì về bệnh lạc nội mạc tử cung của bà?
- BN : Khi nghĩ về rốn thì tôi lại nghĩ đến mẹ tôi.

Bệnh nhân ít khi nào tự vấn bản thân và qua nhiều buổi trị liệu, bệnh nhân mới nói về mẹ mình. Bệnh nhân nghĩ rằng mẹ mình đã giết một trong những người yêu của bà. Bệnh nhân đã sưu tầm nhiều bài báo liên quan đến các vụ án và cho rằng cha mình đã không nói sự thật mà sự thật là mẹ đã ở tù và chết trong bệnh viện tâm thần. Vào thời điểm bệnh nhân xuất hiện bệnh cơ thể, bệnh nhân mới bắt đầu nói về mẹ mình, về gia đình bên ngoại và sự xấu hổ khi có một người mẹ phạm tội.

Đây là một bệnh nhân rất năng động, bệnh nhân đã tìm hiểu bên ngoại và thời còn gái của mẹ qua mạng. Bệnh nhân đã tìm gặp được những người cậu và con của cậu. Sau đó còn tìm thăm mộ mẹ. Một cơn bão đã tàn phá ngôi mộ và bệnh nhân đã để dành tiền xây lại mộ cho mẹ mình. Bệnh nhân còn đến cả bệnh viện tâm thần, nơi mẹ mình được điều trị, gặp lại những bác sỹ đã từng điều trị cho mẹ để được nghe kể về mẹ của mình.

Giả thuyết:

- Bệnh lý cơ thể là một cách để bệnh nhân bày tỏ sự đau khổ của mình.
- Trị liệu tâm lý không chỉ đơn thuần để điều trị cho bệnh nhân này (bệnh nhân chưa bùng phát cơn suy sụp tâm lý mới). Ở lần phẫu thuật đầu tiên là lấy đi những tế bào lạc. Lần phẫu thuật thứ hai là tái tạo lỗ rốn mới.

- Một số thuyết của các tác giả nhằm để củng cố giả thuyết:

+ Marty cho rằng những bệnh nhân muốn bày tỏ vấn đề tâm lý của mình thông qua bệnh cơ thể là những bệnh nhân có óc phân tích (hay trình bày sự kiện liên quan đến họ nhưng bề ngoài tỏ ra lãnh đạm, không biểu lộ cảm xúc tựa hồ vấn đề đó không liên quan gì đến họ cả). Đây là những người có tư duy cụ thể.

+ Theo Mac Dougall, những biến cố liên quan đến rối loạn tâm thể có liên quan đến rối loạn mối quan hệ mẹ - con rất sớm (từ lúc chưa biết nói) và thường thể hiện qua giấc mơ. Thường thì những đau khổ được khu trú lại và bệnh nhân không có từ nào để mô tả. Ví dụ như cảm xúc cuồng nộ, phá hủy, những trận nổi cơn điên, hung bạo... thì không thể diễn tả bằng lời. Nếu những cảm xúc xung động này không thoát ra được bằng lời thì sẽ tồn tại dưới một yếu tố mong manh dễ tổn thương về mặt cơ thể.

c. Rối nhiễu tâm thể ở trẻ em và vị thành niên Việt Nam

Những rối nhiễu tâm thể điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 (TP Hồ Chí Minh) từ 2007-2009

Tổng số bệnh nhân có rối nhiễu tâm thể đến điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 từ năm 2007 đến nửa đầu năm 2009 là 81 người (2007: 21, 2008: 45, 4 tháng đầu năm 2009: 15). Trong đó tỷ lệ nam/nữ là 28/53. Các rối nhiễu tâm thể ở trẻ đến điều trị chia thành các nhóm cụ thể sau:

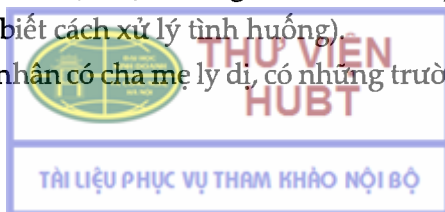
- Rối loạn cơ thể hóa với các triệu chứng nhức đầu, đau bụng, buồn nôn, tức ngực, nghẹn cổ, yếu người
- Rối loạn chuyển dạng cơ thể không biệt định với các biểu hiện co giật, khó thở, ngất xỉu
- Rối loạn nghi bệnh
- Rối loạn đau

Trong thực tế, một bệnh nhân có thể có nhiều hơn một triệu chứng trong số các triệu chứng nêu trên.

Những yếu tố gây sang chấn

Những yếu tố gây sang chấn được tìm thấy gồm có các yếu tố gia đình (bố mẹ ly dị, ly thân, không được sống chung với bố mẹ, mất người thân), các yếu tố học đường (áp lực học tập, bạn bè cô lập, bạo lực học đường từ giáo viên hoặc bạn bè) và một số yếu tố đi kèm khác (hình ảnh bản thân tiêu cực, tự đánh giá bản thân thấp, chưa có khả năng tự lập và chưa biết cách xử lý tình huống).

Về những bệnh nhân có cha mẹ ly dị, có những trường hợp cha mẹ

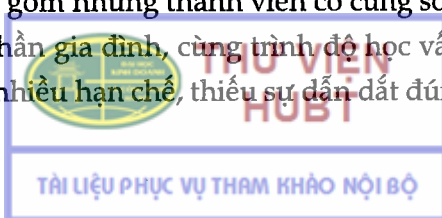


đã ly dị từ nhỏ, trẻ sống với một trong hai người hoặc sống với người chăm sóc khác, nhưng những triệu chứng cơ thể gần đây mới xuất hiện. Như vậy, rất có thể việc cha mẹ ly dị là nguyên nhân sâu xa của rối loạn, đó được coi như một trong những cuộc chia ly đầu tiên, nỗi khổ đó được các em dồn nén, và khi lớn lên, gặp điều kiện nào đó như áp lực xã hội, nhà trường, tình cảm hoặc sự chia ly khác, triệu chứng mới được thể hiện ra ngoài. Đối với những trường hợp cha mẹ mới ly dị hoặc ly thân thì dễ dàng nhận thấy nơi trẻ có sự giằng xé, lo lắng được biểu hiện qua triệu chứng cơ thể.

Về việc mất người thân (mất mẹ, mất bà, mất người bạn cùng lớp...), những nhà thực hành tâm lý lâm sàng đều biết rằng sau một mất mát, con người phải trải qua năm giai đoạn: chối bỏ, giận dữ, mặc cả, trầm cảm và chấp nhận. Thời gian chấp nhận và triệu chứng biểu hiện tùy thuộc vào từng người. Đối với những trường hợp trẻ Việt Nam đến điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1, các em đều có những biểu hiện về cơ thể.

Áp lực học tập là nguyên nhân chiếm tỷ lệ lớn nhất so với những nguyên nhân khác. Điều đó cho thấy hiện nay trẻ vị thành niên Việt Nam đang chịu một áp lực lớn về sự học, việc học. Áp lực này đến trước tiên từ phía nhà trường với số lượng bài học, bài tập, thời gian học gần như kín lịch trong ngày của các em; các em gần như không có thời gian giải trí, chơi đùa, nghỉ ngơi, nhất là vào mùa thi hoặc với những năm cuối cấp. Áp lực này cũng thường bắt nguồn từ phía phụ huynh, phụ huynh quá kỳ vọng vào con em trong khi khả năng của các em không tương đương với kỳ vọng. Hiện trạng chạy theo thành tích là yếu tố quan trọng tạo nên áp lực này cho cả nhà trường và phụ huynh, mà người gánh chịu là các em học sinh.

Một yếu tố khác cũng liên quan đến học đường, đó là sự cô lập học đường. Ở tuổi vị thành niên, các em thường kết bạn theo nhóm; nhóm thường gồm những thành viên có cùng sở thích, cùng giới tính, cùng thành phần gia đình, cùng trình độ học vấn... Tuy nhiên, với sự hiểu biết còn nhiều hạn chế, thiếu sự dẫn dắt đúng đắn của người lớn,



đôi khi có những em có những thái độ khinh miệt một bạn nào đó, sau đó cùng rủ nhóm “tẩy chay” bạn, cô lập bạn, có nhóm còn tổ chức đánh bạn. Những em bị tẩy chay, cô lập thường rơi vào khủng hoảng, lo lắng, lại không tìm được sự chia sẻ, giúp đỡ từ bạn khác hoặc người lớn.

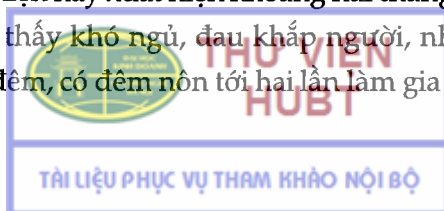
Một vài bệnh nhân còn gặp phải bạo lực học đường. Bạo lực có thể đến từ phía thầy cô như lời nói mắng nhiếc, xúc phạm hay hành vi đánh học sinh. Điều này hiển nhiên gây bức xúc, ảm ức đối với các em, gây căng thẳng, ức chế. Bạo lực còn đến từ phía học sinh với nhau; do bốc đồng lứa tuổi, do ảnh hưởng phim ảnh bạo lực, do game, do thiếu sự hướng dẫn đúng đắn của người lớn, nhiều em có xu hướng giải quyết vấn đề bằng bạo lực. Điều này cũng gây nên những lo lắng cho các em bị đánh, dẫn tới học sa sút, nghỉ học, đau bệnh.

Trong 81 trường hợp đến điều trị, có khá nhiều em thiếu tự tin, đánh giá thấp bản thân, có hình ảnh bản thân tiêu cực, thiếu khả năng tự lập hoặc khả năng giải quyết vấn đề. Điều này cũng được coi là yếu tố củng cố rối loạn cơ thể và nó có lẽ xuất phát từ môi trường gia đình. Phụ huynh ngày nay thường chỉ chú trọng vào việc học của con, ít trang bị cho con những kỹ năng sống, kỹ năng giải quyết tình huống, lại bao bọc con một cách quá mức, không cho con cơ hội tự lập. Vì thế, các em bối rối, lo lắng trước những tình huống mới mẻ, không biết cách giải quyết, hoặc giải quyết theo suy nghĩ chưa phù hợp; loay hoay trong cái vòng luẩn quẩn đó, các em thể hiện ra bên ngoài bằng những rối loạn cơ thể. Các triệu chứng là những thông điệp của các em về nỗi đau khổ, về khó khăn mà mình gặp phải.

Một số trường hợp lâm sàng minh họa

Trường hợp 1

Tuân, một bé trai 9 tuổi, đi cùng với ba đến thăm khám vì khó ngủ và vì những cơn đau đầu, đau vai và cổ, đi kèm nôn ói từ một tháng nay. Các biểu hiện này xuất hiện khoảng hai tháng sau ngày khai giảng: Tuân bắt đầu thấy khó ngủ, đau khắp người, nhất là đau đầu, nôn ói nhiều lần về đêm, có đêm nôn tới hai lần làm gia đình lo sợ. Sau



nôn ói, ba mẹ thấy em có vẻ dễ chịu hơn. Lúc đầu mẹ em nghĩ do em ăn đồ khó tiêu, nhưng sau đó nôn ói cứ lặp lại nhiều lần nên đưa Tuấn đi khám bệnh. Các bác sỹ khẳng định không phát hiện bệnh lý nào của não hay của cơ thể.

Trước mặt cha, Tuấn kể em bắt đầu đau đầu từ một tháng nay, em sợ một người giám thị của trường vì theo em người này rất dữ. Có lần em bị phạt đánh vào mông hay quỳ gối lâu trong phòng vì chạy nhiều trong sân trường. Về mặt gia đình, Tuấn sống cùng ba mẹ (ba em là kỹ sư, 50 tuổi, mẹ em là luật sư, 42 tuổi) và em trai (6 tuổi, học cùng trường với Tuấn).

Tiếp xúc riêng với mẹ Tuấn, nhà tâm lý được mẹ em cho biết, Tuấn là một trẻ ngoan, chăm chỉ và tình cảm. Em rất nhạy cảm, hay lo lắng, đôi khi em xin được ngủ chung với ba mẹ. Em có tật dái dầm cho đến 8 tuổi. Em ngủ một mình từ lúc 3 tuổi, khi mẹ sinh em trai. Em đã tự lo được mọi việc, luôn tự thức dậy sớm lúc 5g30 và đến trường lúc 6 giờ. Em luôn ăn sáng tại trường vì sợ trễ giờ. Em rất sợ người giám thị của trường.

Trước khi sinh Tuấn, mẹ em có một thai kỳ bình thường. Em sinh thường, khóc ngay, cân nặng lúc sinh 2650g. Tuấn không quấy khóc trong 4 tháng đầu sau sinh. Em bú mẹ cho đến khi mẹ em không còn sữa (14 tháng). Tuy nhiên, quá trình cai sữa rất khó khăn: Từ 8 tháng mẹ em đã bắt đầu cho em bú bình vì bà ít sữa, nhưng Tuấn không chịu bú sữa bò, em nôn ói nhiều và sụt cân trong 2 tháng liền. Tuấn bắt đầu đi nhà trẻ khi em được 10 tháng. Em thích nghi khá tốt và phát triển khá hơn. Ở mẫu giáo, em phát triển tốt, rất thích làm cô giáo hài lòng. Em được khen rất nhiều trong 3 năm mẫu giáo và 2 năm đầu tiểu học. Lên lớp 3, Tuấn được chọn để chuyển sang một lớp đặc biệt dành cho các em học sinh giỏi tiếng Anh.

Khi trao đổi riêng với Tuấn, nhà tâm lý nhận thấy gương mặt em buồn, em thường xuyên gặm móng tay, tuy em nói khá trôi chảy, giao tiếp tốt, hợp tác tốt. Tuấn vừa khóc vừa kể:

"Con thường được điểm 10, nhưng không phải luôn dễ dàng, cũng không dễ đứng đầu lớp cuối năm nay. Có 3 đến 5 bạn môn nào cũng giỏi."

Từ khi đổi lớp con thấy khó khăn hơn, con phải cố gắng nhiều để làm hài lòng cô giáo, ba mẹ và để đạt được thành tích tốt cho lớp, tất cả lớp phải đạt xếp loại giỏi, nhất là con lại là lớp trưởng, con phải làm gương.

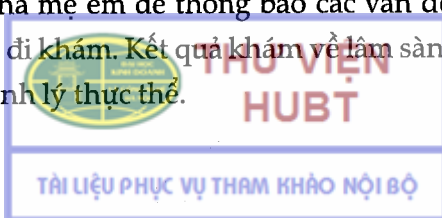
Con rất lo vì phải làm đúng tất cả bài tập. Con không muốn bị xếp hạng thấp hơn bạn khác trong lớp.

Con không muốn đổi lớp!”

Như vậy, Tuấn lo lắng kéo dài do áp lực của việc học. Áp lực này không chỉ từ cha mẹ, thầy cô giáo mà còn từ chính bản thân em. Trong trường hợp này, ý chí của em không giúp em vượt qua được nỗi lo lắng, vì khả năng của em chỉ đạt một mức nhất định, và điều đó càng làm em căng thẳng, dẫn đến những rối loạn về cơ thể. Đây là trường hợp “trẻ ngoan” thường làm cha mẹ và thầy cô hài lòng, không nghĩ rằng trẻ lại có thể có vấn đề về học tập, nên cha mẹ và thầy cô có xu hướng chỉ tập trung vào vấn đề cơ thể đơn thuần. Vậy cần đặt lại câu hỏi: Phải chăng trẻ ngoan, luôn đạt điểm 10 trong lớp là trẻ không bao giờ có vấn đề?

Trường hợp 2

Danh, bé trai 14 tuổi, đi cùng mẹ đến khám vì khó tập trung, đau đầu, nôn ói từ 2 tháng nay. Người yêu cầu thăm khám là trường em đang học (một trường Quốc tế ở TPHCM). Một tháng sau nhập học, Danh bắt đầu có biểu hiện khó tập trung, do đó các kết quả học tập hàng tuần của em ngày càng kém. Các thầy giáo phản ánh rằng Danh không hiểu gì cả, thậm chí những điều rất đơn giản, thấp hơn trình độ của em. Do vậy, nhà trường đã tổ chức 2 giờ học phụ đạo hàng tuần cho em cùng với những học sinh yếu, không theo kịp lớp. Danh cố gắng theo học lớp phụ đạo đều đặn hàng tuần nhưng kết quả học tập vẫn không cải thiện. Sau đó, em bắt đầu cảm thấy đau nhức đầu, luôn mệt mỏi, buồn ngủ trong lớp. Em nôn ói về đêm thường xuyên. Trường học đã liên hệ với cha mẹ em để thông báo các vấn đề của em, đồng thời đề nghị đưa em đi khám. Kết quả khám về lâm sàng, cận lâm sàng đều không tìm ra bệnh lý thực thể.



Về hoàn cảnh gia đình, hiện giờ Danh sống cùng bà ngoại, bà từ miền Trung vào TPHCM với em từ khi em nhập học ở trường này, để chăm lo cho em thay ba mẹ. Cha mẹ em vẫn ở miền Trung tiếp tục công việc làm ăn. Danh là con đầu trong gia đình có hai anh em, em trai của em 12 tuổi. Ba em, 56 tuổi, đang lãnh đạo một đơn vị kinh tế quan trọng. Mẹ em, 42 tuổi, hiện đang làm kế toán.

Mẹ sinh Danh khi 28 tuổi, sau một thai kỳ bình thường. Em sinh thường, đủ tháng, sinh ra em khóc ngay, dễ nuôi đến 6 tháng tuổi. Từ lúc sinh tới giờ em không có bệnh lý nào đáng kể phải nhập viện. Khi em 12 tháng tuổi, mẹ quyết định cai sữa cho em và gặp nhiều khó khăn, phải bôi sáp đen vào đầu vú để làm em sợ. Em ăn uống khó tính từ khi ăn dặm 6 tháng đến nay 14 tuổi, đôi khi mẹ lên thăm còn phải đút cho em ăn. Bình thường em đã là người khó ngủ, đôi khi gặp ác mộng. Về thể chất, em phát triển tốt đến 12 tháng, rồi chậm lên cân đến 5 tuổi, sau đó có phát triển nhưng vẫn chậm. Danh phát triển tâm vận động trung bình ở mức giới hạn dưới: nói 1 tiếng lúc 2 tuổi rưỡi, đi lúc 18 tháng.

Khi tiếp xúc riêng với Danh, nhà tâm lý nhận thấy em là một trẻ có tầm vóc nhỏ hơn so với tuổi, có cảm giác chỉ 11, 12 tuổi. Em ăn mặc đơn giản, tiếp xúc thân thiện, nhưng hơi rụt rè và có vẻ bối rối, em cứ bóp tay thường xuyên. Danh kể:

“Con đau khắp người, nhất là ở đầu và cổ. Con ăn không thấy ngon và ngủ càng khó hơn. Con rất mệt mỏi và thường xuyên buồn ngủ trong lớp từ một tháng nay.

Con nghĩ có thể mình ăn ít nên yếu sức, do đó con cố gắng ăn nhiều hơn như các bạn, nhưng sau đó con bị nôn ói về đêm và điều đó càng làm con lo lắng...

Về việc học, con rất thích được học trong trường này, đó là trường quốc tế tốt nhất ở Sài Gòn, nhưng điều đó không dễ. Mọi thứ đều thay đổi, mọi việc đều khó khăn!”

Em cũng kể về những ngày còn ở miền Trung:

“Con lớn lên ở tỉnh lẻ, trình độ tiếng Anh của con chỉ trung bình, trong lớp chúng con nói hầu hết là tiếng Việt, còn ở đây toàn phải nói bằng tiếng Anh.

Con bị yếu trong tất cả các môn học, nhất là văn chương Anh. Con càng cố gắng bao nhiêu, con càng thất bại bấy nhiêu.

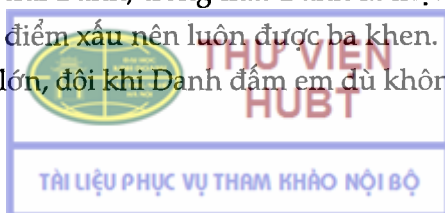
Con không còn kiểm soát được chính mình nữa, con ghét chính bản thân mình, con thấy bế tắc, con là kẻ vô tích sự.

Khi con thấy con không thể theo kịp trình độ của lớp và các bạn chế nhạo mình, con phân vân nửa muốn nghỉ học, nửa muốn tiếp tục học để mẹ vui. Ba nói rằng con phải thành công giống như ba hoặc hơn ba, vì con hơn cha là nhà có phúc."

Cha Danh là một viên chức cao cấp, 56 tuổi, rất nghiêm khắc. Ông luôn yêu cầu Danh cố gắng học. Ở trường tiểu học, mỗi khi Danh bị điểm kém, nghĩa là dưới 7 điểm, Danh phải chịu mấy roi mây vào mông, đôi khi ứa máu. Có lúc Danh bỏ trốn đến nhà dì, hậu quả em bị đòn nặng hơn. Có khi mẹ Danh thấy cha quá giận dữ, bà phải van nài cầu xin để làm ông dịu bớt, bởi vì bà biết khi không thể kềm chế được nóng giận, cha có thể đánh vào bất cứ nơi nào trên thân thể Danh, thậm chí đánh vào đầu.

Mẹ Danh, trái lại, trong mắt em là một người hiền dịu, kiên nhẫn, tận tụy và cần cù, dành hết thời gian cho gia đình (*Nhà con lúc nào cũng sạch trong khi tụi con là con trai hay bữa bãi. Gia đình con thường được ăn ngon, đôi khi con thấy ăn ngon hơn ở nhà hàng*). Nhưng mẹ Danh lại sợ ba Danh, không dám nói hay làm điều gì trái ý. Danh rất yêu thương mẹ, mỗi khi mẹ khóc, em cảm thấy tim mình đau nhói, em không chịu đựng được những giọt nước mắt của mẹ.

Em cho biết từ khi lên trung học, em không còn thời gian vui chơi, cũng không có thời gian chơi thể thao, thậm chí không đủ thời gian để ngủ, vì phải đi học thêm đến mãi 9 giờ tối. Tháng 8/2007, có một trường Quốc tế mới mở ở Sài Gòn, chịu chấp nhận học sinh cấp 3 là người Việt Nam; cha mẹ em nghĩ rằng đây là cơ hội duy nhất để từ đó em có thể đi du học nên đã không ngại bỏ ra một số tiền lớn cho Danh và em trai Danh theo học. Em trai Danh, trong mắt Danh là một đứa trẻ rất lười cá, chẳng bao giờ bị điểm xấu nên luôn được ba khen. Danh ghét em, khi không có người lớn, đôi khi Danh đâm em dù không đâm quá tay,



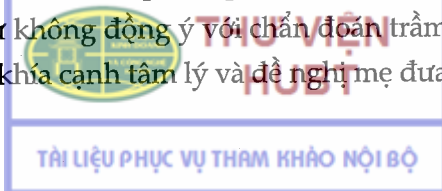
Danh bảo Danh đánh em để em Danh biết rằng Danh luôn mạnh hơn em và rằng Danh mới là anh.

Có thể thấy đây là một trẻ rất có hiểu, tin tưởng tuyệt đối vào cha mẹ. Thế nhưng sự thiếu hiểu biết của cha mẹ đã đặt trẻ vào một tình huống khó khăn. Chính điều này làm cho trẻ phải chịu áp lực học tập lớn, một sự chênh lệch lớn về trình độ học vấn, nhất là tiếng Anh ở môi trường mới. Đó là chưa kể đến việc cuộc sống của em có một sự thay đổi rất lớn (từ lệ thuộc vào mẹ đến phải tự lo cho bản thân, từ đời sống tình lẻ lên thành phố) trong khi khả năng của em ở mức trung bình.

Trường hợp 3

Thư, một em gái 14 tuổi, đến khám cùng với mẹ vì suy giảm trí nhớ từ bốn tháng nay. Thư là con gái duy nhất của gia đình (cha 60 tuổi và mẹ 52 tuổi). Cha em giáo viên ngoại ngữ và mẹ em là doanh nhân.

Mẹ Thư kể bốn tháng trước đây, Thư còn là học sinh xuất sắc của lớp. Em học ở một trường quốc tế, luôn đứng đầu lớp và là lớp trưởng từ năm lớp 6. Theo mẹ em, việc học đối với em hoàn toàn không có khó khăn nào. Thêm vào đó, từ 11 tuổi, em đã theo học một lớp tiếng Pháp ở trình độ cao với người lớn, tại một trường nổi tiếng. Em cũng theo học cùng lúc một lớp tiếng Nhật ở trung tâm có tiếng. Cách đây bốn tháng, em học thêm lớp tiếng Hoa ở nhà. Thư tổ chức tốt và học rất tốt mọi môn học. Thế nhưng năm nay, sau khi nhập học một tháng, em không còn có thể tập trung được nữa, cũng mất cả trí nhớ. Em cảm thấy xa lạ với mọi môn học, ngay cả đối với môn học mà em đã rất yêu thích. Mẹ em thấy vậy liền cho em nghỉ học tất cả các môn học thêm, nhưng điều này không mang lại kết quả nào. Hơn nữa, Thư lại bị mất ngủ đêm, ăn mất ngon và buồn ngủ ban ngày. Thư đã được đưa đến gặp một bác sỹ tâm thần nổi tiếng và được chẩn đoán trầm cảm. Uống thuốc chống trầm cảm trong một tháng rưỡi, Thư đã có thể ngủ lại, ăn được một chút, nhưng em vẫn chưa thể tập trung và trí nhớ học tập của em vẫn chưa cải thiện. Cha Thư không đồng ý với chẩn đoán trầm cảm và cách điều trị. Ông nghĩ đến khía cạnh tâm lý và đề nghị mẹ đưa em đi khám tâm lý.



Thư ăn mặc xuề xòa, có vẻ không tươi tắn lắm. Em hợp tác, dễ tiếp xúc, nhưng gương mặt đầy mệt mỏi. Em cao và gầy (1m70), diễn đạt rõ ràng và lưu loát. Em kể:

“Con không còn có thể tập trung trong lớp, đầu của con không còn như bình thường nữa. Con mất hoàn toàn trí nhớ để học lại rồi! Con cứ bị ác mộng hoài!

Có lần con mơ thấy con bị một con rắn siết cổ! Lần khác con mơ thấy bị con bạch tuộc siết cổ! Sau những giấc mơ đó, con rất sợ hãi, nghĩ đến cái chết và không thể ngủ lại.

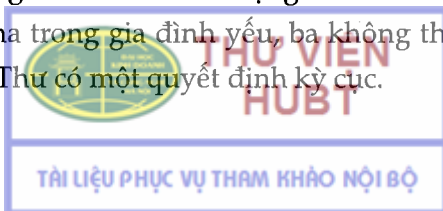
Thực ra con rất cô đơn trong gia đình, cha mẹ con lúc nào cũng cãi nhau. Con rất chán gia đình con.

Khi con muốn chơi piano thì lại nghe thấy tiếng ồn của tivi vì piano và tivi ở cùng một phòng.

Khi con muốn nói chuyện với bạn bè, mẹ con kiểm tra hết. Mẹ con cho con một thẻ gọi điện thoại chỉ có 20 phút mỗi tháng. Con muốn chat với bạn cũng bị ngăn cấm.

May mà có một người bạn trai mới vào lớp năm nay, lúc đầu con giúp bạn ấy nhiều để theo kịp tiến độ của lớp, nhưng sau đó chính con là người nhờ bạn ấy nhiều hơn. Bạn ấy cho mình là anh của con dấu rằng bạn ấy nhỏ hơn con 1 tuổi. Thực tế bạn ấy chính là chỗ dựa duy nhất của con. Nhưng khi mẹ phát hiện ra con có bạn trai, mẹ con đã la mắng và càng kiểm soát chặt. Mẹ còn nói chuyện với mẹ của bạn trai con và hiệu trưởng để họ kiểm soát tụi con. Con rất ghét mẹ con! (Thư khóc).”

Trong mắt Thư, mẹ là một người rất hà tiện. Một lần Thư làm mất tiền tiêu vặt mẹ cho, mẹ rất giận dữ, la mắng dữ dội, từ đó em không muốn lấy tiền tiêu vặt nữa. Mẹ Thư độc đoán, không tin vào bất cứ ai kể cả chồng. Lúc nào mẹ cũng nghĩ người khác muốn lợi dụng mình, mẹ chỉ yêu bản thân mình, chỉ nghĩ đến bản thân mình. Thư chán ngán gia đình và muốn lớn lên thật nhanh để tự lo cho bản thân. Cha Thư, đối với Thư, là một người có kiến thức rộng về văn chương và lịch sử nhưng vai trò của cha trong gia đình yếu, ba không thể bảo vệ được Thư ngay cả khi mẹ Thư có một quyết định kỳ cục.



Về phía cha Thư, ông cho rằng Thư thông minh và sáng tạo, học dễ dàng tất cả các môn và thích vẽ, trang trí, chơi piano. Dù phải lo nhiều bài vở, Thư luôn dành thời gian để giúp mẹ làm việc nhà. Nhưng mẹ Thư không khen ngợi con về việc này. Bà còn la mắng khi Thư làm việc nhà. Đối với bà, chỉ có điểm số ở trường của Thư mới làm bà vui.

Như vậy, chúng ta thấy Thư là một em gái thông minh, nhạy cảm nhưng thiếu tình cảm, nhất là tình mẹ. Hai mẹ con tuy gần nhau nhưng thật ra lại rất xa nhau. Thư đã thất vọng về cha mẹ của mình từ lâu. Giữa em và mẹ em có xung đột lớn kéo dài. Mẹ em độc đoán, quyền lực và can thiệp vào đời sống riêng của em quá nhiều trong khi cha em thì yếu đuối, chịu khuất phục bởi mẹ em. Thư rất cô đơn trong gia đình. Em thiếu không gian riêng tư cũng như sự tôn trọng của mẹ. Sự quá tải trong học tập chính là yếu tố thúc đẩy, làm nặng lên những vấn đề có sẵn trong em và đặc biệt bùng nổ ở giai đoạn tuổi vị thành niên.

3.2.2. Các vấn đề liên quan đến tính dục

a. Thủ dâm ở vị thành niên

Thủ dâm xuất hiện khá phổ biến ở vị thành niên bởi trước hết đây là giai đoạn mà cơ thể có rất nhiều biến đổi. Trên hết, trẻ trai cảm thấy ngỡ ngàng và lo lắng trước những ham muốn mới xuất hiện; thông thường em không dám nói với ai về điều này. Trẻ bắt đầu thấy có hiện tượng cương cứng mà không biết làm sao để kiểm soát; trẻ thường xuyên băn khoăn về giới tính và mối quan hệ nam nữ. Do đó, sờ mó các bộ phận của cơ thể, thủ dâm là một hình thức “thuần hóa” những biến đổi của cơ thể và những ham muốn khó nói ra. Ở trẻ gái, hiện tượng thủ dâm có xuất hiện nhưng ít phổ biến hơn. Bản thân giai đoạn vị thành niên đã là một khoảng thời gian khó khăn nhiều biến động đối với trẻ, dù nam hay nữ. Ở giai đoạn này, trẻ trở nên rất khó hiểu. Vì thế, càng không nên khiến trẻ bức bối bằng cách cấm hay kết tội thủ dâm. Cha mẹ cũng không cần phải lo lắng thái quá, miễn là hành vi này không trở thành ám ảnh và không ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của trẻ.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b. Xâm hại tình dục ở vị thành niên

Ở các nước, người ta thấy vị thành niên ngày càng có xu hướng trở thành tác giả của các loại tội phạm tình dục. Thống kê vào những năm 1990 ở Canada cho thấy vị thành niên là tác giả của khoảng 20% vụ cưỡng hiếp và từ 30 đến 40% nạn nhân của các vụ lạm dụng tình dục lại là trẻ em.

Thế nào gọi là xâm hại tình dục?

Luật pháp nước Pháp định nghĩa xâm hại tình dục là việc làm tổn hại người khác về mọi mặt của tình dục, một cách hung bạo, cưỡng bức, hăm dọa và đột ngột. Như vậy, hiếp dâm là một sự vi phạm pháp luật, có thể coi là tội ác, vậy mà nhiều trẻ vị thành niên có vẻ như hoàn toàn không ý thức được trước khi gây ra sự cố. Xâm hại tình dục có thể được thực hiện bởi vị thành niên dưới nhiều hình thức khác nhau, thay đổi tùy theo giới tính, độ tuổi của nạn nhân, và còn tùy theo đó là hành vi cá nhân (ví dụ bệnh loạn dục phô bày, sờ mó trẻ em, quấy rối tình dục) hay theo nhóm. Việc xác định tội danh xâm hại tình dục hiển nhiên không thuộc thẩm quyền của nhà trị liệu lâm sàng, mà là của Tòa án. Vai trò của nhà lâm sàng, dù cho được chỉ định làm chuyên viên Tòa án, là cố gắng tìm hiểu xem ở vị thành niên có những xung đột xung năng (đôi lúc vô thức) nào, có những rối loạn tâm thần hoặc nhân cách nào và nếu có tương tác với nạn nhân thì theo cách nào. Một mục tiêu khác trong công việc của nhà tâm lý, có tính trị liệu nhiều hơn, đó là tìm hiểu xem hành vi này liệu có thuộc về nhân cách của khách thể, liệu các yếu tố gia đình của khách thể có hỗ trợ gì cho việc ngăn chặn tái diễn.

Điểm chung của các vị thành niên là tác giả của xâm hại tình dục

Một trẻ vị thành niên không tự dưng trở thành kẻ xâm hại tình dục ngày một ngày hai và điều quan trọng là ta phân tích những yếu tố lịch sử gia đình, quá trình trưởng thành, nhân cách, các hành vi tình dục, cách trẻ thiết lập quan hệ xã hội, để hiểu sâu hơn các nguồn tác động, để ngăn ngừa tái phạm và dự trù phương pháp phòng ngừa.



**THƯ VIỆN
HUBT**

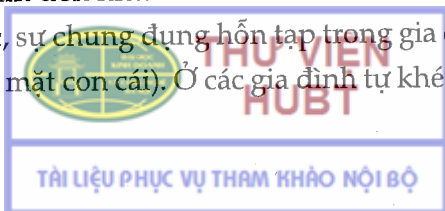
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ở vị thành niên xâm hại tình dục, ta thường quan sát thấy những xung năng bất ổn, đi kèm với khó khăn trong việc đồng nhất hóa với cha/mẹ, thường là kết quả của hình ảnh tồi tệ về cha/mẹ (chẳng hạn người cha mất tư cách hoặc vắng mặt, tệ hơn nữa người cha hung bạo). Ta cũng thường thấy các trẻ này xuất thân trong những gia đình có nhiều xung đột và sợi dây ràng buộc các thành viên rất mong manh. Về mặt quan hệ xã hội, các trẻ vị thành niên này thường không cảm thấy thoải mái: quan hệ với bạn bè không được thỏa mãn cho lắm và thường không có bạn thân thật sự. Quá trình học tập thường yếu kém. Với chính bản thân, những trẻ này rất thường có cảm giác tự ti trầm trọng.

Về biểu hiện cảm xúc, những trẻ này không có thói quen dùng lời để nói lên điều cảm thấy. Đây cũng thường là những trẻ, hoặc là bị ức chế cảm xúc đến mức không còn biểu hiện của tính hung hăng, hoặc là ngược lại, tỏ ra hung hăng thái quá. Trong cả hai trường hợp, xung năng ở trẻ thường bùng nổ theo cách không thể kiểm soát được, nhằm vào một nạn nhân, thường là ai đó trong môi trường xung quanh (gia đình, bạn bè).

Xâm hại tình dục trong gia đình

Người ta nhận thấy đa số trẻ bị xâm hại tình dục là nạn nhân của người thân chính ngay trong gia đình mình hoặc người quen ở hàng xóm láng giềng thân cận. Tò mò giới tính là chuyện bình thường của tuổi thơ và thường thể hiện trong các trò chơi giữa anh chị em hoặc anh chị em họ. Nếu chỉ là những đứa trẻ cùng tuổi và nếu trong bọn chúng không có đứa trẻ nào nổi trội và quá khác biệt, các phụ huynh và người lớn nói chung chỉ cần tỏ ra tế nhị là đủ, nhưng tình hình sẽ khác đi nếu các trẻ có độ tuổi khác nhau và đặc biệt là trong số đó có trẻ vị thành niên. Trong xâm hại tình dục giữa anh chị em, bản chất việc xâm hại thường do lạm dụng quyền hạn trong quan hệ. Ngoài ra, người ta cũng nhận thấy những yếu tố thuận lợi khác, như việc cha mẹ không quan tâm đến nhu cầu tình cảm của con cái, thiếu trách nhiệm trong giáo dục, sự chung đụng hỗn tạp trong gia đình (cha mẹ quan hệ tình dục trước mặt con cái). Ở các gia đình tự khép kín, nơi trẻ vị thành



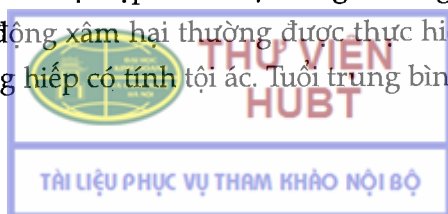
niên không được phép đi ra ngoài và ít có cơ hội giao tiếp xã hội, kiểu rối loạn này càng dễ xảy ra.

Một hiện tượng khác khá phổ biến: chính kẻ xâm hại tình dục trước đó đã từng là nạn nhân. Đây không phải là hiện tượng hiếm gặp, người ta nhận thấy tác giả xâm hại tình dục vừa bị phát hiện cũng đã từng nạn nhân mà cho tới thời điểm này không ai biết. Theo cách nào đó, nạn nhân của hiện tại là nạn nhân liên đới của xâm hại trước đó.

Cuối cùng, phải nhắc đến trách nhiệm của các hình ảnh khiêu dâm qua các ấn phẩm truyền thông (báo, đài, đĩa VCD, DVD...) và mạng Internet. Thông thường khi có một kích thích tính dục, vị thành niên trải qua quá trình huyền tưởng (tưởng tượng). Nhưng những hình ảnh, hành động khiêu dâm lộ liễu lại khiến vị thành niên bỏ qua bước huyền tưởng để chuyển thẳng sang hành động: khi vị thành niên bị ngợp vì kích thích quá nhiều và quá cụ thể, vượt quá khả năng xử lý tâm trí của các em, các em tìm đến những hành vi bất chước tức thì. Đây là trường hợp mà nhiều nhà tâm lý gặp trong thực hành lâm sàng. Chẳng hạn câu chuyện về Samuel và Vincent: Vào một buổi chiều, khi cha mẹ đi ra ngoài, Samuel vô tình thấy trên nóc tủ một đĩa DVD, em lấy xem, hoá ra đó là một phim khiêu dâm. Đúng vào thời điểm dậy thì, Samuel (12 tuổi) không thật sự hiểu điều gì xảy ra với mình, em chỉ biết mỗi buổi sáng mình thấy khó chịu vì bị cương cứng và em chưa từng thủ dâm. Em chưa muốn tưởng tượng được bộ phận sinh dục nữ và cũng chẳng thấy thoải mái với bọn con gái. Giờ đây em phát hiện những hình ảnh mà chưa bao giờ tưởng tượng tới. Samuel đang xem thì em trai Vincent nhìn thấy, bèn ngồi xem cùng. Samuel đề nghị Vincent làm giống như trong phim. Thực tế Samuel ép Vincent làm và khi Vincent la lên thì Samuel ngừng lại. Hiểu ngờ rằng mình đang làm điều gì đó cấm kỵ, Samuel bắt Vincent không được nói ra.

Xâm hại tình dục tập thể

Các vụ xâm hại tình dục tập thể là nội dung thường được đăng tải trên báo chí. Hành động xâm hại thường được thực hiện luân phiên, khoảng 70% là cưỡng hiếp có tính tội ác. Tuổi trung bình của vị thành



niên liên quan là 15/16 tuổi, đa số có vấn đề về học tập, nhiều lần dúp lớp, trình độ văn hóa yếu và nếu là trẻ nam thì thường có định kiến với phái nữ. Đặc trưng gia đình của những trẻ này không có gì đáng nói, có cả những gia đình ly hôn và những gia đình hòa thuận, cha mẹ có nghề nghiệp bình thường. Thường các trẻ có đông anh em.

Những trẻ là tác giả của xâm hại tình dục tập thể không có dấu hiệu gì của bệnh tâm thần, nghĩa là óc phán đoán của trẻ không hề bị ảnh hưởng hay mất đi bởi một bệnh tinh thần nào. Tuy nhiên, nếu lắng nghe, chúng ta có thể thấy từ sâu thẳm đó là những trẻ mà bản năng giới tính còn non nớt, chưa bao giờ có quan hệ tình dục, bất ổn nội tâm. Nhóm xâm hại thường có điểm chung là cùng lớp, cùng trường hoặc cùng khu vực, thông thường trong nhóm có trẻ cầm đầu và nhiều trẻ đi theo. Những trẻ đi theo là những đứa trẻ bị ức chế, chúng thực hiện xâm hại tình dục để chứng tỏ với trẻ cầm đầu nhiều hơn là vì bản năng tình dục của bản thân. Tham gia vào hoạt động này đối với chúng như một cách chứng minh rằng mình thuộc về nhóm, như một cách xác định cái tôi. Trong đa số trường hợp, nạn nhân là người quen của nhóm và thường là bạn gái của một người bạn mà nhóm quen. Khi xâm hại, đa số trẻ không ý thức được rằng mình đang phạm một tội ác. Có trẻ nói với nhà tâm lý rằng khi cảnh sát đến bắt, trẻ chẳng hiểu tại sao. Từ đầu, trẻ hoàn toàn không có khái niệm đã làm điều gì xấu, "cô gái này đã từng quan hệ với nhiều người khác, nên việc cháu quan hệ với cô ấy là bình thường", "chính cô ta muốn thế", "cô ta là người không đứng đắn".

Xâm hại tập thể đồng thời cho ta thấy các quá trình tâm lý bệnh lý như xung năng bạo dâm, loạn dục phô bày, nhìn trộm... Những hiện tượng này thuộc nhóm rối loạn trưởng thành giới tính. Ta cũng thấy trong đó sự phục tùng quy luật nhóm và tác động của phim ảnh khiêu dâm lan tràn: những phim ảnh này tạo ra biểu tượng cho vị thành niên rằng tình dục và tình cảm không liên quan gì đến nhau; từ đó vị thành niên, thay vì bộc lộ những xúc động tình yêu có thể có, lại tìm cách chứng tỏ với bạn bè thành tích tình dục của mình.

3.2.3. Nghiện Internet và trò chơi điện tử

a. Thực trạng của nghiện game ở Việt Nam

Trung tâm tham vấn tâm lý trẻ em và thanh thiếu niên (thuộc Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2, TPHCM) thường xuyên tiếp nhận các trường hợp nghiện game online. Theo thống kê không đầy đủ, có khoảng 5 - 7% trên tổng số hơn 500 người đến khám và điều trị là người nghiện game online. Nhiều trường hợp đến khám đã có biểu hiện rối loạn cảm xúc hoặc hành vi, có em đã bỏ học, bỏ nhà đi lang thang hoặc tham gia trộm cắp để lấy tiền chơi game.

Đơn vị Tâm lý - Bệnh viện Nhi Đồng 1 chưa tiếp nhận nhiều trường hợp đến khám trực tiếp vì nghiện game, mà vì học không tập trung, nhúc nhủ, mỏi mệt... Tuy nhiên, qua tìm hiểu, vẫn thấy đằng sau đó có lý do về việc coi TV hoặc chơi game quá nhiều.

Theo báo cáo nghiên cứu về Internet và công nghệ của Công ty Nghiên cứu thị trường Pearl Research (Mỹ), đến năm 2011, Việt Nam có hơn 10 triệu người chơi game online. Trong số người sử dụng Internet thì có đến 53% là chat và chơi game online. Nghiện game online đang là vấn đề gây bức xúc xã hội bởi những hệ lụy ngày càng nghiêm trọng...

Để định nghĩa nghiện game, chúng ta có thể tham khảo khái niệm nghiện Internet. Block (2008) cho rằng nghiện Internet có đủ bốn yếu tố cơ bản của một chứng nghiện: sử dụng quá mức, sự lệ thuộc vào Internet, cần dung nạp (càng ngày càng đòi hỏi nhiều hơn để đạt được sự thỏa mãn), và các hậu quả tiêu cực.

Mặc dù chưa có sự thống nhất về các tiêu chuẩn chẩn đoán nhưng kinh nghiệm lâm sàng cho thấy những người nghiện Internet thường có một vài trải nghiệm sau đây:

- Lẫn lộn giữa cảm giác vui vẻ hạnh phúc và cảm giác tội lỗi khi sử dụng máy tính.
- Mất kiểm soát về thời gian khi dùng máy tính.
- Bỏ qua bạn bè, gia đình và những trách nhiệm khác để lên mạng.
- Cảm thấy mình lo lắng, buồn bã và khó chịu khi thời gian sử dụng máy tính bị ngăn lại hay bị quấy rầy.

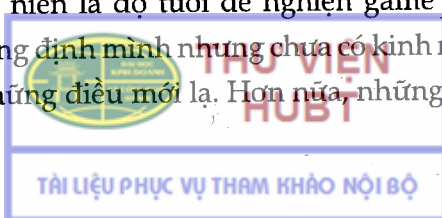
- Sử dụng máy tính như là một lối thoát khi cảm thấy buồn, chán nản hoặc để thỏa mãn về tình dục.
- Có những vấn đề ở trường học hoặc nơi làm việc vì thời gian và các hành động dành cho việc sử dụng máy tính.
- Khi không sử dụng máy tính, nghĩ đến thường xuyên và mong chờ sao sớm đến lúc được sử dụng.

b. Những nguyên nhân của việc nghiện game

- Lý thuyết học tập: Lý thuyết này nhấn mạnh vào những tác dụng tích cực của việc sử dụng Internet, Internet thỏa mãn các nhu cầu của người dùng như nhu cầu về thông tin, nhu cầu xã hội hóa, nhu cầu khẳng định và thể hiện bản thân mình. Sử dụng Internet tạo ra cảm giác khỏe mạnh và hạnh phúc trong một thời điểm nhất định. Trò chơi điện tử trên mạng cũng mang lại cho người chơi sự thỏa mãn, khẳng định bản thân.

- Sự cô đơn: Người ta giả định rằng, những người không cảm thấy hài lòng với những gì họ đạt được trong cuộc sống thực tế thường có xu hướng lạm dụng những chất kích thích như rượu, ma túy và dẫn đến sự lệ thuộc. Chơi game có cơ chế tác động tương tự chất kích thích, cũng có thể là lựa chọn của những người cô đơn và không hài lòng với cuộc sống thực. Tự đánh giá bản thân đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình phát triển ở những năm thơ ấu. Tự đánh giá bản thân thấp tạo ra cảm giác thiếu hụt và vô giá trị ở mỗi cá nhân (Harter, 1993). Chơi game trong trường hợp này được sử dụng như một công cụ để thoát khỏi thực tại, tìm kiếm môi trường mới an toàn nơi họ không bị đe dọa hay thách thức bất cứ điều gì. Khi cá nhân tự đánh giá bản thân thấp, xu hướng lạm dụng game càng lớn. Những người hay xấu hổ và nhút nhát sử dụng game để vượt qua thiếu hụt trong giao tiếp, trong các kỹ năng xã hội, để tạo lập mối quan hệ xã hội mới trên mạng.

Vì thành niên là độ tuổi dễ nghiện game online vì đó là lúc trẻ muốn tự khẳng định mình nhưng chưa có kinh nghiệm sống, rất muốn khám phá những điều mới lạ. Hơn nữa, những trẻ dễ bị nghiện game



thường do được gia đình quá nuông chiều, bố mẹ bận rộn ít có thời gian cho con cái, không quản lý giờ giấc của con. Những em nhạy cảm, thiếu sự gắn bó với người thân, sống khép kín, ít giao tiếp cũng dễ sa đà vào trò chơi này.

- Các yếu tố thần kinh:

+ Hệ viền và hệ hạnh nhân của não người hoạt hoá để đáp ứng cho sự khen thưởng, tiết ra chất dopamin làm tăng cảm giác hưng phấn khi chơi game. Sự hoạt hoá này ở nam có nhiều hơn nữ, giải thích cho việc nam dễ nghiện hơn nữ.

+ Những người có khí chất dễ bị xúc động thường bị lôi kéo, bị phụ thuộc bởi sức hấp dẫn của game.

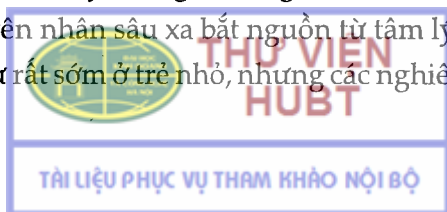
c. Hệ quả của nghiện game

Trò chơi điện tử không phải chỉ đem lại những điều tiêu cực cho con người. Nhiều nghiên cứu cho thấy game cải thiện một số điểm sau ở người sử dụng: nâng cao tính tự tin, mức độ giao tiếp với gia đình và bạn bè, nâng cao cảm giác làm chủ bản thân. Người ta còn khẳng định rằng Internet giúp tạo dựng những mối quan hệ bạn bè qua việc chơi game.

Tuy nhiên, khi đi đến mức lạm dụng (nghiện) Internet nói chung và game nói riêng tác động tiêu cực đến mọi mặt đời sống xã hội của người sử dụng: bỏ bê học tập, sức khỏe giảm sút, các vấn đề rối loạn tâm thần tăng lên, tách biệt với xã hội thực tế, đổ vỡ các mối quan hệ xã hội, sức làm việc cũng như năng suất công việc bị giảm đi một cách đáng kể. Nghiện game, trong một số trường hợp thái quá, còn kéo theo những hệ lụy xã hội như: giết người, đánh nhau, bỏ học, sống không mục đích, ảo tưởng, tự tử...

3.2.4. Các rối loạn ăn uống

Các nghiên cứu cho thấy, trong khoảng 50% các trường hợp, rối loạn ăn uống có nguyên nhân sâu xa bắt nguồn từ tâm lý. Các rối loạn này có thể xuất hiện từ rất sớm ở trẻ nhỏ, nhưng các nghiên cứu thường



tập trung vào giai đoạn vị thành niên. Ở tuổi này, ta thường quan sát thấy cái rối loạn ăn uống sau đây:

Chứng chán ăn ở các cô gái trẻ

Rối nhiễu này thường xuất hiện ở vị thành niên nữ. Một cách vô thức, các em từ chối duy trì cân nặng cơ thể ở mức bằng hoặc trên tối thiểu bình thường so với độ tuổi và vóc dáng. Ở các em luôn có nỗi lo sợ bị tăng cân, sợ bị béo, trong khi cân nặng còn ở dưới mức trung bình. Biểu hiện của rối loạn này là trẻ gầy đi đáng kể, mất kinh nguyệt, cơ thể thiếu nữ nhưng giữ thân hình như trẻ con. Đi kèm với sự chán ăn là việc nôn tự nguyện sau khi ăn. Ngoài ra, trẻ thường đầu tư quá mức vào một số lĩnh vực (thường là thể thao hoặc lĩnh vực trí tuệ).

Người ta giả định rằng chán ăn tâm lý thường có nguyên nhân trong mối quan hệ mẹ - con. Mẹ của trẻ chán ăn thường là những người độc đoán, thích điều khiển và thống trị, ít tình cảm. Trẻ từ chối ăn uống như một cách nói “không” với mẹ.

Chứng ăn vô độ và béo phì

Béo phì thể hiện ở việc tăng ít nhất 20% cân nặng so với mức trung bình của vóc dáng. Béo phì thường kèm theo thất bại học đường và dài dầm.

Ăn vô độ được dùng để chỉ nhu cầu, xung động ăn uống không thể cưỡng lại, bất chợt đến một cách dữ dội, có thể đi kèm hoặc không hề có cảm giác đói, liên quan đến những thức ăn ưa thích hoặc không của chủ thể. Chủ thể có nhu cầu khẩn thiết phải lấp đầy miệng, bằng cách nhai ít nhiều, có thể kéo dài trong vài phút hoặc vài giờ. “Cơn” ăn vô độ này hết một cách đột ngột, nối tiếp bởi cảm giác chán ngấy khi nhìn thấy tủ lạnh đã bị tàn phá. Người ta thấy rằng trong thời gian xảy ra “cơn” ăn, chủ thể đánh mất hoàn toàn óc phê phán và những thói quen vệ sinh ăn uống. Kết thúc cơn thường là cơn đờ ỉn, thậm chí ngủ gà gật. Chủ thể cũng có thể sẽ nôn mửa tự nguyện sau khi ăn.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2.5. Hiện tượng tự tử

Trước tiên cần phân biệt các mức độ khác nhau của hiện tượng này:

- Ý nghĩ tự tử là mức độ nhẹ nhất, ý tưởng mới chỉ xuất hiện trong ý nghĩ của trẻ
- Mưu toan tự tử là hành vi tự tử không thành, kết quả là trẻ không chết
- Tự tử hoàn thành là mức độ nặng nhất và kết quả là không cứu được trẻ

Một trẻ có thể có nhiều cảm xúc khi có hành vi tự tử. Cảm xúc tiêu cực ở trẻ vị thành niên xuất hiện đột ngột, nhất thời khi gặp khó khăn hay trở ngại. Nếu không có ai chia sẻ, trấn an, giải thích, không kiểm soát tại thời điểm đó, thì trẻ dễ có hành vi tự tử. Nghiên cứu của Bệnh viện Nhi đồng 1 (TPHCM) về yếu tố nguy cơ và động cơ dẫn đến mưu toan tự tử ở vị thành niên cho thấy trong số những trẻ nhập viện vì tự tử, có 4 trẻ trầm cảm mức độ nhẹ, 2 trẻ ở mức độ vừa, đây là một nguy cơ quan trọng có thể làm tăng tỷ lệ tự tử ở trẻ vị thành niên. Tất cả các trẻ đều nghĩ đến cái chết khi không tìm ra được cách giải quyết vấn đề, đôi khi lý do rất đơn giản.

“Con không muốn chết nhưng con không biết làm sao khi con mắc lỗi. Con nghĩ sau khi uống thuốc, mọi chuyện sẽ tốt đẹp hơn”

“Con muốn rằng sau khi uống thuốc con có thể quên đi nỗi buồn cha mẹ cãi nhau. Con muốn con sẽ ngủ một giấc, thức dậy, mọi chuyện buồn sẽ biến mất.”

“Con không muốn chết, con chỉ muốn cha mẹ và thầy cô hiểu con đã cố gắng hết sức nhưng vẫn bị la mắng. Con cảm thấy rất căng thẳng và cô đơn.”

“Con cảm thấy mình vô dụng, chẳng ai quan tâm đến con. Con muốn chết để giảm bớt gánh nặng của cha mẹ.”

“Mẹ nói con là con gái hư, làm con rất bức mình, cảm thấy bị xúc phạm và thất vọng.”

Trẻ thiếu kỹ năng xã hội và cần được trang bị cách giải quyết vấn



để theo hướng tích cực. Ngoài ra, trong các vấn đề tâm lý tồn tại ở những trẻ nhập viện vì tự tử, hai vấn đề hàng đầu là thiếu gần gũi với cha mẹ và áp lực học tập, xuất hiện ở đại đa số trẻ nhập viện. Khi sử dụng thang đánh giá hình ảnh bản thân, nhóm nghiên cứu cũng nhận thấy hình ảnh bản thân của trẻ về các mặt cảm xúc, xã hội là rất yếu. Hình ảnh bản thân thể chất và suy nghĩ về tương lai cũng không mấy tích cực, cho thấy trẻ cần được người lớn giải thích về sự thay đổi cơ thể quá nhanh của tuổi vị thành niên; không biết hỏi ai, trẻ lo lắng bối rối vì những nhận xét vô tình từ người xung quanh. Thiếu tự tin vào bản thân, nghĩ mình không có giá trị là động cơ khiến trẻ không thiết sống và tìm đến cái chết khi bất chợt gặp một khó khăn nhỏ nào đó.

Tự tử ở trẻ vị thành niên, như vậy, cần được nhìn nhận như một biểu hiện bất ổn của xã hội, hậu quả của xung đột cá nhân, gia đình và xã hội chứ không phải chỉ là những bi kịch của riêng một người. Yếu tố nguy cơ trong những thời điểm xung đột cấp không phải là nguyên nhân thực sự gây hành vi tự tử của trẻ mà cần hiểu đó là một phần trong quá trình hình thành nhân cách có từ trước, bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố sinh học và môi trường. Công việc của nhà tâm lý là giúp cha mẹ thoát khỏi mặc cảm tội lỗi và hỗ trợ cho họ kiến thức, kỹ năng để phát hiện sớm yếu tố nguy cơ từ bản thân trẻ hoặc từ môi trường, từ đó can thiệp kịp thời, giúp trẻ vượt qua giai đoạn khủng hoảng quan trọng.

3.2.6. Bạo lực ở vị thành niên

Tuổi vị thành niên và phạm pháp thường đi đôi với nhau. Giai đoạn vị thành niên, do những đặc điểm về sự bùng phát xung năng, có thể được mô tả bởi ba khía cạnh sau đây: phủ định, thách đố và phạm lỗi. Sự phủ định ở vị thành niên là công cụ bảo vệ cơ bản trước nỗi sợ hãi về những thứ bên ngoài. Vị thành niên cũng thách đố mọi hình thức của luật lệ, quyền lực, thách thức người khác và chính bản thân mình, để được nhìn nhận, để tìm ra quyền năng, cái tôi của mình. Phạm lỗi, vì thế, dường như là hậu quả tất yếu của phủ định và thách đố. Phải chăng vì thế mà bạo lực hay xuất hiện ở tuổi vị thành niên?

Phân tâm học cho rằng nguồn gốc của bạo lực là sự thiếu thốn tình cảm trong mối quan hệ sớm mẹ - con, sự thất bại trong việc xây dựng hình ảnh người cha và việc chứng kiến bạo lực. Theo đó, khi trẻ sơ sinh có mối quan hệ không êm đẹp với mẹ ngay từ khi lọt lòng, em đã bị thất vọng tràn trề trong “lần gặp gỡ đầu tiên với người khác”; nỗi thất vọng quá sớm này hủy hoại nền tảng giá trị, hủy hoại niềm tin vào các mối liên hệ xã hội sau này. Bạo lực cũng hay xuất hiện hơn ở những trẻ mà người cha không hoàn thành được vai trò biểu tượng của mình, nhất là khi chính người cha lại có hành vi bạo lực hay phạm tội. Việc trẻ sống trong môi trường bạo lực và phải chứng kiến bạo lực tất nhiên là yếu tố quan trọng gây ra các hành vi bạo lực của chính trẻ.

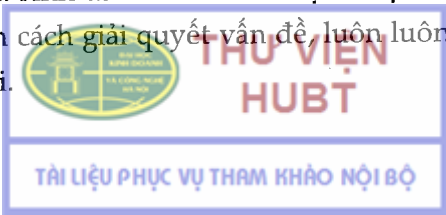
3.3. TÂM BỆNH HỌC NGƯỜI LỚN

3.3.1. Các rối loạn tâm căn

a. Giới thiệu chung về các rối loạn tâm căn

Rối nhiễu tâm căn là một trong hai nhóm lớn của tâm bệnh người lớn. Nhóm còn lại là các bệnh loạn thần, sẽ được trình bày ở mục tiếp theo. Ménéchal (1999) định nghĩa bệnh tâm căn là những bệnh thuộc về nhân cách, đặc trưng bởi việc những xung động nội tâm làm thay đổi mối quan hệ của chủ thể với môi trường, bằng cách tạo ra những triệu chứng đặc hiệu luôn mang màu sắc sợ hãi. Bệnh tâm căn là kết quả của quá trình đấu tranh kéo dài giữa xung đột nội tâm và sự chống trả của chủ thể. Theo cách nào đó, nó là một giải pháp để chủ thể đối phó với những khó khăn gặp phải trong mối quan hệ với thế giới bên ngoài.

Điểm đặc trưng cần lưu ý của các rối nhiễu tâm căn là bệnh nhân vẫn ý thức được bệnh của mình và không đánh mất mối liên hệ với thực tế, với sự thực. Anh ta có thể cảm nhận được nỗi đau khổ của mình, luôn luôn tìm cách giải quyết vấn đề, luôn luôn tìm kiếm cách thoát khỏi nỗi sợ hãi.



Những dấu hiệu lâm sàng

Tất cả các loại rối nhiễu tâm căn đều có chung các biểu hiện lâm sàng sau đây:

- Khó khăn trong các mối quan hệ với người khác: Những người xung quanh thường cảm thấy bệnh nhân là một người khó tính, tính khí bất ổn, cố chấp.
- Sự xuất hiện bất ngờ của cơn sợ hãi: bệnh nhân luôn cảm thấy không an toàn và quá nhạy cảm trước bất cứ yếu tố nào thuộc về bên ngoài. Nỗi sợ hãi tác động đến tất cả các khía cạnh cơ thể, cảm xúc, nhận thức và hành vi của bệnh nhân.
- Luôn có cảm giác khó chịu: bởi luôn sợ hãi khi hình dung ra bản thân trong các tình huống xã hội.
- Có xung đột nội tâm: luôn luôn cảm thấy “có gì đó không ổn” và đau khổ.

Những cơ chế phòng vệ chính ở người bệnh tâm căn

Những cơ chế phòng vệ thường thấy ở người bệnh tâm căn gồm có:

- Sự dồn nén: Đẩy xuống vô thức những mong mỏi, những cảm xúc không được chấp nhận.
- Sự chuyển di: Chuyển những mong mỏi, cảm xúc không được chấp nhận về một đối tượng sang một đối tượng khác.
- Sự thăng hoa: Chuyển những xung năng không thích hợp thành các hoạt động được xã hội chấp nhận, thậm chí đánh giá cao.

Ngoài ba cơ chế phòng vệ chủ đạo này, ở người bệnh tâm căn, đôi khi ta còn quan sát thấy hiện tượng tổ chức phản ứng, giải thích hợp lý, đồng nhất hóa hoặc nhiều cơ chế khác.

Chẩn đoán bệnh tâm căn

Bệnh tâm căn có thể được chẩn đoán dựa vào các yếu tố:

- Vấn đề của bệnh nhân lặp đi lặp lại và thường có nguồn gốc từ thời thơ ấu, ảnh hưởng đến mối quan hệ hiện tại với người khác
- Bệnh nhân không tránh được sự hiện diện của những triệu chứng cơ thể hoặc tâm lý

- Bệnh nhân có các rối loạn tình cảm và tình dục
- Bệnh nhân nhận biết được rằng mình có vấn đề tinh thần

b. Các loại rối loạn tâm căn

Rối loạn hysteria

Hysteria (hay giả bệnh) là một bệnh tâm căn, trong đó xung đột nội tâm biểu hiện ra bên ngoài thông qua các triệu chứng cơ thể (mà không có tổn thương thực thể) và các rối loạn cảm xúc, thể hiện đặc thù bằng phong cách kịch tính hóa.

- Các nét tính cách:
 - + Tỏ ra đam mê, quyến rũ, làm điệu, kịch hóa mọi cách diễn đạt và tình huống
 - + Dễ dàng nói chuyện, làm thân
 - + Phụ thuộc về mặt cảm xúc, luôn tìm kiếm tình cảm, thậm chí hơi vô vậ thái quá
 - + Thoái lui về mặt tư duy
 - + Có xu hướng hay quên
 - + Bốc đồng, tâm trạng không ổn định, dễ thay đổi, đăng trí
 - + Dễ bị ám thị, quá tập trung vào bản thân
 - + Lẫn lộn vô ý và cố ý giữa sự thực và lời nói dối
 - + Thay đổi chủ đề liên tục trong một buổi nói chuyện
- Các triệu chứng lâm sàng:
 - + Chuyển hoá: chuyển xung đột nội tâm của mình thành các biểu hiện cơ thể mà không có chấn thương thực thể nào
 - + Các rối nhiễu về mặt vận động (run, nắc cụt, ho từng cơn, khó nuốt...), giác quan, cảm giác (tăng cảm xúc hoặc đau nhiều nơi, đau bụng vùng xương chậu, đau đầu, đau lúc đi tiểu, đau lúc có kinh nguyệt...) và thần kinh thực vật (dạ dày - ruột, tim mạch - hô hấp...).
 - + Các triệu chứng tâm thần: rối loạn trí nhớ, ức chế về mặt trí tuệ, rối loạn cảnh giác (do kém tập trung), thờ ơ vô cảm



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Rối loạn ám ảnh cưỡng bức

Ám ảnh cưỡng bức gồm có hai khía cạnh: tư tưởng gây ám ảnh và những hành vi nghi thức. Ám ảnh là sự xâm nhập của một ý tưởng hay hình ảnh vào một chủ thể; chủ thể ý thức được rõ ràng rằng ý tưởng này là vô lý, vô căn cứ mà ý thức còn rõ ràng, được chính bệnh nhân cảm nhận như xa lạ với ý chí của mình, vô lý hoặc đáng chê trách và kéo theo một sự đấu tranh lo âu để gạt nó ra. Các hành vi nghi thức là những hành vi mà chủ thể làm một cách lặp đi lặp lại và không kháng cự lại được.

- Các nét tính cách:
 - + Suy nghĩ, tư duy quá nhiều
 - + Chi tiết, tỉ mỉ
 - + Xa cách mọi người, mối quan hệ xã hội nghèo nàn
 - + Lạnh lùng, kìm nén cảm xúc
 - + Trí nhớ phi thường
 - + Cứng nhắc, bướng bỉnh
 - + Hoài nghi và do dự
 - + Thận trọng thái quá
 - + Quan tâm đến trật tự, sự sạch sẽ
 - + Lời nói sắp xếp chặt chẽ.
- Các triệu chứng lâm sàng
 - + Nhiều ý tưởng ám ảnh (về thứ tự, chỗ để đồ vật, vệ sinh...), các ý tưởng này có điểm chung là dữ dội, thường trực và yêu cầu cao
 - + Có các nỗi ám sợ nhất định (sợ bẩn, sợ bữa...)
 - + Hành vi cưỡng bức, nghi thức, lặp đi lặp lại; chủ thể không cưỡng lại được các hành vi này, dù không muốn cũng vẫn làm
 - + Thường xuyên kiểm tra
 - + Hành vi hung tính (tùy trường hợp)

Rối loạn ám sợ

Ám sợ được định nghĩa như sự sợ hãi vô cớ một đồ vật, một tình huống hoặc một người nào đó.

- Các nét tính cách:
 - + Thu mình, rụt rè
 - + Thụ động, ức chế
 - + Phụ thuộc về mặt cảm xúc, luôn tìm kiếm tình cảm, thậm chí hơi vô vập thái quá
 - + Dễ bị ám thị, quá tập trung vào bản thân
- Các triệu chứng lâm sàng:
 - + Có nhiều mức độ ám sợ khác nhau: các nỗi lo, những cơn hoảng sợ, lo âu không kiểm soát được
 - + Sợ các tình huống xã hội
 - + Thái độ và hành vi chạy trốn, né tránh, trốn tránh
 - + Những hành vi chống lại ám sợ (tìm cách được trấn an)

3.3.2. Các bệnh loạn thần

a. Giới thiệu chung về loạn thần

Loạn thần là bệnh tâm thần đặc trưng bởi sự biến đổi sâu đậm về ý thức của chủ thể. Khác với bệnh tâm căn, chủ thể loạn thần không nhận biết được bệnh của mình, anh ta mất ý thức về thực tế, từ chối thực tế, luôn sống trong thế giới của riêng mình. Loạn thần, vì vậy, gồm những bệnh nặng hơn so với tâm căn.

Dấu hiệu lâm sàng

Hoang tưởng là dấu hiệu đặc trưng nhất của tất cả các loại loạn thần. Hoang tưởng có nghĩa là bệnh nhân xây dựng một thực tế mới của riêng mình và coi như đó là hiện thực khách quan. Có hai loại hoang tưởng lớn: *hoang tưởng có hệ thống* với một chủ đề duy nhất và *hoang tưởng không hệ thống* với những chủ đề đa dạng và thay đổi liên tục.

Ngoài ra, các biểu hiện khác của loạn thần còn có ảo giác (tri giác được một sự không có thật), diễn giải/suy diễn sai lầm, ảo tưởng, tưởng tượng...

Những cơ chế phòng vệ chính ở người loạn thần

- Sự chối bỏ: Từ chối một cách vô thức, không thừa nhận một sự việc có tồn tại thực.



- Sự phóng chiếu: Chuyển những mong muốn, những xung năng không hợp lý của bản thân mình sang cho người khác, cho rằng chính họ mới mong muốn điều đó.
- Sự phân ly nhân cách: Nhân cách bị chia thành hai nửa, một nửa vẫn còn nhận thức được thực tế, một nửa chối bỏ thực tế. Trong loạn thần, hai nửa này không giao tiếp, không “trò chuyện” với nhau, vì vậy không ảnh hưởng đến nhau và cũng không đi đến thỏa hiệp nào.

Ngoài ra, trong loạn thần cũng có thể xuất hiện các cơ chế như trí tuệ hóa, giải thích hợp lý, thoái lui...

b. Các loại loạn thần

Loạn thần cấp tính

Loạn thần cấp tính gồm có cơn hoang tưởng cấp tính và loạn thần hậu sản.

Cơn hoang tưởng cấp tính chỉ tình trạng hoang tưởng nhất thời đột ngột xảy ra. Nó diễn tiến nhanh, tự phát, sau đó trả bệnh nhân lại trạng thái ban đầu. Hoang tưởng cấp tính có nhiều hình thức, hay thay đổi các chủ đề (ví dụ hoang tưởng toàn năng, dòng tộc, bách hại, ảnh hưởng) và các cơ chế (ví dụ ảo giác về thị giác, thính giác, vị giác, cảm giác bản thể...). Trong cơn hoang tưởng này chủ thể trải nghiệm cảm giác phân thân và thường tri giác sai thực tại (cảm thấy xa lạ và mất sự thân thiện với thế giới).

Loạn thần hậu sản là trạng thái thường xảy ra trong khoảng ngày thứ 5 và ngày thứ 25 sau khi sinh, sau khi sản phụ trải qua giai đoạn trầm cảm baby blues. Loạn thần hậu sản biểu hiện bằng một trạng thái bối rối (ví dụ phủ định việc mới sinh con, tự hỏi trẻ có sắp chết không...) và sự thay đổi tính khí (suy yếu do trầm cảm, sững sốt, quá sợ hãi).

Loạn thần mãn tính

Tâm thần phân liệt

Tâm thần phân liệt là loại loạn thần thường xảy ra giữa 15 và 35 tuổi. Bệnh có thể khởi đầu chậm và tiến triển dần dần hoặc xuất hiện đột ngột. Bệnh là sự kết hợp của 3 rối loạn chính:

- Sự phân ly hoặc lạc điệu: tính hai mặt (tâm trí sẵn sàng thực hiện cùng lúc các trạng thái tâm thần đối nghịch), tính kỳ dị (chủ thể có những ý tưởng và hành vi lạ lùng, kỳ dị), tính bí hiểm (nói năng, hành động ẩn ý, khó hiểu), thu mình, tách khỏi thực tế.
- Hoang tưởng dạng paranoid: các hoang tưởng nhiều chủ đề, thay đổi theo thời gian, không có tính hệ thống, đi kèm với ảo giác (nghe có tiếng nói trong đầu), cảm giác toàn năng, cảm giác bị hại (môi trường là nguồn đe dọa, thù địch) và những diễn giải sai lầm về thực tại (người khác đang nói về mình).
- Tự kỷ: không có liên hệ giữa đời sống tâm trí của chủ thể và thế giới bên ngoài, chủ thể thu mình, tự tạo thế giới nội tâm riêng, không hiểu được người khác và cũng không để người khác hiểu được mình.

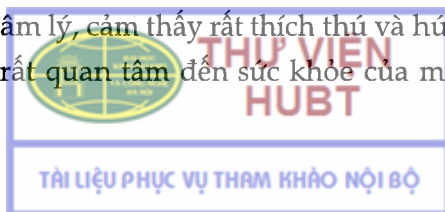
Hoang tưởng paranoia

Loại loạn thần này đặc trưng bởi việc chủ thể bám vững vào nội dung hoang tưởng của mình, cùng lúc đó vẫn có khả năng thích nghi với thực tế (ví dụ vẫn có việc làm, vẫn đi làm). Loại loạn thần này thường xuất hiện trong khoảng 40-50 tuổi. Người bệnh hoang tưởng paranoia có đặc điểm chung là đa nghi, khó tính, cứng đầu, chuyên quyền, hay xét đoán sai và đánh giá bản thân quá cao (cái tôi phi đại, kiêu ngạo). Hoang tưởng paranoia khác với hoang tưởng paranoide trong tâm thần phân liệt ở chỗ chúng tập trung vào một chủ đề nhất định, có đề tài rõ ràng, được sắp xếp có trật tự và hệ thống.

c. Minh họa lâm sàng: Trường hợp của V.

V. là một bệnh nhân nữ, sinh năm 1982, đang học đại học ngành tài chính năm cuối. Hai năm trước, V. đã phải nghỉ học một năm ở nhà dưỡng bệnh do gặp vấn đề về sức khỏe. Hiện tại, V. đang ở với bố, mẹ kế và gia đình anh chị. Mẹ V. mất đã lâu. Ban đầu, V. được đưa đến gặp nhà tâm lý vì gia đình nghi V. bị trầm cảm. Tuy nhiên, V. thực sự muốn nói chuyện với nhà tâm lý, cảm thấy rất thích thú và hứng khởi.

Về sức khỏe: V. rất quan tâm đến sức khỏe của mình. V. thường



phản nản về sức khỏe mỗi hôm một triệu chứng (hôm thì ngực khó thở, hôm khác đau đầu, mắt tập trung, mệt mỏi). V. không tin tưởng vào kết quả khám bệnh hiện tại, mặc dù cô đã đi khám và làm đầy đủ các xét nghiệm. V. thường phản nản mình bị những vấn đề về sức khỏe quấy rầy khiến V. không làm được những điều mình muốn làm. V. muốn có một bác sỹ riêng để khám lại sức khỏe của mình, khẳng định lại những vấn đề của mình.

Về bạn bè: V. có một vài người bạn nhưng họ không thực sự hiểu V.. Bạn V. nhìn nhận V. như một người kỳ lạ, họ thường khuyên V. phải ứng xử và hành động như thế nào, điều đó làm cho V. cảm thấy căng thẳng và buồn bã. V. hiện tại đang so sánh mình với bạn bè, V. luôn đặt câu hỏi tại sao mình không kiếm được việc và đi làm như các bạn trong khi đó, trước kia, V. học không kém gì các bạn. Những suy nghĩ và trăn trở có tính tích cực vì nó thúc đẩy V. học tập và kiếm một việc làm để tự lập. Tuy nhiên, việc suy nghĩ về tình trạng hiện tại của mình và đặt ra những câu hỏi “tại sao mình lại như thế này, tại sao mình ở trong tình huống hiện tại - học chưa kết thúc, chưa kiếm được việc làm và đi làm như mọi người” làm giảm lòng tự tin của V. và làm V. buồn.

Về gia đình: V. cảm thấy gia đình rất nghiêm khắc với V., kiểm soát V. quá nhiều trong những công việc của V. Theo V., gia đình yêu thương V. nhưng không thể hiện tình yêu thương với V. một cách đầy đủ vì đôi khi cáu gắt và mắng V.. V. cũng cảm thấy gia đình không hỗ trợ V. trong các kế hoạch và dự định của cô. Khi cô nói về gia đình, nổi lên hai mối quan hệ có ý nghĩa là với bố và chị gái. Trong cả hai mối quan hệ này, V. cảm thấy bố và chị đánh giá mình thấp về năng lực cũng như cảm thấy mọi người cáu gắt và quát mắng mình nhiều. V. cảm thấy mọi người đối xử với mình như một đứa trẻ. Ngược lại, theo chị V., V. ít giao tiếp với mọi người trong nhà và tỏ ra chống đối khi phải làm những công việc nhà. Khi so sánh những thông tin nhận được từ V. và từ chị V., chúng tôi nhận thấy V. chưa nói đến hoặc không nhận thấy những vấn đề mà cô gây ra cho gia đình. Theo chị gái, ở nhà V. có một số hành vi khó hiểu và gây mất trật tự trong gia đình.

Chị gái là người chủ động đưa V. đến trị liệu, gia đình thể hiện rõ nhu cầu được trợ giúp để hỗ trợ V.. Có rất nhiều hành vi “lạ” của V. mà gia đình không hiểu cũng như có những tình huống khiến cho gia đình không biết làm cách nào để ứng xử với V. Chị gái V. rất muốn giúp đỡ V. những có vẻ như chị đang gặp khó khăn để tìm ra cách.

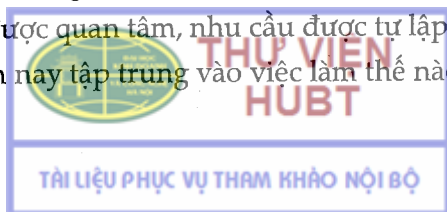
Về tình yêu: Tình yêu và những tình cảm khác giới là một chủ đề rất quan trọng đối với V. và gây cho V. rất nhiều vấn đề. Chị gái cho biết, cách đây mấy năm, sau khi có trục trặc trong tình yêu vì bố mẹ cấm, V. đã thay đổi hoàn toàn và bắt đầu có những biểu hiện như hiện tại. Về phía V., mặc dù đề cập đến tình yêu tương đối nhiều (trong ba buổi liên tiếp), nhưng V. luôn nói về vấn đề này một cách rất bóng gió và lảng tránh khiến cho các nhà tâm lý không thực sự hiểu được vấn đề. V. cũng thể hiện một sự ngại ngùng và xấu hổ hơi thái quá so với lứa tuổi khi nói về tình yêu. Có những chủ đề về tình yêu V. mà không muốn nói tới, chẳng hạn như chuyện với bạn trai trước kia.

V. cũng có rất nhiều suy diễn về thái độ của người khác đối với mình. Những suy diễn này không dựa trên sự kiện hợp lý (tuy nhiên suy diễn không phải là hoàn toàn sai, hay làm V. buồn vì thường liên quan đến thái độ “không tốt” của người khác đối với V..

Về tương lai và bản thân mình: V. rất băn khoăn về tương lai của mình. V. muốn có một công việc ở các tổ chức/công ty nước ngoài. V. có mối quan tâm tương đối rộng về những vấn đề xung đột thế giới, nền văn hóa nước Pháp...V. không thích ngành mình học bây giờ.

Bình luận của nhà tâm lý

Dựa trên những chủ đề V. trao đổi qua các buổi làm việc, ta nhận thấy những lo lắng và bận tâm của V. tương đối sát với thực tế hoàn cảnh của V. (mặc dù luôn có những lo lắng và suy nghĩ mang tính chất chủ quan), bám sát những nhu cầu cơ bản của con người: nhu cầu về sức khỏe, nhu cầu được quan tâm, nhu cầu được tự lập... Vấn đề quan tâm nhất của V. hiện nay tập trung vào việc làm thế nào để tốt nghiệp

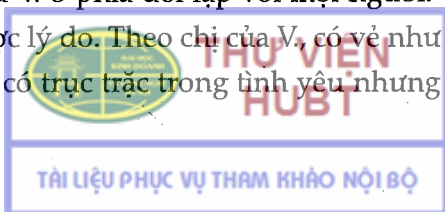


sau đó đi làm để có thể sống độc lập hơn. V. gặp khó khăn trong tất cả các lĩnh vực của cuộc sống: gia đình, tình yêu, bạn bè, công việc và học tập, mối quan hệ với những người khác. Ta có thể thấy hành vi và suy nghĩ của V. gây ra khó khăn rất lớn trong quá trình giao tiếp; nó ngăn cản V. thiết lập những mối quan hệ thiết yếu.

Trong quá trình trao đổi với nhà tâm lý, V. thể hiện những suy nghĩ hỗn độn và đôi khi có những chủ đề lạ không liên quan đến chủ đề đang trao đổi. Khi được hỏi lại, V. đều tiếp tục câu chuyện theo ý của mình. Các câu trả lời của V. không phù hợp với các câu hỏi của nhà tâm lý. Trong các cuộc trao đổi, V. cũng có xu hướng độc thoại, đôi khi tự nói rồi tự trả lời, thường xuyên ngắt lời nhà tâm lý. Những biểu hiện này sẽ gây khó khăn cho quá trình giao tiếp của V. với những người khác. Sự hỗn độn trong suy nghĩ của V. còn thể hiện ở sự thay đổi chủ đề liên tục. Một vấn đề khác đáng được chú ý trong suy nghĩ đó là lối tư duy suy diễn rất nhiều như đã đề cập trên phần về tình yêu và thái độ đối với người khác. Rất thường xuyên, sự suy diễn của V. là về thái độ “không tốt” của người khác đối với V..

V. hay cười và đôi khi thể hiện sự phấn khích hơi quá với lý do không phù hợp hoặc cười khi nói về những chủ đề “nghiêm túc”. Các cảm xúc của V. thường là mạnh hơn so với hoàn cảnh, thay đổi cảm xúc nhanh khi V. nói, có thể thay đổi từ tức giận sang sự vui vẻ ngay lập tức. V. nói rằng tâm trạng của V. không ổn định. Những biểu hiện về cảm xúc này không thực sự rõ rệt về cường độ nhưng lại lặp lại nhiều lần. Tự đánh giá bản thân của V. rất thấp và V. thường cảm thấy trầm buồn. V. thường muốn thể hiện mình. Đôi khi, có vẻ như V. thể hiện những cảm xúc trái ngược với hoàn cảnh.

Cách V. nói, cười và dáng điệu của V. hơi lạ. Ở nhà, V. có xu hướng thu mình, không muốn nói chuyện với người khác ngay cả khi họ muốn nói chuyện với V.. V. ít tham gia vào các hoạt động chung trong nhà. Có vẻ như V. ở phía đối lập với mọi người. V. có một số hành vi lạ chưa tìm được lý do. Theo chị của V., có vẻ như vấn đề của V. đã tồn tại trước khi V. có trục trặc trong tình yêu nhưng sau việc đó, các vấn



đề của V. trở nên mạnh hơn rất nhiều. Về phía V., V. nhận thấy một số vấn đề của mình như là hành vi hơi kỳ lạ, suy nghĩ lộn xộn không có tổ chức. Tuy nhiên, những vấn đề khác về hành vi không thấy V. nhắc đến và tỏ ra quan tâm.

Chẩn đoán

Dựa trên những vấn đề được liệt kê ở trên, đáp ứng những tiêu chuẩn về mặt thời gian (các vấn đề của V. xuất hiện lâu hơn 2 năm) và sau khi đã cân nhắc các chẩn đoán phân biệt, ta có thể chẩn đoán **rối loạn phân liệt** với trường hợp của V.. Rối loạn này có ký hiệu F-21, trong bảng phân loại các vấn đề sức khỏe tâm thần thế giới ICD-10, được mô tả như sau: Bệnh nhân có tác phong lạ, tư duy và cảm xúc khác thường, giống như trong bệnh tâm thần phân liệt, nhưng không có những nét bất thường rõ rệt và đặc trưng của tâm thần phân liệt. Ở bệnh nhân không có một rối loạn nào là rối loạn điển hình hay ưu thế nhưng có thể có nhiều triệu chứng cùng lúc.

3.3.3. Trầm cảm

Rắc rối và rủi ro là một phần của cuộc sống. Tất cả chúng ta đều có đôi khi cảm thấy bất hạnh và khi mọi điều không diễn ra giống như mong đợi, nhiều người cảm thấy tạm thời bị trầm uất. Những thất bại thường gây ra cảm giác vô dụng tức thời, tự trách bản thân, còn những mất mát cá nhân có thể tạo ra cảm giác buồn, thất vọng và trống rỗng. Các cảm giác này là bình thường và thường biến mất sau một thời gian ngắn. Tuy nhiên căn bệnh trầm cảm lại không giống như vậy.

Trầm cảm là một rối loạn khí sắc, được định nghĩa như tâm trạng buồn và đau khổ kèm theo sự suy giảm hoạt động tâm trí và vận động. Không nên lầm lẫn trầm cảm với nỗi buồn thoáng qua trong ngôn ngữ thông thường, một trạng thái mà mọi người trong chúng ta đều trải qua trong cuộc sống. Đó là nỗi buồn thoáng qua trong vài giờ, thậm chí vài ngày, nhưng rồi sẽ trôi qua và hầu không kéo theo sự thay đổi hành vi đáng kể nào. Còn trầm cảm là trạng thái tuyệt vọng trầm trọng lâu dài.



**THƯ VIỆN
HUYẾT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đâu là những nguyên nhân của trầm cảm?

Các yếu tố sau có thể khiến một số người dễ bị trầm cảm hơn so với người khác:

- Gặp sự kiện đặc biệt và nặng nề trong cuộc sống,
- Sự mất cân bằng sinh hoá trong não,
- Các yếu tố tâm lý của nhân cách, như cách nhìn tiêu cực, bi quan về cuộc sống.
- Cũng có thể có yếu tố di truyền vì những người trong gia đình đã từng có người bị trầm cảm thì cũng dễ mắc trầm cảm hơn.

Đâu là những dấu hiệu của trầm cảm?

Sự trầm uất trở thành một căn bệnh khi các tình cảm tiêu cực mô tả ở trên trở nên nặng, kéo dài trong nhiều tuần và có thể tổn hại đến công việc và cuộc sống xã hội của cá nhân. Căn bệnh trầm cảm có thể thay đổi cách nghĩ và ứng xử của một người cũng như sự vận hành cơ thể của người đó. Sau đây là những dấu hiệu cần lưu ý:

- Cảm giác vô tích sự, bất lực và thất vọng,
- Ngủ nhiều hơn hay ít hơn bình thường
- Ăn nhiều hơn hay ít hơn bình thường
- Khó tập trung hoặc khó ra quyết định
- Giảm ham muốn tình dục
- Tránh gặp mặt người khác
- Cảm giác buồn và buồn rầu nặng trĩu
- Cảm giác tội lỗi một cách vô lý
- Mất năng lực, cảm thấy kiệt sức
- Tư tưởng bệnh hoạn, xu hướng tự sát



**THƯ VIỆN
HUBT**

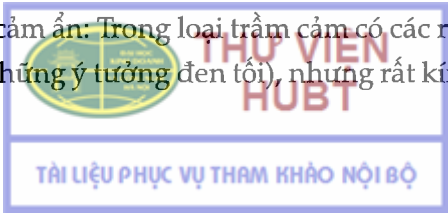
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bảng tổng hợp về các triệu chứng của trầm cảm

Thay đổi tính khí	Rối loạn tư duy	Biểu hiện về cơ thể
- Đau khổ tinh thần mãnh liệt: trạng thái buồn và thất vọng. - Muốn khóc thường xuyên và không kiểm soát được. - Dễ bị kích động (dễ dàng giận dữ). - Mất hoàn toàn hứng thú với những hoạt động mà bình thường ưa thích. Ví dụ: chủ thể thích làm vườn, bây giờ không còn thích nữa.	- Giảm tự tin: chủ thể tự đánh giá thấp. Ví dụ: “Tôi không có khả năng, vô dụng, ngu dốt...” - Tâm trạng tội lỗi: chủ thể tự cho mình có trách nhiệm về các sự kiện xảy đến với những người xung quanh. Ví dụ: “Mẹ tôi bị gãy chân do lỗi của tôi, lẽ ra tôi nên có mặt ở đó”. - Lo âu hoặc lo lắng thái quá. - Khó tập trung. - Mất trí nhớ. - Không có khả năng quyết định. - Thường có ý tưởng bị bệnh (đôi khi có ý tưởng tự sát) và thái độ tiêu cực. Ví dụ: “Tôi bị bế tắc, tôi chẳng làm được việc gì, tôi luôn thất bại, tôi làm cho người khác đau khổ...”	- Chậm vận động: chủ thể cảm thấy không có khả năng hoàn tất dù một việc nhỏ trong công việc hằng ngày (rửa mặt, làm việc nhà...), chủ thể cảm thấy phức tạp và khó khăn. - Mất năng lượng - Mệt mỏi - Rối loạn giấc ngủ: mất ngủ với thức sớm buổi sáng hoặc ngược lại muốn ngủ nhiều. - Biếng ăn hoặc háu ăn. - Rối loạn tiêu hoá và đau bụng. - Đau đầu và đau lưng. - Giảm ham muốn tình dục. - Đau toàn thân Hoặc hạ huyết áp, chậm nhịp tim.

Chẩn đoán trầm cảm

- Nhận biết trầm cảm ẩn: Trong loại trầm cảm có các rối loạn tâm lý (như nổi buồn hoặc những ý tưởng đen tối), nhưng rất kín đáo. Chúng



thường được che giấu bởi những triệu chứng thể chất: rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, đau lưng hoặc đau bụng, rối loạn tiêu hoá, chóng mặt, đau đầu ...

- Phân biệt các loại trầm cảm: Có thể là loại trầm cảm nặng điển hình (như trầm cảm ẩn), hoặc trầm cảm hậu sản, tính khí trầm cảm - rối loạn thích nghi (ví dụ sau khi thay đổi việc làm, thay đổi nhà ở), trầm cảm do bị suy kiệt nghề nghiệp (hội chứng “Burn-out” ở cán bộ y tế), v.v.

- Đánh giá nguy cơ tự sát thông qua những câu hỏi trực tiếp hoặc gián tiếp. Ví dụ “Có khi nào bạn nghĩ đến cái chết?” hoặc “Có khi nào bạn cho rằng tương lai của bạn bế tắc?” Nếu bệnh nhân đã có ý tưởng, nguy cơ có thể xảy ra và bệnh nhân cần được nhập viện.

- Loại bỏ các nguồn gốc thể chất, nhất là ở giai đoạn đầu của trầm cảm.

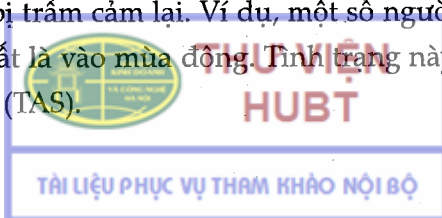
Trầm cảm là một loại bệnh muôn mặt, đôi lúc khó phát hiện. Bệnh nhân có thể phủ nhận các triệu chứng hoặc đánh giá thấp mức độ trầm trọng. Bệnh nhân không muốn than phiền, cho rằng “sẽ qua đi”. Vì lý do đó, những người xung quanh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý; nếu thấy người thân, bạn bè có nhiều thay đổi mang tính báo động, cần khuyến khích họ đi khám bệnh.

Thời gian bị trầm uất là bao lâu?

Các cảm giác buồn, trầm uất mà chúng ta nhận thấy sau một mất mát hoặc một thất vọng lớn có thể diễn ra ngắn hoặc dài, tùy vào từng người, vào mức độ trầm trọng của sự mất mát và vào các hỗ trợ của người xung quanh. Trầm cảm cũng có thể diễn ra ngắn hoặc kéo dài, nhưng hiếm khi trở thành mãn. Tuy nhiên, nếu được điều trị, người bệnh có thể bình phục nhanh hơn nhiều.

Bệnh trầm cảm có mang tính chu kỳ không?

Khi một người đã từng có biểu hiện trầm cảm, trong tương lai, người đó dễ bị trầm cảm lại. Ví dụ, một số người có chu kỳ trầm cảm theo mùa, nhất là vào mùa đông. Tình trạng này gọi là rối nhiễu cảm xúc theo mùa (TAS).



Khoảng 5 hay 6% những người có biểu hiện trầm cảm thì cũng đồng thời có các trạng thái vui mừng quá mức mà người ta gọi là cơn hưng cảm. Khi sự trầm uất hoặc cơn hưng cảm xuất hiện luân phiên ở nhiều thời điểm khác nhau trên cùng một bệnh nhân, thì người ta gọi nó là rối nhiễu cảm xúc lưỡng cực.

Làm thế nào để đối phó với trầm cảm?

Thông thường, có thể điều trị trầm cảm bằng thuốc và/hoặc tư vấn tâm lý. Sự giúp đỡ từ phía gia đình, bạn bè và nhóm tương trợ cũng có những hiệu quả tích cực. Có thể gia đình, bạn bè sẽ thấy khó đồng hành hoặc khó tìm được cách giúp đỡ một người bị trầm cảm nặng. Bởi có người trầm cảm thì thu mình, có người lại sợ ở một mình. Họ có thể phản ứng mạnh với những gì bạn nói hoặc làm. Tuyệt đối cần phải cho họ biết rằng họ rất đúng đắn khi nói về tình cảm và suy nghĩ của mình. Hãy lắng nghe họ và cho họ chỗ dựa, hơn là cố gắng phản biện hoặc thay đổi suy nghĩ của họ. Quan trọng là người thân và bạn bè cần cho họ bệnh nhận thấy rằng mọi người quan tâm, lo lắng cho họ. Cần cố gắng kiên nhẫn và không phán xét. Hãy kêu gọi sự hỗ trợ và chỗ dựa từ những người khác.

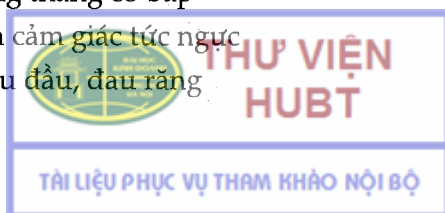
3.3.4. Stress

Nói chung, stress thường được hiểu là những phản ứng tâm sinh lý của con người trước các tác động của môi trường. Thông thường, khi nói đến các tác động của môi trường, người ta nói đến các sự kiện như ngày thi tốt nghiệp, sự thay đổi công việc, thất bại nặng, biết tin bị bệnh... nhưng đó cũng có thể là các sự kiện hạnh phúc như đám cưới, sắp đi du học...

Những biểu hiện tâm thể của stress bệnh lý

Những tác động của stress bệnh lý được thể hiện bằng một trạng thái khó chịu tổng quát với những dấu hiệu sau đây:

- Mệt mỏi và căng thẳng cơ bắp
- Phập phồng và cảm giác tức ngực
- Chóng mặt, đau đầu, đau răng



- Đau bụng và các rối loạn tiêu hoá
- Rối loạn giấc ngủ

Về mặt tâm trí, người ta có thể nhận thấy những rối loạn sau đây:

- Khó tập trung
- Mất trí nhớ
- Sợ và lo âu thoáng qua
- Nổi buồn thoáng qua, trầm cảm
- Tâm trạng ảm ức và/hoặc mặc cảm tội lỗi
- Tính khí thay đổi, dễ bị kích động, dễ cáu giận ...

Cần lưu ý rằng stress không phải lúc nào cũng tiêu cực. Một stress trung bình và được quản lý tốt có thể hữu ích vì làm tăng khả năng chú ý, cảnh giác của con người, khuyến khích khả năng ghi nhớ, phán đoán, ý chí và tính đấu tranh của người đó. Nó cũng có thể giúp con người quyết định đúng đắn hơn và có tác dụng hỗ trợ các kỹ năng hoạt động thể chất.

Stress như một hội chứng thích nghi tổng quát

Đối với Hans Selye (1936), stress là một đáp ứng của cơ thể khi tìm cách thích nghi với một tình huống mới của môi trường, vì thế theo ông stress luôn đi kèm với hội chứng thích nghi tổng quát.

Hội chứng này gồm ba giai đoạn:

+ Giai đoạn báo động (ngắn): các cơ quan trong cơ thể bị tấn công sẽ huy động các nguồn lực để tâm trí tập trung vào đánh giá tình huống, nhằm tạo ra cho cơ thể một cơ chế phòng vệ. Quá trình này thường làm cho cơ thể bị căng thẳng.

+ Giai đoạn kháng cự: cơ thể tiêu thụ năng lượng tích trữ, thời lượng của giai đoạn này thay đổi tùy theo khả năng quản lý cường độ stress. Giai đoạn này sẽ có thể xuất hiện những rối loạn nhẹ như đau đầu, khó ngủ...

+ Giai đoạn kiệt sức: các nguồn lực bị tiêu thụ hết và cơ chế phòng vệ thất bại (thể chất kiệt quệ, bệnh tâm thể...). Giai đoạn cuối này chứng tỏ sự thất bại của cá thể trong việc thích nghi với tình huống căng thẳng.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các hành vi do stress

Stress đưa cá thể đến những hành vi gây hại mà không phải lúc nào cá thể cũng kiểm chế được: nghiện rượu, dùng ma túy, nghiện thuốc lá, cơn sợ hãi, cảm giác kích thích - bồn chồn - mất ngủ, thái độ phủ định - bi quan, thu mình...

Kiểm soát và quản lý stress

Các nghiên cứu cho thấy khi đối mặt với một sự kiện căng thẳng, chúng ta dùng mọi phương cách thích nghi khác nhau gọi chung là chiến lược “coping” (đương đầu). Cá thể có thể dùng nhiều chiến lược thích nghi khác nhau:

+ Cách thức dựa vào *vấn đề*: suy nghĩ - dự đoán - thăm dò - kế hoạch hoá và hành động.

Ví dụ: Một cán bộ y tế cảm thấy stress trước ca phẫu thuật. Anh ta đến phòng mổ chuẩn bị trước, trao đổi với các đồng nghiệp đã từng thực hiện phẫu thuật tương tự...

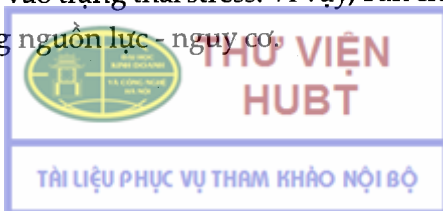
+ Cách thức dựa vào *cảm xúc*: mục đích là làm giảm bớt căng thẳng bằng cách chế ngự - loại bỏ tính bi quan - tích cực hoá - hợp lý hoá - lý tưởng hóa

Ví dụ: Cùng tình huống như trên, cán bộ y tế tự nhủ ca này không phải trường hợp quá khó, mình đã từng làm và đã từng thành công (loại bỏ tính bi quan).

+ Cách thức *thiết lập khoảng cách*: mục đích là để tránh xa căng thẳng bằng cách trốn chạy - tránh né - phủ nhận.

Ví dụ: Cùng tình huống như trên, trong ngày phẫu thuật, cán bộ y tế không đến làm việc, viện lý do xe bị hư (tránh né).

Thông thường, trước một tình huống căng thẳng, cá thể thích nghi bằng cách điều chỉnh, nghĩa là tìm cách tạo ra sự cân bằng giữa các *nguồn lực* (kinh nghiệm, thể chất, quản lý cảm xúc, động cơ...) và các *nguy cơ*. Khi các nguy cơ được cá thể đánh giá trầm trọng hơn các nguồn lực, cá thể rơi vào trạng thái stress. Vì vậy, bản chất của “coping” là tìm lại sự cân bằng *nguồn lực - nguy cơ*.





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 4

TÂM LÝ HỌC Y HỌC

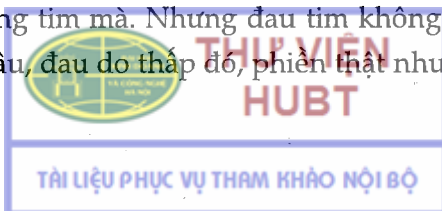
*Amélie Ducroquet, Mathilde Gazard, Camille Lambert,
Gaelle Motte, Camille Pouchepadass & Dominique Sauveplane*

4.1. KHÁI QUÁT VỀ TÂM LÝ HỌC Y HỌC

Tâm lý học Y học là ngành được xây dựng để giúp cán bộ y tế hiểu tốt hơn những gì bệnh nhân nói, trải qua, cảm thấy, từ đó chăm sóc và điều trị tốt hơn. Nó còn giúp cán bộ y tế hiểu hơn về nhiệm vụ, trải nghiệm và cảm nhận của chính mình, từ đó cải thiện mối quan hệ cán bộ y tế - bệnh nhân. Tâm lý học y khoa quan tâm đến bác sỹ như một con người, nghĩa là không phải ở khía cạnh kỹ thuật, mà là một chỉnh thể đầy đủ cảm xúc, lựa chọn, sở thích, mong muốn... riêng biệt.

Tại sao cần quan tâm đến khía cạnh cảm xúc và tinh thần của bác sỹ: Câu trả lời từ một minh họa lâm sàng

Một buổi sáng, bác sỹ Thịnh đến khám tại nhà cho một bệnh nhân. Ông thuật lại: “Bà K, 86 tuổi, gọi điện yêu cầu bác sỹ đến khám tại nhà vì bà cảm thấy “đau tim”. Tôi biết bà K rất rõ, là một trong những bệnh nhân thường gọi điện cho thư ký của tôi. Vùng đau nằm gần tim, tôi đến ngay tức khắc, biết đâu được chuyện bất ngờ. Sau khi thăm hỏi, kiểm tra tôi cảm thấy yên tâm vì rõ ràng chỉ là vòng ngoài, dạng thấp. Thế là tôi nói với bà cụ như thế này: “Dĩ nhiên cụ nghĩ tới tim là phải thôi vì đau gần vùng tim mà. Nhưng đau tim không có những triệu chứng giống vậy đâu, đau do thấp đó, phiền thật nhưng không nguy



hiếm". Bà K cảm thấy "yên tâm", không đòi hỏi gì thêm nữa, y như lành bệnh và chiều hôm đó đi chơi cùng con gái."

Bạn nghĩ gì về trường hợp lâm sàng này? Ta có thể nói đây là trường hợp quá bình thường và bác sỹ làm theo tuần tự công việc, thăm hỏi, kiểm tra và chẩn đoán. Tuy nhiên, phân tích từ góc độ Tâm lý học Y học, ta thấy bác sỹ chỉ chẩn đoán và nói cho bệnh nhân biết vấn đề của mình theo cách nói của ông "đó là bệnh thấp". Bệnh nhân không biết chính xác cơn đau từ đâu tới và thường lo lắng. Khi nói tên bệnh, bác sỹ giải thích điều mà bệnh nhân cảm nhận ở cơ thể.

Ta hãy chú ý đến câu bác sỹ nói "dĩ nhiên cụ nghĩ đến tim". Chỉ là một câu tầm thường thôi, nhưng nếu chú ý, ta sẽ thấy có nhiều ý nghĩa. Thứ nhất, câu này chứng tỏ bác sỹ nhìn nhận sự than phiền của bệnh nhân là chính đáng. Sẽ khác đi nếu bác sỹ nói "cụ không có bệnh". Chấp nhận rằng lời than phiền của bệnh nhân là chính đáng, có nghĩa là bác sỹ công nhận bệnh nhân có quyền lo lắng, sợ hãi, mặc dù về mặt y khoa không có gì đáng lo. Ở đây bệnh nhân nhận được câu trả lời thích đáng khi gọi bác sỹ (câu hỏi ngầm ẩn của bệnh nhân "có phải tôi bị tim không?").

Như vậy, Tâm lý học Y học giúp cho bác sỹ nói riêng, cán bộ y tế nói chung, trong lúc khám và chữa bệnh:

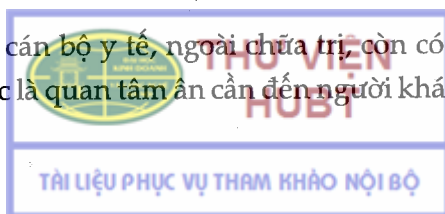
- quan tâm đến ý nghĩa của điều mà bệnh nhân cảm nhận
- Công nhận tính chính đáng của lời than phiền từ bệnh nhân và có cái nhìn tổng thể
- Lưu ý đến lời nói của mình và dùng những câu hợp lý nhất

Hơn nữa, Tâm lý học Y học quan tâm đến mối quan hệ giữa cán bộ y tế/người chăm sóc và bệnh nhân. Nó cũng quan tâm đến phản ứng, thích nghi của bệnh nhân đối với bệnh, với điều trị và những yếu tố nguồn gốc của các bệnh tâm thể.

4.2. MỐI QUAN HỆ GIỮA CÁN BỘ Y TẾ VÀ BỆNH NHÂN

4.2.1. Đặt vấn đề

Vai trò của cán bộ y tế, ngoài chữa trị, còn có việc chăm sóc bệnh nhân. Chăm sóc là quan tâm ân cần đến người khác, chú ý đến nhu cầu



của họ. Ở bệnh viện, các cán bộ y tế có thể chia thành ba nhóm nghề: nhóm ngành y (bác sỹ, bác sỹ phẫu thuật, bác sỹ tâm thần, bác sỹ gây mê...), nhóm ngành cận y (điều dưỡng, hộ lý, hộ sinh, nhà liệu pháp vận động, nhà tâm lý...) và nhóm liên ngành (thư ký, kỹ thuật viên, nhân viên công tác xã hội, nhân viên phục vụ...).

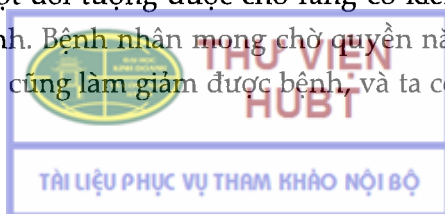
Tất cả các nhóm người chăm sóc này, ngoài những kỹ năng chuyên môn, mỗi người có những kỹ năng giao tiếp, chăm sóc theo cách riêng của mình. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng chất lượng mối quan hệ cán bộ y tế - bệnh nhân có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Để nâng cao chất lượng mối quan hệ này, cán bộ y tế không những cần hiểu tình cảm và cảm xúc của người bệnh mà cần hiểu cả bản thân mình (chẳng hạn những chiến lược mà mình thực hiện để tự bảo vệ bản thân và để đối mặt với hoàn cảnh khó khăn).

4.2.2. Mối quan hệ bác sỹ - bệnh nhân

Ngày làm việc của bác sỹ có thể xem như thời gian trải qua cùng lúc hai cuộc phiêu lưu: *Phiêu lưu về kỹ thuật* với việc chẩn đoán và điều trị. *Phiêu lưu về quan hệ* với các bệnh nhân khác nhau, các trao đổi phong phú góp phần tạo ra sự thoải mái cho bệnh nhân. Vì thế, đối với bác sỹ, khía cạnh quan hệ trong nghề nghiệp tiềm ẩn một không gian thích thú, lợi ích và sáng tạo. Tuy nhiên, bác sỹ cũng có thể bị ảnh hưởng bởi sự đau khổ hay cái chết của bệnh nhân, đây không phải là một điều dễ chịu và nó có thể khiến người bác sỹ cảm thấy chán nản.

Nền tảng của mối quan hệ

Những người tham gia vào mối quan hệ này hiển nhiên là bác sỹ và bệnh nhân, nhưng đó cũng có thể là mối quan hệ của bác sỹ với bố mẹ, gia đình, người nhà của bệnh nhân. Về bản chất, đây là một mối quan hệ không bình đẳng. Thật vậy, sự việc bắt đầu từ một đối tượng đau khổ đến với một đối tượng được cho rằng có kiến thức, có khả năng chữa được bệnh. Bệnh nhân mong chờ quyền năng chữa bệnh của bác sỹ hoặc ít ra cũng làm giảm được bệnh, và ta có thể nói rằng,



bác sỹ giúp và bảo vệ bệnh nhân trước bệnh tật. Về phía bác sỹ, quyền năng này có thể làm cho bác sỹ có tâm trạng tự cao hoặc trái lại trở thành một yếu tố gây stress. Vì thế, bác sỹ phải ý thức được cảm giác quyền năng này để kiểm soát tác dụng của nó (chẳng hạn để tránh bị stress, do áp lực vì cha mẹ mong mỗi con mau lành bệnh).

Giao tiếp

Trong tất cả mọi quan hệ, thường xuyên có trao đổi thông tin giữa người này với người kia, tùy thuộc vào mục đích. Trong trao đổi giữa người chăm sóc - người được chăm sóc, mục đích của mỗi quan hệ là *chăm chữa*. Mọi hành động, mọi thao tác kỹ thuật hoặc sự xoa dịu đều nằm trong quan hệ người chăm sóc - người được chăm sóc. Những trao đổi thông tin là nền tảng của giao tiếp.

Chúng ta có nhiều kênh giao tiếp:

- *Giao tiếp bằng lời*: lời nói, từ ngữ, bài diễn văn... tất cả những gì dùng lời nói.

- *Giao tiếp không lời*: cử chỉ và thái độ (bắt tay chào), các biểu cảm (nét mặt: nụ cười, nhăn mặt; ánh nhìn: chau mày, ánh nhìn thoáng qua), các giao tiếp xúc giác (cách lấy nhiệt, tiêm vắc xin hoặc bồng một trẻ sơ sinh), các tư thế cơ thể (giảm căng cơ, co cơ), khoảng cách (đến thật gần hoặc giữ một khoảng cách với người khác), ngữ điệu của tiếng nói, các vật phụ (áo blu, dụng cụ như bơm tiêm...)... tất cả những gì có thể biểu hiện. Có rất nhiều yếu tố giao tiếp không lời và người ta có thể dùng toàn thân để nói chuyện (ngôn ngữ cơ thể).

Thông qua ngôn ngữ cơ thể của bệnh nhân, bác sỹ có thể nhận ra sự chênh lệch giữa điều bệnh nhân nói và những gì bệnh nhân thực sự cảm thấy. Chẳng hạn, khi được hỏi hôm nay cảm thấy thế nào, bệnh nhân nói rất ổn nhưng lại nhăn mặt và ôm bụng. Về phía bệnh nhân, ngoài lời nói của bác sỹ, họ cũng nhạy cảm với biểu lộ không lời. Chẳng hạn họ sẽ để ý đến sự ngập ngừng và lúng túng của bác sỹ.

Trong một mối quan hệ, những người tham gia không chỉ giao tiếp bằng lời nói, cơ thể mà còn bằng cả cảm xúc. Chẳng hạn khi một bệnh

nhân hỏi rằng liệu anh ta có qua khỏi không, bác sỹ không biết trả lời thế nào, sẽ biểu lộ ra bằng sự đỏ mặt. Cảm xúc của chúng ta liên quan đến văn hoá, giáo dục, lịch sử, môi trường xã hội, các kinh nghiệm mà chúng ta trải qua; nó liên quan đến nhân cách của chúng ta. Như vậy, một mối quan hệ là cuộc gặp gỡ giữa hai nhân cách, hai tính cách.

Khi hai nhân cách gặp nhau, có thể có khó khăn trong quan hệ. Ví dụ, vài bệnh nhân có thể cảm thấy quá lo hãi và đặt nhiều câu hỏi cho bác sỹ, những tình huống như thế này thúc ép bác sỹ phải phát triển kỹ năng giao tiếp, để biết cách làm dịu tâm trạng của bệnh nhân và mối quan hệ tiến triển.

Các đặc điểm tâm lý của bác sỹ khi giao tiếp với bệnh nhân

Tâm trạng tự tôn (tự cao)

Có thể do vị thế bác sỹ đánh dấu một chức vụ, một kiến thức y khoa, một quyền lực nghề nghiệp mà bác sỹ có sự tự tin, tự tôn, là điều cần thiết trong quan hệ chăm sóc, là điều khiến cho hoạt động chăm sóc, chữa trị được thực hiện. Đó là mặt tích cực của tâm trạng tự tôn. Tâm trạng tự tôn chỉ tiêu cực khi bác sỹ lạm dụng vị thế của mình và xa cách bệnh nhân. Bệnh nhân cần cảm thấy được chăm sóc bởi người tài giỏi nhưng cũng muốn được chia sẻ sự hiểu biết về bệnh, việc điều trị...; người chăm sóc nên dành thời gian để giải thích bệnh, việc chữa trị... bằng ngôn ngữ rõ ràng và đơn giản. Quá trình chăm sóc cần một sự hợp tác tích cực giữa người chăm sóc - người được chăm sóc.

Tâm trạng bất lực

Trái với tâm trạng tự cao, bác sỹ có thể gặp phải tâm trạng bất lực khi bệnh nhân bị bệnh nan y có thể dẫn đến tử vong. Cảm giác bất lực này có thể kèm theo tâm trạng tự ti và nó có hai hậu quả:

- Làm bác sỹ mệt mỏi (mệt, suy yếu), tuyệt vọng ("tôi không làm gì được cả")
- Khiến bác sỹ làm việc thái quá, đến mức rơi vào tình trạng tăng động.

Trong cả hai trường hợp, người chăm sóc chỉ được giải toả với sự



nâng đỡ của các đồng nghiệp hoặc với các nhà chuyên môn khác nếu có thể.

Tâm trạng có trách nhiệm và phải chịu trách nhiệm

Chịu trách nhiệm có nghĩa là phải gánh lấy kết quả hành động và quyết định của mình. Trách nhiệm là cần thiết trong công việc chăm sóc và cũng là một gánh nặng, nó gây ra lo lắng, giận dữ, phiền muộn, sợ hãi, đôi khi cả sự gấn bó thái quá không thích hợp (giữa bác sỹ và bệnh nhân). Bác sỹ nói riêng và người chăm sóc nói chung không thể không có cảm xúc, không thể tránh xúc động. Vì vậy, để tránh cảm giác quá nặng nề vì phải chịu trách nhiệm, cán bộ y tế nên thân thiện với bệnh nhân nhưng vẫn giữ khoảng cách nghề nghiệp.

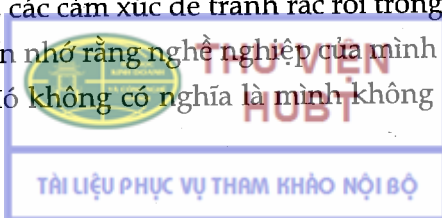
Tâm trạng chán nản

Bất cứ ai, làm bất cứ nghề gì cũng có thể có lúc cảm thấy chán nản công việc của mình. Nghề bác sỹ là một nghề có nhiều vất vả về giờ giấc làm việc, phải chăm sóc số lượng bệnh nhân quá lớn, môi trường làm việc không phải lúc nào cũng như ý, đôi khi thất bại không cứu được bệnh nhân, đôi khi không được biết ơn và kính trọng, phải chứng kiến bệnh nhân đau đớn... Những đặc điểm này về lâu về dài có thể khiến bác sỹ cảm thấy chán nản, thậm chí kiệt quệ (burn-out). Những cảm xúc kèm theo tâm trạng này: mệt mỏi, mất hứng, stress, tuyệt vọng, sợ hãi, tức giận đến độ chán ngấy.

Tâm trạng thỏa mãn

Bác sỹ có thể cảm thấy thỏa mãn vì muôn vàn lý do: điều trị thành công, bệnh nhân tiến triển tốt, thỏa mãn trong mối quan hệ với bệnh nhân, được biết ơn, tay nghề nâng cao... Tâm trạng này đi kèm với các cảm xúc: vui mừng, yên lòng, năng động, độ lượng, nồng nhiệt, thông cảm, thân thiện.

Khi làm việc, bác sỹ không thể tránh né tuyệt đối các tâm trạng này, dù là tâm trạng tích cực hay tiêu cực. Việc cần làm là cân bằng các tâm trạng, các cảm xúc để tránh rắc rối trong quan hệ. Quan trọng hơn, bác sỹ cần nhớ rằng nghề nghiệp của mình là đi giúp người khác, nhưng điều đó không có nghĩa là mình không cần đến một chỗ dựa



hay một lời khuyên. Vì thế, để giải tỏa trong những giờ phút khó khăn, bác sỹ có thể tìm cách trao đổi với đồng nghiệp, hội họp, nhóm chia sẻ, các khóa huấn luyện, đọc sách, nghiên cứu...

4.2.3. Thái độ của người chăm sóc

Quan hệ giúp đỡ trong chăm sóc y khoa là phương tiện giúp bệnh nhân cùng sống với bệnh và hệ quả của bệnh trong cuộc sống riêng tư, gia đình, xã hội và nghề nghiệp. Mục đích của quan hệ giúp đỡ là hỗ trợ bệnh nhân (trong kiểm soát bệnh, sức khoẻ và rộng hơn nữa là trong cuộc sống của họ). Việc này chỉ thực hiện được khi người chăm sóc có được sự tin tưởng của bệnh nhân. Để có được sự tin tưởng của bệnh nhân, người chăm sóc phải biết cách lắng nghe, tỏ ra đồng cảm, ý thức và quản lý được sự chuyển dịch cũng như chuyển dịch ngược xảy ra trong quá trình chăm sóc.

Lắng nghe

Lắng nghe có hiệu quả chữa trị cho ai được lắng nghe, bởi người ta có thể giải bày và nói lên khó khăn của mình. Thật vậy, khi cảm thấy mình được lắng nghe, bệnh nhân:

- Cảm thấy được nâng đỡ trong lúc khó khăn
- Cảm thấy được thừa nhận là một con người, xứng đáng được tôn trọng và được quan tâm

Lắng nghe bệnh nhân, ngoài ngôn từ còn hành vi của họ, đem lại cho họ cảm giác khuây khoả, điều này có lợi cho công việc chăm sóc.

Đồng cảm

Đồng cảm là khả năng đặt mình ở vị trí của người khác, cảm thông với tình cảm và cảm xúc của người khác. Đồng cảm là kết quả của sự lắng nghe đích thực. Tuy nhiên, đồng cảm không có nghĩa là xóa nhòa khoảng cách nghề nghiệp, trở nên thân mật như bạn bè, người nhà. Người chăm sóc cần ý thức rõ cảm giác của chính mình, để không tỏ ra lạnh lùng mà vẫn giữ được khoảng cách cần thiết với bệnh nhân.

Chuyển dịch và chuyển dịch ngược

Chuyển dịch là một quá trình vô thức, nó thể hiện tình cảm của người được chăm sóc dành cho người chăm sóc. Nói cách khác, nó là ảnh hưởng của bác sỹ lên tinh thần bệnh nhân. Tình cảm mà trong quá khứ bệnh nhân dành cho bố mẹ, người thân, bạn bè, giờ bệnh nhân “chuyển”, một cách vô thức, lên bác sỹ. Chẳng hạn, bệnh nhân mong bác sỹ sẽ trấn an, bảo bọc mình như mẹ mình đã làm năm xưa. Có hai loại chuyển dịch, tích cực và tiêu cực.

Chuyển dịch tích cực là khi bệnh nhân coi bác sỹ như một người mà họ yêu quý trong quá khứ, sẽ chỉ có những tình cảm tích cực dành cho người này: sự tin tưởng, cảm giác an toàn khi ở bên, sự ưu ái... Ngược lại, chuyển dịch tiêu cực là khi bệnh nhân phóng chiếu lên bác sỹ những tình cảm xấu dành cho một ai đó trong quá khứ: thù ghét, ngờ vực, ghê sợ...

Chuyển dịch ngược là quá trình vô thức ngược lại, nó thể hiện ảnh hưởng của bệnh nhân lên sự nhạy cảm của bác sỹ. Về lý thuyết, bác sỹ cần trung lập, thế nhưng không thể tránh khỏi các cảm xúc tội nghiệp, trắc ẩn, chán chường... Điều này càng dễ xảy ra khi một tình huống nào đó với bệnh nhân gợi bác sỹ nhớ lại một tình huống đã từng xảy ra với bản thân mình.

4.2.4. Làm thế nào để giao tiếp thành công với bệnh nhân

Các nguyên tắc

Để việc giao tiếp với bệnh nhân luôn đem lại hiệu quả tích cực, người chăm sóc cần phải:

- Luôn sẵn lòng gặp bệnh nhân: có nghĩa là luôn sẵn sàng trò chuyện và lắng nghe bệnh nhân.
- Lưu tâm đến sự “không hiểu biết” của bệnh nhân: Bệnh nhân thường không biết về thể giới y khoa với các từ chuyên môn, các kỹ thuật... Vì vậy người chăm sóc cần lưu tâm để giải thích, trả lời cặn kẽ và để hiểu những câu hỏi, băn khoăn, lo lắng của bệnh nhân.



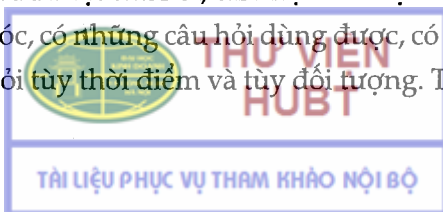
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Quan tâm đến hoàn cảnh của bệnh nhân: Một bệnh nhân trước tiên là một con người, sống một mình hoặc cùng gia đình, làm việc hoặc thất nghiệp... Điều quan trọng là xem xét bệnh nhân trong quá trình phát triển của chính anh ta, và trong hoàn cảnh cụ thể của anh ta để biết được bệnh xảy ra trong hoàn cảnh nào và hậu quả có thể có trong cuộc sống.
- Biết tôn trọng giới hạn của mình và của bệnh nhân: Nhiệm vụ của bộ phận y tế là chữa trị đau đớn về thể chất và đôi lúc về tâm lý. Tuy nhiên, khả năng nhìn thấy và chịu đựng rằng người khác đau khổ là có giới hạn. Thế nên người làm công tác chăm sóc cần tự quan sát bản thân, để thấy khi nào thì sự đau đớn của bệnh nhân trở nên quá nặng nề đối với mình, đến mức làm ảnh hưởng cả chất lượng cuộc sống của mình lẫn chất lượng chăm sóc.
- Hiểu rằng bệnh nhân cũng có giới hạn của họ trong việc tin tưởng hoặc thổ lộ khó khăn: Dù rất cần thông tin để giúp ích cho chữa trị, người chăm sóc cần tránh những câu hỏi quá riêng tư, nhạy cảm.
- Cung cấp thông tin cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân: Chia sẻ với bệnh nhân và gia đình họ các giai đoạn của việc chữa trị, tránh các từ phức tạp và chuyên môn, nên dùng các từ đơn giản và rõ ràng. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân yêu cầu không cung cấp tin tức về bệnh của mình cho gia đình, cán bộ y tế cần phải tôn trọng.

Những kỹ năng

- Giao tiếp không lời: Nhiều nghiên cứu cho thấy chất lượng của cuộc trao đổi tùy thuộc vào ngôn ngữ không lời hơn là có lời. Hãy nhớ rằng cùng một câu có thể có ý nghĩa này hoặc ý nghĩa ngược lại tùy theo cách giao tiếp không lời và ý đồ kèm theo.
- Các loại câu hỏi: Khi đặt câu hỏi, cần một thái độ lắng nghe. Trong quan hệ chăm sóc, có những câu hỏi dùng được, có câu nên tránh. Cần chọn câu hỏi tùy thời điểm và tùy đối tượng. Tuân tự đặt câu



hỏi, gián tiếp, tránh làm cho bệnh nhân có cảm giác bị đột ngột vạch trần đời tư. Cuối cùng, bác sỹ cũng cần cho bệnh nhân thấy họ có quyền không trả lời, bác sỹ phải giải thích vì sao cần hỏi điều này, điều kia và cho bệnh nhân biết rằng câu trả lời của họ sẽ không bị phán xét dưới bất cứ hình thức và mức độ nào.

- Thiết lập khoảng cách trong điều trị: quan tâm và đáp ứng nhu cầu bệnh nhân, nhưng không quá gần mà cũng chẳng quá xa.

4.3. CÁC KIỂU GẮN BÓ MẸ - CON VÀ ỨNG DỤNG TRONG NHI KHOA

4.3.1. Các kiểu gắn bó mẹ - con

Gắn bó bình thường

- Tiếp xúc cơ thể của mẹ và con là thường xuyên và không giảm sút (nhất là 6 tháng đầu đời), mẹ có khả năng làm trẻ dịu lại (khi bé trẻ trong tay)
- Mẹ nhạy cảm trước những dấu hiệu của trẻ và tôn trọng nhịp điệu của trẻ.
- Hành vi của mẹ: giám sát và dự kiến (vì thế mà mẹ luôn hữu hiệu, trẻ biết là nếu trẻ khóc mẹ sẽ đến an ủi)
- Cả mẹ và trẻ đều cảm thấy vui thích trong mối quan hệ.

Mối quan hệ gắn bó với mẹ đối với trẻ là một nơi náu mình an toàn, là nguồn an ủi, bảo vệ, là nền tảng của sự an toàn để trẻ khám phá thế giới. Có một gắn bó bình thường với mẹ, trẻ tin tưởng vào những người xung quanh, trẻ biết cha mẹ luôn sẵn sàng và đáp ứng khi trẻ bị nguy hiểm. Những người có gắn bó tốt với mẹ, khi trưởng thành có khả năng quản lý hiện tượng bất ổn, quản lý stress tốt và biết cách tìm đến mối quan hệ trợ giúp thích đáng.

Gắn bó bệnh lý

Gắn bó bệnh lý (hay gắn bó bất an) được hình thành khi:

- Mẹ không chứng tỏ được sự sẵn sàng khi trẻ cần
- Mẹ không đảm bảo được tính liên tục, hữu hiệu trong sự đồng hành về mặt cơ thể cũng như cảm xúc của trẻ

- Mẹ từ chối những dấu hiệu cầu cứu của trẻ trong tình huống trẻ stress và điều này xảy ra thường xuyên.

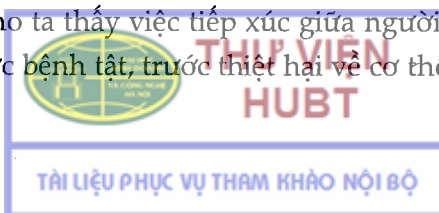
Kiểu gắn bó bệnh lý đầu tiên là gắn bó có tính hai mặt khi mẹ chăm sóc trẻ theo kiểu xâm lấn, thái quá nhưng lại ít thích nghi, không hiệu quả, không có sự đồng điệu mẹ - con. Trẻ không chắc là cha mẹ sẽ sẵn sàng đáp ứng khi trẻ cầu cứu, nhưng đồng thời cũng trở nên quá phụ thuộc, lo sợ bị chia cách với mẹ và không dám khám phá thế giới. Khi trưởng thành, đó là những người lớn khó quản lý lo âu, hay có những cảm xúc thái quá và ít bao dung với sự âm ỉ.

Gắn bó né tránh là một dạng gắn bó bệnh lý khác. Nó xảy ra khi mẹ bỏ mặc trẻ thường xuyên, khó chịu hoặc không chịu tiếp xúc cơ thể với trẻ, luôn kìm nén giận dữ và ít biểu lộ cảm xúc với trẻ. Trẻ không có một sự tin tưởng nào vào đáp ứng của mẹ. Khi tìm đến mẹ để được an ủi, bảo vệ, trẻ nghĩ là mẹ sẽ từ chối, ruồng bỏ. Sự lo lắng xuất hiện khi trẻ không được trấn an. Trẻ chọn trốn chạy vì sợ phản ứng tiêu cực của mẹ, chọn cô lập để không phải chịu đau khổ. Vì thế trẻ có thói quen sống cuộc sống của mình mà không được người khác nâng đỡ. Khi trưởng thành, đó là những người có xu hướng tránh gắn bó, tránh các mối quan hệ tình cảm, ngại tạo cảm xúc, thường tỏ ra/xem như mình không dễ bị tổn thương. Họ không có niềm tin vào người khác nhưng lại lý tưởng hóa một số mối quan hệ nhất định (lý tưởng hóa bác sỹ). Họ thiếu thấu cảm và không thân thiện.

Dạng gắn bó bệnh lý cuối cùng là gắn bó vô tổ chức, các hành vi của mẹ gây hoảng sợ cho trẻ và làm trẻ rối bời, không phân biệt được đâu là hành vi tốt đâu là hành vi không tốt. Trẻ trở nên lo âu, vô tổ chức, khó bình tĩnh, lảng xảng, mất phương hướng, phát triển kiểu nhân cách khó làm chủ bản thân. Những người trải nghiệm mối quan hệ gắn bó vô tổ chức có nguy cơ phát triển các rối nhiễu tâm lý.

4.3.2. Tác dụng trong thực hành ở khoa Nhi

Thuyết gắn bó cho ta thấy việc tiếp xúc giữa người với người, sự trấn an, lời an ủi trước bệnh tật, trước thiệt hại về cơ thể và trước mỗi

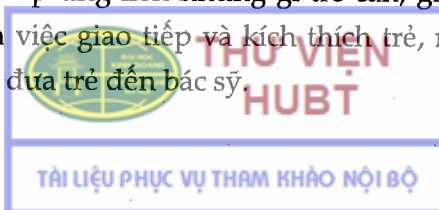


de dọa là cần thiết. Phản ứng này là một phản ứng bình thường của con người mà con người sẽ sử dụng suốt cuộc đời của mình. Mặt khác chúng ta thấy cha mẹ đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển và sức khỏe của trẻ.

Cảnh giác về sự xa cách mẹ/con khi trẻ nằm viện

Khi trẻ phải nằm viện và có sự xa cách, cán bộ y tế cần:

- Cảnh giác với những dấu hiệu báo động của trẻ như phản kháng, thất vọng, dừng đứng.
- Chú ý đến trạng thái cơ thể và tâm lý của những bà mẹ trẻ. Một bà mẹ bị bệnh hoặc trầm cảm không thể chăm sóc con tốt. Để đảm bảo người mẹ ở tình trạng tốt, cán bộ y tế có thể quan tâm đến vấn đề sữa mẹ, kiểm tra xem người mẹ có ngủ, ăn tốt không và có được gia đình hỗ trợ không.... Vai trò của người chăm sóc với phụ huynh là nâng đỡ và đề cao giá trị của họ. Vai trò với trẻ là chỉ cho phụ huynh thấy trẻ có những khả năng giao tiếp và trẻ quan tâm đến cha mẹ, trẻ nhận biết cha mẹ và tìm cách giao tiếp.
- Cho phép phụ huynh vào thăm trẻ tối đa và tham gia vào việc chăm sóc trẻ. Cán bộ y tế tận dụng lúc đó để giải thích cho phụ huynh tình trạng trẻ, cách điều trị và khi trẻ về nhà phải chăm sóc như thế nào. Điều này không làm mất thêm thời gian vì nó nằm trong giờ làm việc của cán bộ y tế, ngược lại cán bộ y tế sẽ tiết kiệm thời gian vì không phải giải thích lại cho phụ huynh ngoài giờ khám.
- Động viên phụ huynh giao tiếp thường xuyên với trẻ những lúc có thể được (sờ, vuốt ve, nói chuyện với trẻ, ôm ấp trẻ...) vì những máy móc khi nằm viện cũng làm trẻ sợ.
- Làm công việc phòng ngừa: giúp phụ huynh có ý thức về sự phát triển của trẻ và nhu cầu của trẻ sơ sinh (không có khả năng chờ đợi lâu), đáp ứng liền những gì trẻ cần, giữ vệ sinh, tầm quan trọng của việc giao tiếp và kích thích trẻ, những dấu hiệu báo động cần đưa trẻ đến bác sỹ.



Lợi ích của sự hiện diện của phụ huynh trong Nhi khoa

Tại sao sự hiện diện của phụ huynh lại có ích cho việc chăm chữa trẻ em? Trước hết bởi sự có mặt của mẹ có thể làm trẻ dịu lại. Sự hiện diện của mẹ còn là phương tiện tốt để quản lý sự đau đớn. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng với một số hành động gây đau, yêu cầu mẹ bế trẻ vào lòng có tác dụng làm trẻ giảm đau. Trẻ không la hét, cả trẻ và cán bộ y tế đều thoải mái hơn, cán bộ y tế cũng sẽ không phải cảm thấy có lỗi vì đã làm trẻ đau. Ngoài ra, sự có mặt của bố mẹ còn giúp tiết kiệm thời gian: Nếu phụ huynh có thể tham dự vào lúc khám, phụ huynh sẽ hiểu tốt hơn về những gì cán bộ y tế làm cho trẻ, cán bộ y tế có thể tận dụng cơ hội để trao đổi với phụ huynh, điều này sẽ tiết kiệm thời gian vì họ sẽ không đến để hỏi lại sau khi khám. Những phụ huynh an tâm là những phụ huynh quản lý dễ dàng cảm xúc và ít hung bạo hơn.

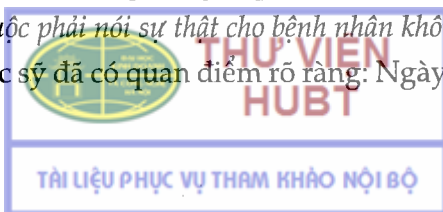
4.4. THÔNG BÁO CHẨN ĐOÁN TỚI BỆNH NHÂN

Việc thông báo bệnh và cung cấp thông tin cho bệnh nhân nằm trong nghề nghiệp và khả năng của bác sĩ ở bất kỳ chuyên khoa nào. Thông thường, việc thông báo tin dữ là một phần khó khăn và nặng nề trong công việc của bác sĩ.

Không có *công thức cố định* và không có sự khéo léo nào có thể biến đổi việc thông báo tin dữ thành một điều nhẹ nhàng: đây là giây phút mà cả bác sĩ và bệnh nhân phải chịu đựng

Điều quan trọng là *không làm hại bệnh nhân*. Khi thông báo bệnh, bác sĩ không thể thay đổi những phản ứng thông thường, nhưng có thể cố gắng làm thế nào để không gây thêm một chấn thương từ thông báo này (ví dụ không gây thêm rối loạn, nhưng tạo điều kiện thuận lợi để bệnh nhân hợp tác điều trị trong tương lai).

Thông báo tin dữ đặt vấn đề về việc đối diện với *sự thật*. Các câu hỏi nghề nghiệp và đạo đức nghề nghiệp được đặt ra là *Sự thật nào? Cho ai? Bác sĩ có bắt buộc phải nói sự thật cho bệnh nhân không?* Ở phương Tây, về vấn đề này, bác sĩ đã có quan điểm rõ ràng: Ngày nay, phần lớn



các bác sỹ thông báo đúng tình trạng bệnh cho bệnh nhân, người ta cho rằng tất cả mọi người bình thường đều có quyền biết những thông tin y tế của mình (trừ những người có biểu hiện bệnh lý sa sút trí tuệ hoặc thông tin không thể được bệnh nhân xử lý một cách phù hợp). Thường bác sỹ thông báo với chính bệnh nhân. Dường như ở Việt Nam, bác sỹ thường thông báo cho người nhà của bệnh nhân, trong khi việc nhìn nhận quyền bệnh nhân được biết về bệnh tật và cách điều trị của mình là điều quan trọng.

4.4.1. Tin dữ là gì?

Tin dữ là một thông tin sẽ biến đổi cơ bản cuộc sống của bệnh nhân, nó lật lại cảm giác cố hữu của bệnh nhân rằng mình không thể bị tổn thương. Việc bác sỹ thông báo bệnh nặng hoặc khiếm khuyết nghiêm trọng giống như đặt bệnh nhân đối diện với cái chết.

Người nhận thông tin này bị sốc và ngay lúc đó không thể suy nghĩ hoặc hành động được nữa. Tình trạng này cũng xảy ra khi ta thông báo về cái chết của một người thân. Trước tiên người nhận được tin bị sốc, không thể chấp nhận sự thật, sau đó người đó bị sự trầm cảm xâm lấn và cuối cùng, từ từ người đó chấp nhận thực tế. Đó là diễn biến tự nhiên, bình thường. Trong thời gian khó khăn này, mối quan hệ giữa người chăm sóc và người được chăm sóc phải đặt lên hàng đầu. Liên minh trị liệu rất cần thiết để giúp bệnh nhân chấp nhận bệnh của mình và tham gia vào kế hoạch chăm chữa. Liên minh trị liệu dựa trên sự sẵn lòng của bác sỹ và niềm tin của bệnh nhân vào khả năng bác sỹ có thể giúp mình.

4.4.2. Tại sao đôi với bác sỹ, thông báo một tin dữ lại khó khăn?

Đối với bác sỹ, thông báo một tin dữ khó khăn vì:

- Bác sỹ không được đào tạo việc này
- Bác sỹ vốn đã có nhiều công việc (số lượng bệnh nhân, những cú điện thoại, quản lý kết quả xét nghiệm...) và vì thế, bác sỹ còn rất ít thời gian để giải thích.

- Bác sỹ cũng sợ gây phản ứng cảm xúc nơi bệnh nhân (như lo hãi, khóc...) và không biết phải quản lý phản ứng cảm xúc ấy như thế nào. Có thể bác sỹ cũng sợ làm tổn thương và tìm cách bảo vệ bệnh nhân khỏi những cảm xúc của họ.
- Thông báo một tin dữ cũng là đối đầu với sự thất bại và bất lực của bản thân. Điều này rất khó chấp nhận (ý nghĩ không thể chăm sóc, không thể chữa khỏi).
- Việc nói đến bệnh tật và cái chết gợi nhớ đến nỗi lo sợ bệnh tật, cái chết của chính mình và *những kinh nghiệm buồn của cá nhân* (ví dụ: cái chết hoặc bệnh của một người thân).
- Cuối cùng, thông báo tin dữ càng khó khăn khi bác sỹ cảm thấy thiếu khả năng giao tiếp với bệnh nhân, vì thế bác sỹ muốn trốn tránh việc này. Thái độ của bác sỹ tùy thuộc vào:
 - + Nhân cách và lịch sử bản thân
 - + Sự đào tạo
 - + Điều kiện vật chất công việc của bác sỹ (thời gian và phương tiện, khối lượng và sự sắp xếp, phân bổ công việc)
 - + Mức độ stress mà bác sỹ phải gánh chịu

4.4.3. Những kiểu thông báo khác nhau và tác động của chúng

Chúng ta sẽ lấy ví dụ thông báo cho cha mẹ về bệnh nặng của con họ. Đây là ba kiểu thông báo gây tác động khác nhau cho gia đình.

Thông báo đường đột

Kiểu thông báo này thường do tính chất khẩn cấp và tình trạng trầm trọng của trẻ, trẻ cần được chăm sóc khẩn. Cha mẹ ở đó, đắm chìm trong tình huống cụ thể và nhận được thông tin trực tiếp về bệnh của con họ. Cha mẹ phải tiếp xúc liền với sự thật, không có sự chuẩn bị. *“Bác sỹ nói con tôi bị tật và không thay đổi được, cháu không bình thường và sẽ không bao giờ bình thường, chị hãy sinh một cháu khác”.*

Thông báo âm thầm

Nhân viên y tế không dám giải thích, nhưng im lặng mãi thì cũng bứt rứt, vì vậy họ thì thầm với nhau và ít nhiều tránh né gia đình trẻ.



“Chúng tôi muốn biết sự thật nhưng họ không nói gì với chúng tôi, chúng tôi không biết sẽ phải đi gặp ai nữa”. Gia đình không biết nghĩ gì về tình huống đó, gia đình nghi ngờ và lo hãi. Tình huống trầm trọng hiển nhiên nhưng họ không nói với gia đình. Trước sự mập mờ đó, phụ huynh cảm thấy không được tôn trọng, họ có thể trở nên tức giận, hoặc ngược lại, có thái độ thụ động và thu mình, cả hai điều này đều làm cho êkíp chăm sóc khó làm việc hơn.

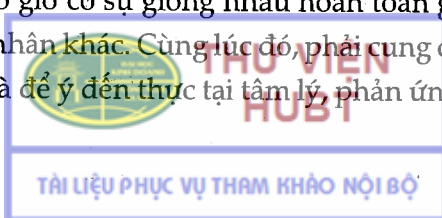
Thông báo bằng cách tổ chức chu đáo một buổi gặp và trao đổi bằng lời

Đây là cách thích hợp nhất đầu rằng không dễ dàng để chọn lựa phải nói gì và nói như thế nào. Người thông báo phải biết rằng người đối thoại có nguy cơ đánh mất niềm tin dành cho họ. Người thông báo ở đây không làm cho bệnh nhân và gia đình đau khổ, nhưng cũng không có nhiệm vụ giúp họ tránh trải nghiệm một thảm kịch. Dầu sao đi nữa thì người được thông báo tin dữ cũng sẽ trải qua những cảm xúc khác nhau: lo hãi, lo sợ, trầm cảm... và cán bộ y tế phải cố gắng duy trì mối liên hệ và cuộc đối thoại với họ.

4.4.4. Nội dung của thông báo

Những nội dung cần thông báo gồm có:

- *Do ai?* Bác sỹ phụ trách và chỉ một bác sỹ mà thôi. Có thể một đồng nghiệp đi kèm hoặc lý tưởng là có một nhà tâm lý.
- *Khi nào?* Khi có thể được. Sự chờ đợi kết quả chẩn đoán hoặc tiên lượng càng làm cho bệnh nhân lo âu.
- *Ở đâu?* Ở một nơi yên tĩnh không bị quấy rầy. Việc thông báo chẩn đoán qua điện thoại hoặc trong phòng hậu phẫu là một điều sai lầm.
- *Thông tin nào?* Bằng tất cả sự chân thật và trung lập, bác sỹ có thể nói về giả thuyết, nguy cơ về những gì thường xảy ra nhưng không bao giờ có sự giống nhau hoàn toàn giữa bệnh nhân này với bệnh nhân khác. Cùng lúc đó, phải cung cấp những thông tin về bệnh và để ý đến thực tại tâm lý, phản ứng và khả năng thích



nghe của người nghe (Ví dụ sau khi nghe thông báo, nếu bệnh nhân khó chịu, ta hãy cho bệnh nhân một thời gian để bình tâm lại rồi mới tiếp tục nói một cách nhẹ nhàng).

4.4.5. Làm thế nào để an dịu tác động của một tin dữ

Để lường trước tác động của tin dữ lên người bệnh và gia đình, bác sỹ Robert Buckman (bác sỹ ung bướu) đề nghị sử dụng **chiến lược giao tiếp** gồm bảy bước sau đây:

Chuẩn bị

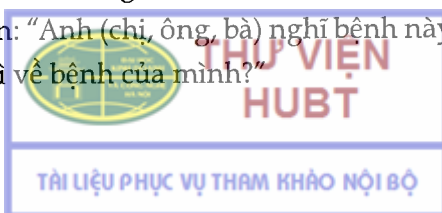
Thông báo tin dữ cần phải có sự chuẩn bị để nó được xảy ra trong điều kiện thuận lợi nhất. Ê-kíp chăm sóc phải *biết rõ ca bệnh* để tránh nhầm lẫn, nói ngược nhau và nhất là không nói dối. Về điều này, bác sỹ phụ trách thông báo có thể thảo luận với những bác sỹ khác mà bệnh nhân đã gặp, điều trị. Khi thông báo, *phải biết những người có mặt là ai* (những nhà chuyên môn khác, chồng, bà nội ngoại, cô dì, con cái..., nếu là cha mẹ, tốt hơn nên gặp chung cả hai cha mẹ). Phải chọn trước một *nơi yên tĩnh, kín đáo* và sắp xếp các điều kiện tiện nghi tối thiểu (tắt điện thoại, ngồi cạnh bệnh nhân).

Tìm hiểu xem bệnh nhân đã biết gì về tình trạng/bệnh của họ rồi mới thông báo chẩn đoán

Trước khi giải thích, bác sỹ nên hỏi bệnh nhân đã biết gì về bệnh của họ. Những nội dung trả lời bằng lời và không lời của bệnh nhân đều quan trọng.

Hỏi xem bệnh nhân có hỏi thêm thông tin không?

Bệnh nhân muốn thêm biết điều gì? *Nếu bệnh nhân hỏi thêm nhiều thông tin nữa*, bác sỹ cung cấp dần dần cho họ một cách thận trọng. *Nếu không*, bác sỹ để cho họ có thời gian thẩm thấu chẩn đoán về căn bệnh của họ (họ có thể có phản ứng chối bỏ). Có thể bệnh nhân chưa sẵn sàng nhận thêm những thông tin bổ sung. Nếu bệnh nhân khẳng không muốn biết thông tin, đó là cách tự vệ trước lo hãi. Bác sỹ có thể hỏi bệnh nhân: “Anh (chị, ông, bà) nghĩ bệnh này sẽ ra sao? Anh (chị, ông, bà) nghĩ gì về bệnh của mình?”



Những lời giải thích

Mục tiêu của những lời giải thích là làm giảm tối thiểu cảm giác bấp bênh, vì thế chúng phải rõ ràng và đơn giản (tránh nói thao thao và sử dụng những từ khoa học mà không giải thích), trong lúc giải thích thường xuyên kiểm tra xem bệnh nhân có hiểu không.

Động viên bệnh nhân biểu lộ cảm xúc

“Bây giờ, anh (chị, ông, bà) cảm thấy như thế nào?”. Sự nói ra bằng lời những tình cảm của bệnh nhân giúp bệnh nhân nhận dạng cảm xúc của họ.

Tóm tắt tình huống và đề cập đến tương lai

Tóm tắt những nội dung quan trọng nhất để giúp bệnh nhân không lẫn lộn. Giải thích cho bệnh nhân điều gì sẽ xảy ra tiếp theo (những xét nghiệm sắp tới, thời gian điều trị...)

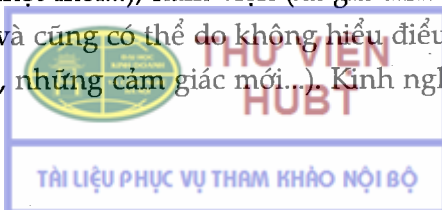
Chuẩn bị cho bệnh nhân

Đề nghị một cuộc gặp gỡ khác vì rõ ràng bệnh nhân cần có thời gian tâm lý để hiểu điều gì đang xảy đến cho họ. Một cuộc gặp gỡ với bệnh nhân và gia đình cũng được nhắm tới để giải thích những điều xảy ra, đồng thời để cho thấy ê-kíp chăm sóc nâng đỡ bệnh nhân hết mức có thể.

4.4.6. Suy nghĩ từ một tình huống lâm sàng

Tại khoa ung bướu nhi, một người mẹ rất lo lắng đến cầu mong sự giúp đỡ vì con bà, một bé gái 5 tuổi, nằm viện từ nhiều tuần nay, có nhiều dấu hiệu đáng lo ngại: bé không muốn ăn, bé khóc ngất khi đến giờ hóa trị và tỏ ra mất tinh thần (bé lả đi ở một góc và không còn nói chuyện nữa trong khi trước đó bé là một trẻ hòa đồng và vui vẻ).

Với tư cách bác sỹ, bạn có thể giải thích sao về trạng thái bất ổn của bé? Bạn sẽ phản ứng thế nào? Trong tình huống này, trạng thái bất ổn của bé có thể do nhiều nguyên nhân. Có thể do hậu quả của việc điều trị (buồn nôn, mệt mỏi...), nằm viện (xa gia đình, bạn bè, không còn được đi học...) và cũng có thể do không hiểu điều gì xảy ra với bé (sự thay đổi cơ thể, những cảm giác mới...). Kinh nghiệm nhiều năm với



những trẻ bị bệnh mãn tính cho thấy rõ việc không nói cho trẻ biết về bệnh tình của trẻ có thể đưa đến nhiều hậu quả tại hại. Bác sỹ có vai trò tư vấn đối với gia đình để giúp đỡ họ trong việc giải thích cho trẻ về căn bệnh và về quá trình trị liệu.

Lợi ích khi cho trẻ biết về bệnh của trẻ

Hãy biết rằng trẻ sẽ nhanh chóng cảm nhận được có một cái gì đó không ổn, cùng lúc với cảm giác bị đơn độc, xa cách gia đình, bạn bè. Nhiều cha mẹ và nhân viên y tế muốn bảo vệ con cái của mình bằng cách không cho biết một điều gì có nguy cơ làm cho con trẻ sợ hãi. Họ không hiểu rằng thế giới của trẻ càng khủng khiếp hơn khi trẻ không hiểu điều gì xảy ra với mình và xung quanh mình. Nói chuyện với trẻ về căn bệnh và việc trị liệu đem lại lợi ích như sau:

- Từ từ trẻ có thể biết đặt niềm tin vào cha mẹ và nhóm chăm sóc.
- Trẻ biết cái gì sẽ đến với mình (giảm lo âu, như vậy giảm sự đau đớn).
- Các trẻ có trí tưởng tượng rất phong phú, khi trẻ thiếu thông tin, chúng sẽ bù đắp bằng óc tưởng tượng. Những thông tin rõ ràng giúp làm tiêu tan mọi ý tưởng sai lầm về ung thư và trị liệu (Ví dụ: tôi bệnh vì tôi làm điều gì xấu, ung thư thì truyền nhiễm).
- Nếu trẻ hiểu vài các việc làm cần thiết như dùng thuốc, lấy tủy..., nó sẽ tỏ ra hợp tác hơn trong điều trị.
- Những trẻ nằm viện thường cảm thấy tình huống không thể kiểm soát được, mất phương hướng. Việc biết và hiểu căn bệnh giúp trẻ ít nhiều chế ngự tình huống.
- Cha mẹ và nhân viên y tế có thể giúp trẻ học cách vượt qua những tình huống khó khăn.
- Trẻ sẽ phát triển những kỹ năng và thái độ giúp ích cho trẻ sau này trong cuộc sống (can đảm, kiên trì...).

Nói gì và nói như thế nào?

Muốn nói với trẻ về bệnh, cụ thể ở đây là ung thư, ta phải lưu ý đến độ tuổi và sự trưởng thành của trẻ. Để giúp trẻ dễ hiểu, ta dùng các từ thích hợp. Hãy thử đặt mình vào vị trí của trẻ từ 3 đến 5 tuổi: rất

hành diện khi tự làm được điều gì đó, thích chơi các trò chơi, thích học từ mới... Từ đó, tìm cách trao đổi với trẻ trong tình huống đang chơi trò chơi, dùng những từ đơn giản để nói về bệnh của trẻ, nhưng đồng thời cũng dạy trẻ hiểu một số từ mới bằng cách dùng hình ảnh, sách vở để giải thích. Ngoài ra, trước khi tiến hành một thao tác điều trị (ví dụ hóa trị), nên cùng cha mẹ trao đổi cách cho trẻ biết trước điều gì sẽ xảy ra, để trẻ có thời gian thích nghi và chuẩn bị tinh thần.

4.5. PHẢN ỨNG TÂM LÝ CỦA BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH TRƯỚC CĂN BỆNH

Bệnh tật xuất hiện và *biến đổi cuộc sống thường ngày* của người bệnh và của đa số thân nhân của họ. Sự biến đổi này có liên quan đến việc phải nằm viện, đến tiến trình điều trị hoặc do sự thay đổi của cơ thể. Bệnh sẽ gây một số phản ứng nơi chủ thể. Phản ứng này thay đổi tùy theo nhân cách của người bệnh, tùy theo căn bệnh và sự điều trị, mối quan hệ với người thân và những người chăm sóc.

4.5.1. Đặc tính của bệnh tật

Những đổ vỡ do căn bệnh gây ra

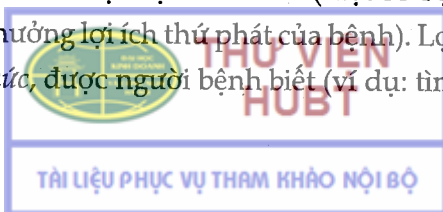
- Đổ vỡ không gian tâm lý: đánh dấu bằng việc chủ thể giảm những thú vui và hạn chế không gian tư duy. Ví dụ: một người bệnh lúc trước thích đọc báo và trao đổi tin tức với người xung quanh, bây giờ bị bệnh, họ không hứng thú đọc sách báo và thu mình lại.
- Đổ vỡ lịch sử cuộc đời của chủ thể và đứt gãy về mặt thời gian: bệnh gây ra sự biến đổi căn bản trong lịch sử của chủ thể. Có một sự cắt đứt với phần trước của cuộc đời, tức là cắt đứt với một tình trạng khỏe mạnh. Ví dụ: Bệnh nhân M.T bị bệnh tiểu đường nói: “Trước đây tôi có thể ăn những gì tôi muốn mà không cần để ý tới việc nó ngọt hay không. Từ khi có kết quả xét nghiệm, tôi phải chú ý đến việc ăn uống và ngoài ra tôi còn phải chích thường xuyên insuline. Tôi không còn tự do như lúc trước nữa”. Bệnh nhân sống từng ngày một, khó nghĩ đến những dự định tương lai.

- **Đổ vỡ hình ảnh bản thân:** Bệnh tật làm thay đổi hình ảnh bản thân đã có trước đó, nghĩa là tình yêu chính bản thân, sự tự tin, lòng tự trọng..., bệnh làm tổn thương tính ái kỷ. Bệnh nhân có thể cảm thấy mình mất giá trị. Ví dụ: Một trẻ vị thành niên bị ung thư, sau nhiều lần xạ trị nói: “Tóc con bị rụng hết và hình dáng con đã thay đổi, các bạn sẽ chế giễu con”.
- **Đổ vỡ hình ảnh thân thể:** Bệnh tật làm thay đổi hình ảnh thân thể của bệnh nhân. Khi ta khỏe mạnh, ta hầu như quên là ta có một cơ thể, cơ thể ta yên lặng. Nhưng khi ta bệnh, ta có cảm giác như cơ thể phản bội ta. Bệnh phá vỡ sự yên lặng của cơ thể. Những cảm giác mới thường rất khó chịu (cảm giác nóng bỏng, cảm giác-kim châm, đau nhói) làm đảo lộn hình ảnh thân thể mà ta có trước đây. Những vết sẹo là những dấu vết của sự thay đổi cơ thể mà ta thấy được. Ví dụ: Bà F sinh mổ nói: “Tôi sinh khó. Bác sỹ và nữ hộ sinh đã quyết định mổ. Giờ đây bụng tôi vẫn còn dấu vết. Khi nhìn vào gương, tôi có cảm giác là bụng tôi bị hư rồi, không đẹp và nó gợi tôi nhớ lại sự đau đớn khi sinh”.

Lợi ích thứ phát của bệnh tật

Kinh nghiệm có bệnh thường rất tiêu cực vì phần lớn các trường hợp, bệnh tạo ra những sự đau đớn. Tuy nhiên bệnh cũng có thể là nguồn lợi ích. Ta gọi đó là lợi ích thứ phát của bệnh tật. Ví dụ: Em Hai, 10 tuổi bị đau bụng cấp tính vào sáng thứ hai, ngày đi học, bé đau quằn quại. Mẹ bé rất lo lắng và đưa bé vào bệnh viện. Sau khi khám bụng bé, bác sỹ báo là Hai bị đau ruột thừa, phải mổ và vài ngày sau là Hai có thể đi học lại. Những lợi ích liên quan đến việc mổ ruột thừa của Hai là Hai sẽ không phải đến trường vài ngày và mẹ sẽ ở cạnh để chăm sóc Hai.

Lợi ích thứ phát của bệnh là do hậu quả của căn bệnh. Những lợi ích này không can thiệp trực tiếp đến việc bệnh xuất hiện nhưng có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc bệnh kéo dài (một số bệnh nhân khó lành bệnh vì họ thích hưởng lợi ích thứ phát của bệnh). Lợi ích thứ phát của bệnh có thể có ý thức, được người bệnh biết (ví dụ: tìm mọi cách để



ngưng làm việc) hoặc *vô thức* (tránh sự bắt buộc của xã hội và gia đình, được nhìn nhận là bị bệnh, được mọi người quan tâm, chăm sóc).

4.5.2. Những thay đổi trạng thái tinh thần của bệnh nhân

Tất cả các bệnh đều đưa bệnh nhân vào một tình huống mới và gây ra nhiều phản ứng tâm lý, theo trình tự thời gian; nghĩa là khi đối diện với bệnh tật, bệnh nhân sẽ lần lượt trải qua những trạng thái cảm xúc khác nhau.

Nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư cho thấy bệnh nhân trải qua sáu giai đoạn từ khi bắt đầu biết mình bị ung thư (thông báo chẩn đoán) cho đến khi chấp nhận căn bệnh của mình.

- Giai đoạn từ chối và chối bỏ: “Không phải như thế, không thể như vậy được”

Thông báo hung tin gây một cú sốc nơi người nhận tin. Lúc đầu, người ta sẽ không tin vào điều đó, từ chối sự thật, điều đó gọi là chối bỏ. Đó là cách để tự bảo vệ trước những tin dữ (cơ chế phòng vệ). Có người cần ở một mình vào thời điểm đó để chấp nhận thông tin và suy nghĩ về nó. Phải tôn trọng thời gian từ chối sự thật vì bệnh nhân bị sốc và họ cần thời gian để nhận rõ điều gì đã xảy đến cho họ

- Giai đoạn giận dữ và nổi cáu: “Tại sao lại là tôi? Thật bất công!”

Ở giai đoạn này, bệnh nhân có thể cắt đứt liên hệ với thầy thuốc (bệnh nhân không còn muốn gặp một nhân viên y tế nào nữa), một số bệnh nhân có thể bỏ ngang điều trị.

- Giai đoạn mặc cả: Đó là một loại thương lượng mà bệnh nhân thực hiện trong tâm trí

+ Với thói quen sống của mình. Ví dụ: “Nếu tôi ngưng hút thuốc....”

+ Với ê-kíp nhân viên y tế. Ví dụ: “Bác sỹ làm cho tôi sống thêm vài năm nữa, tôi sẽ làm tất cả những gì mà bác sỹ muốn”

+ Đối với những người có tín ngưỡng, có thể có một sự mặc cả với đẳng tối cao của tôn giáo đó. Ví dụ: “Con hứa sẽ sống thật đạo đức sau khi con khỏi bệnh”

- Giai đoạn trầm cảm: Đây là giai đoạn mà bệnh nhân cảm thấy *đau đớn mãnh liệt về mặt tinh thần* vì những mất mát do căn bệnh gây ra (Ví dụ mất vị trí, vai trò làm cha trong gia đình, mất công việc, mất sự tự lập...). Bệnh nhân rối loạn giấc ngủ, ăn không ngon, có tư tưởng tiêu cực....
- Giai đoạn chấp nhận: Từ từ, với sự giúp đỡ của người thân và nhân viên y tế, bệnh nhân chấp nhận bệnh tật của mình. Ở thời điểm này, bệnh nhân cảm thấy trống vắng tình cảm, như bị gây mê và bệnh nhân có thể tự thu mình lại.
- Giai đoạn hy vọng: Bất chấp sự thật của việc tiên lượng, bệnh nhân duy trì hy vọng được sống sót. Người ta nói đến xung năng sống.

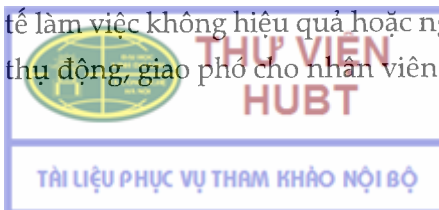
Những giai đoạn này không nối tiếp nhau một cách cứng nhắc, nó có thể quay đi quay lại. Các giai đoạn này rất thường gặp và chúng cũng giống như những phản ứng của một người khi được thông báo cái chết của người thân. Dù sao đi nữa, thời gian là yếu tố hàng đầu trong tiến trình đi đến giai đoạn chấp nhận.

Bên cạnh các giai đoạn này, bệnh nhân cũng có những phản ứng tâm lý khác như: lo âu, lệ thuộc, thoái lui (có hành vi trẻ con so với tuổi), ái kỷ (chỉ còn yêu và quan tâm đến bản thân mình), hung bạo...

4.5.3. Trải nghiệm của gia đình bệnh nhân

Gia đình cũng trải qua những trạng thái tinh thần khác nhau song song với người bệnh.

- Thường ta thấy gia đình có *mặc cảm tội lỗi* khi sống, tiếp tục sống và không bị đau đớn trong lúc người thân phải đau khổ.
- Việc ở gần người bệnh cũng thường kéo theo *trạng thái trầm cảm* do chờ đợi trong sự lo âu.
- Sự *bất lực, ảm ức* đôi khi đẩy người thân đến chỗ tức giận, buộc tội nhân viên y tế làm việc không hiệu quả hoặc ngược lại họ thu mình một cách thụ động, giao phó cho nhân viên y tế.



4.6. STRESS VÀ HIỆN TƯỢNG KIẾT SỨC Ở CÁN BỘ Y TẾ

Khi nói đến stress bệnh lý và hiện tượng kiệt sức (burn-out) ở nhân viên y tế, người ta hay nhắc đến nhân viên của khoa cấp cứu, một khoa luôn ở trong trạng thái căng thẳng. Không giống các khoa khác, khoa cấp cứu là nơi tiếp nhận đầu tiên, không lường trước được hậu quả, tình huống và bệnh lý thì luôn luôn đa dạng nhất.

Cần nhắc lại rằng stress có thể có những hệ quả tích cực, điều này cũng đúng trong công tác chăm sóc. Stress có thể kích thích và làm cho người chăm sóc năng động hơn, việc chăm sóc của họ chính xác và hiệu quả hơn. Tuy nhiên, stress cũng có thể tỏ ra tiêu cực. Bộ phận chăm sóc khoa cấp cứu phải đối mặt với nhiều yếu tố: thời gian bó buộc, sự đau đớn cường độ cao của bệnh nhân, áp lực phải giải quyết nhanh ngay tại chỗ, nỗi lo âu của gia đình hay người đi cùng... Chăm sóc là giúp đỡ bệnh nhân, người chăm sóc tự thấy mình phải có trách nhiệm. Nhưng khi có sự hiện diện của stress, các thao tác trở nên ít chính xác và chất lượng chăm sóc bị giảm đi..

Nói về burn-out, đó là *hội chứng kiệt sức nghề nghiệp* với các dấu hiệu thể chất và cảm xúc sau: mệt mỏi, mất tự tin và có cảm giác bất lực, mất động cơ, rối loạn tính khí và triệu chứng cơ thể. Kiệt sức vì nghề nghiệp thường do stress tích tụ lâu ngày, trở thành sự ảm ức và tổn thương, lo sợ... Tất cả những thứ ấy làm cho nhân viên y tế bão hòa xúc cảm.

Để kiểm soát và quản lý stress, nhân viên y tế nên tổ chức các nhóm thảo luận để trao đổi sự căng thẳng, giải bày cho người khác biết về cảm giác của mình. Họ cũng có thể đề nghị được tham gia các buổi huấn luyện về quản lý stress. Hai hoạt động này sẽ giúp nhân viên y tế giải tỏa, không làm tích tụ cảm giác ảm ức, không âm thầm chịu đựng. Nếu nhân viên y tế cảm thấy mình bắt đầu khó kiểm soát tâm trạng, họ có thể trao đổi với bác sỹ, nhà tâm lý, thậm chí cấp trên để nhận được lời khuyên và chỉ dẫn (thăm khám tâm lý, tâm thần, dùng thuốc, tâm lý trị liệu...). Trong cuộc sống hàng ngày, cá nhân cán bộ y tế cũng có thể dùng đến các kỹ thuật thư giãn để làm giảm căng thẳng. Thư giãn

là một phương tiện, một kỹ thuật y khoa giúp cơ thể và tâm trí nghỉ ngơi. Thư giãn cũng giúp tránh hoặc xử lý việc mất quân bình về thể chất hoặc tâm lý. Học cách giảm căng cơ thể và tâm trí mỗi ngày, dù trong một lúc ngắn, có thể giúp cá nhân đương đầu tốt hơn với những tình huống khó khăn.

4.7. ỨNG PHÓ VỚI CƠN ĐAU CỦA BỆNH NHÂN

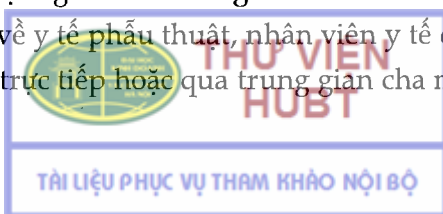
Đau đớn là lý do khám bệnh thường gặp nhất. Đối diện với cơn đau của bệnh nhân, đặc biệt của trẻ em, là một việc không dễ dàng đối với bác sỹ hay cán bộ y tế nói chung. Ở trẻ em, những biểu hiện của đau đớn có thể được chia thành ba nhóm:

- *Dấu hiệu đau đớn tự động*: tư thế để làm giảm cơn đau, bảo vệ tự phát những vùng đau, thái độ tìm cách giảm đau trong cử động, trẻ phản ứng khi được khám những vùng đau.
- *Biểu hiện đau đớn có ý thức*: than vãn, la, khóc, rên.
- *Mất trương lực tâm vận động*: Trẻ đau đớn nhất tỏ ra bất động, buồn bã, không giao tiếp, đôi khi cầm nín, không còn phản ứng với kích thích bên ngoài (đau hoặc không đau). Hiện tượng này hay bị nhầm lẫn với trầm cảm.

Đau đớn là một kinh nghiệm chủ quan, chẳng những thay đổi từ trẻ này sang trẻ khác, mà còn từ văn hóa này sang văn hóa khác. Việc ứng phó với sự đau đớn của trẻ cần những thay đổi sâu xa của nền văn hóa y tế: phải xem mọi trẻ, kể cả trẻ sơ sinh, là những đối tượng cảm nhận được đau đớn; vì thế đau đớn là không cần thiết và cần làm giảm đau bằng cách điều trị hữu hiệu và thích hợp.

4.7.1. Làm thế nào để đánh giá cơn đau của trẻ?

Việc đánh giá cơn đau của trẻ bắt đầu từ cuộc khám lâm sàng đầu tiên với bác sỹ điều trị. Ngoài bối cảnh gia đình và kinh tế xã hội của trẻ và những tiền sử về y tế phẫu thuật, nhân viên y tế đặc biệt chú ý đến cơn đau của trẻ (trực tiếp hoặc qua trung gian cha mẹ): cách xuất



hiện lần đầu tiên và bối cảnh bất ngờ của cơn đau, sự tiến triển của nó, những lần khám và nhập viện trước, những xét nghiệm phụ thuộc cần thiết, tác dụng của những điều trị trước đây và hiện tại.

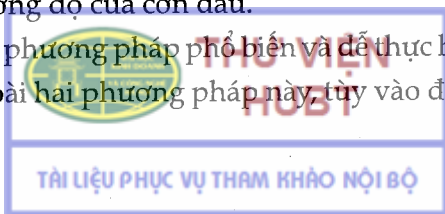
Để tìm hiểu cơn đau của trẻ, cần đối thoại tốt với chúng, bằng cách lựa chọn từ ngữ phù hợp với khả năng hiểu biết của chúng, kể cả chúng có biết nói hay không. Nhân viên y tế cần trực tiếp nói chuyện với trẻ nhưng đừng đưa ra câu hỏi “Con có đau không?”. Thực sự, đứa trẻ có thể không nhận là mình đau vì sợ bị tiêm, vì muốn bảo vệ một ai đó, vì muốn chứng minh rằng mình mạnh mẽ và can đảm, vì nghĩ rằng mình cần phải bị đau thế này (ví dụ trẻ nghĩ mình bị đau thay cho em mình). Như vậy, ta cần sự hợp tác của trẻ để tìm ra vị trí của cơn đau trong người nó và biết được cường độ của nó, từ đó mới cho thuốc phù hợp để giảm bớt nhanh cơn đau. Để trẻ hợp tác, ta có thể giả định vùng bị đau và nói với trẻ “cô nghĩ là cơn đau ở đây” (chỉ vùng bị đau), trẻ xác nhận có hoặc không. Đối với trẻ chưa biết nói hoặc mất khả năng giao tiếp, việc xác định vùng bị đau càng khó khăn, đòi hỏi người khám phải quan sát và tìm hiểu kỹ trạng thái trước đó, tham khảo kỹ cha mẹ.

4.7.2. Phương thức đánh giá cơn đau của trẻ

Để đánh giá cường độ của cơn đau, cán bộ y tế có thể dùng hai phương pháp đơn giản:

- Phương pháp hỏi trực tiếp: hỏi trẻ đau đến đâu trên thang từ 0 đến 4 (0 = không đau chút nào, 1 = đau chút ít, 2 = đau trung bình, 3 = đau nhiều, 4 = đau rất nhiều) hoặc yêu cầu trẻ cho điểm trực tiếp từ 0 đến 10 để diễn tả cường độ đau (0 là ít đau nhất, 10 là đau nhiều nhất).
- Hình vẽ những con người hoặc những khuôn mặt, trên đó đứa trẻ có thể vẽ những vùng đau với bốn màu sắc khác nhau tùy theo cường độ của cơn đau.

Đây là hai phương pháp phổ biến và dễ thực hiện trong thăm khám nhi khoa. Ngoài hai phương pháp này, tùy vào đặc thù của bệnh nhân



và loại bệnh, người ta có thể sử dụng các kỹ thuật chuyên dụng hơn (đánh giá cơn đau của trẻ khuyết tật, đánh giá cơn đau trẻ sơ sinh...).

4.7.3. Chăm sóc cơn đau của trẻ

Tất cả những cơn đau của trẻ phải được quan tâm và nâng đỡ. Cán bộ y tế phải giải thích cơn đau cho trẻ và cha mẹ, trấn an trẻ, giúp trẻ thư giãn, tìm cách sao lắng sự chú ý của trẻ vào nỗi đau, dùng thuốc giảm đau nếu thực sự cần thiết. Thực tế, nhiều nghiên cứu cho thấy đứa trẻ cảm thấy đau đớn ít đi nếu nó được bao bọc tốt, được tin tưởng và hiểu những gì đã xảy ra. Ngược lại, đứa trẻ lo lắng hoặc căng thẳng sẽ càng đau gấp bội. Nhân viên y tế phải đưa ra những lời giải thích đơn giản và dễ hiểu để đứa trẻ có thể hiểu bản chất của triệu chứng đau đớn, những nguyên nhân, những cơ chế, ý nghĩa, những điều cần thiết và những rủi ro khi chữa bệnh, kết quả dự tính. Chẳng hạn, nếu nhân viên y tế nói với trẻ rằng mũi chích không làm con đau, trẻ sẽ mất niềm tin vào nhân viên y tế nếu nó vẫn cảm nhận được cơn đau khi bị chích. Trong tất cả trường hợp, quan trọng là cho trẻ biết về quyết định y khoa và giải nghĩa cho trẻ biết tiến trình điều trị, chăm sóc để khích lệ sự tham gia của trẻ: ví dụ, trẻ có thể tự tháo băng, cầm khẩu trang, v.v.

Tóm lại, để nâng đỡ cơn đau của trẻ, cần chuẩn bị trước cho trẻ, đối thoại nhiều với trẻ, với cha mẹ trẻ, tạo điều kiện để cha mẹ trẻ hiện diện trong quá trình chăm sóc, chú ý đến cơn đau được thể hiện ra hay bị che giấu của trẻ, chăm chú theo dõi những chuyển biến của cơn đau.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 5

ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ

*Nicolas Bosc, Dana Castro, Georges Cognet,
Camille Froidure, Fanny Guidot, Clémence Guinot,
Anne-Laure Lamberton, Dominique Sauveplane & Claude Sternis*

5.1. KHÁI QUÁT VỀ ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ

5.1.1. Thế nào là đánh giá tâm lý?

a. Đánh giá tâm lý và thăm khám tâm lý

Đánh giá tâm lý là việc sử dụng một tập hợp nhiều công cụ tâm lý (hỏi chuyện, trắc nghiệm, thang đo...) để tìm hiểu đời sống tâm lý của một cá nhân về các mặt trí tuệ, tình cảm, quan hệ, hành vi. Đánh giá tâm lý giúp nhà tâm lý học phát hiện ra các thuộc tính đặc thù của mỗi chủ thể cũng như những khác biệt giữa các cá nhân. Chẳng hạn, hai thân chủ có cùng độ tuổi, rối nhiễu, giới tính và cùng nhóm kinh tế - xã hội, hoàn toàn có thể khác nhau về tính cách. Như vậy, mục đích của đánh giá tâm lý là cụ thể hóa vấn đề của thân chủ, xây dựng một bức tranh toàn cảnh về thân chủ. Trong mọi trường hợp, quy trình đánh giá tâm lý phải dựa trên mối quan hệ tin cậy giữa nhà tâm lý và khách thể được đánh giá. Đánh giá tâm lý được thực hiện trong khuôn khổ một hoặc nhiều buổi thăm khám tâm lý.

Vào những năm 1920, thời của Alfred Binet và David Wechsler, thăm khám tâm lý chỉ được sử dụng với mục đích chẩn đoán, nhằm phân loại các cá nhân. Trong những thập niên gần đây, thăm khám tâm



THƯ VIỆN
HUYT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

lý đã tiến triển rõ rệt, đặc biệt là trong cách nhìn nhận con người - chủ thể. Vậy sự tiến triển đó diễn ra như thế nào? Một cách truyền thống, vai trò của thăm khám tâm lý là để mô tả triệu chứng và các đặc điểm của một người. Người ta dùng nó để đưa ra chẩn đoán về rối nhiễu tinh thần của người đó. Những thập niên trở lại đây, cách hiểu thuật ngữ “chẩn đoán” đã được mở rộng sang cả những khái niệm khác, liên quan đến các đặc tính nền tảng của nhân cách, các yếu tố thích nghi - không thích nghi tạm thời, sự khác biệt liên cá nhân, hay cả những điểm tựa tinh thần mà chủ thể có được vào một thời điểm nào đó trong cuộc đời mình. Cách nhìn nhận thân chủ hay bệnh nhân cũng đã thay đổi. Hiện giờ, thân chủ là một cá thể sinh học - tâm lý - xã hội, có những hành vi tương tự với những cá thể khác, nhưng đồng thời cũng có những đặc điểm riêng biệt của mình, những đặc điểm này được bộc lộ ở nhiều khía cạnh khác nhau (trí tuệ, cảm xúc, quan hệ) và luôn tương tác với nhau.

Ngày nay, thân chủ được nhìn nhận như người hưởng lợi trước tiên của thăm khám tâm lý. Thăm khám tâm lý phải được quyết định và thực hiện vì thân chủ và cùng với thân chủ. Vì sao thân chủ lại được nhìn nhận là người hưởng lợi trước tiên của thăm khám tâm lý? Bởi chính thân chủ là người trải qua thăm khám, tiếp đó, những kết quả của thăm khám được thông báo cho thân chủ sẽ kích thích khả năng tự tìm hiểu bản thân của anh ta, và khiến anh ta trở nên có trách nhiệm với chính mình.

Tất cả các buổi thăm khám tâm lý, dù nội dung làm việc có thể khác nhau (buổi tập trung vào hỏi chuyện lâm sàng, buổi tập trung làm trắc nghiệm, buổi cùng lên phác đồ trị liệu...), nhưng đều có điểm chung là có sự diễn ra mối quan hệ tương tác người - người giữa nhà tâm lý và thân chủ, trong đó thân chủ có thể có nhiều vai trò khác nhau:

- Thân chủ là người đang đau khổ, là người đang có vấn đề cần giải quyết
- Thân chủ là khách hàng: vì thân chủ là khách hàng nên việc cung cấp dịch vụ, các khoản thanh toán cho dịch vụ, duy trì kế hoạch điều trị... phải được xem xét

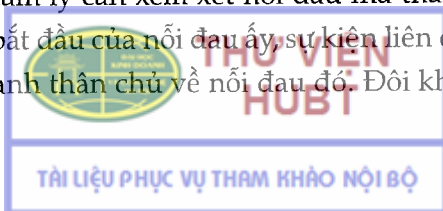
- Thân chủ là chủ thể: nghĩa là cần xem xét các vấn đề niềm tin, đức tin, giá trị, tiềm lực... ở thân chủ như xem xét chúng trên một chủ thể toàn vẹn
- Thân chủ là người được phỏng vấn: nghĩa là nhà tâm lý cần sử dụng các kỹ thuật chuyên môn khác nhau để khám phá thân chủ. Nhà tâm lý vừa hơi tò mò như một nhà báo, vừa sáng tạo như một nghệ sỹ. Một nhà tâm lý giỏi là người có khả năng tổng hòa các vai trò trong công việc của mình

Nhà tâm lý thể hiện sự mềm dẻo uyển chuyển của mình bằng việc làm việc được với các thân chủ khác nhau. Sự mềm dẻo đó cũng cần được thể hiện trên cùng một thân chủ trong suốt quá trình đồng hành nâng đỡ, thậm chí ngay trong một buổi thăm khám. Sự lắng nghe tích cực, chân thành của nhà tâm lý lâm sàng khác người bình thường ở chỗ đó là sự lắng nghe có mục đích, nghĩa là nhà tâm lý biết rằng mình đang lắng nghe để làm gì.

b. Chẩn đoán tâm lý

Chẩn đoán tâm lý được thực hiện dựa cơ bản trên sự phân biệt bình thường - bất thường hay bình thường - bệnh lý. Vậy thế nào là bình thường? Về mặt thống kê, bình thường có nghĩa là giá trị/chỉ số mà nhiều người đạt được nhất. Khi ta càng xa giá trị trung bình, ta càng được xem là bất thường. Chẳng hạn, trong thực tế rất nhiều người có chỉ số thông minh cao hơn trung bình, nhưng cũng có nhiều người có chỉ số trí tuệ thấp hơn, có giới hạn về năng lực trí tuệ. Như vậy, “bất thường” không phải luôn luôn có nghĩa là bệnh lý. Cần phân biệt giữa “bất thường bình thường” và “bất thường bệnh lý”. Nhà tâm lý, ngoài sử dụng các công cụ, cần vận dụng đến trực quan, kinh nghiệm và phân tích chủ quan để phân biệt điểm này.

Trong cuộc sống, các sự cố hay nỗi đau buồn là một sự bình thường, ví dụ khi mất người thân thì việc cá thể buồn bã, trầm lặng là bình thường. Nhà tâm lý cần xem xét nỗi đau mà thân chủ đang trải nghiệm, thời điểm bắt đầu của nỗi đau ấy, sự kiện liên quan, phản ứng của người xung quanh thân chủ về nỗi đau đó. Đôi khi thân chủ cảm



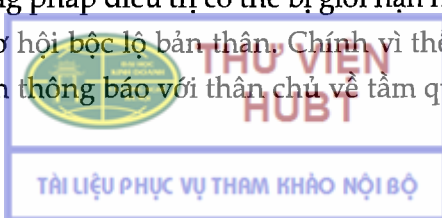
thấy mình “bình thường”, luôn nói và cho rằng mình bình thường, nhưng chính những người xung quanh lại nhận ra vấn đề của thân chủ. Trường hợp người nghiện rượu là tiêu biểu nhất, họ luôn cho rằng mức độ tiêu thụ của họ là bình thường và không gây ảnh hưởng đến ai cũng như đến cuộc sống của bản thân mình, nhưng cha mẹ, hàng xóm, chính quyền lại cho rằng họ có vấn đề.

Tất nhiên, có một số dấu hiệu mà khi nhà tâm lý phát hiện ra thì có thể tạm kết luận ngay là có tính bệnh lý, ví dụ như ảo giác, hoang tưởng, hành vi tự rạch tay, tự chích vào tay mình... Trong trường hợp nào, nhà tâm lý cũng cần xem xét kỹ tiểu sử, hoàn cảnh sống, thời điểm xuất hiện triệu chứng, nền văn hóa, môi trường gia đình, các sự kiện quan trọng trong đời... của thân chủ.

Xác định bình thường hay không còn cần dựa vào cách vận hành trong nhân cách của mỗi người. Mỗi người có cách vận động, liên hệ với thế giới khác nhau. Mỗi người có cấu trúc nhân cách và nhiều yếu tố sống khác nhau. Do đó, phản ứng, hành động bình thường ở thân chủ này có thể là bất thường ở thân chủ khác. Nhà tâm lý cần phải tìm hiểu rõ thân chủ qua nhiều lần khám để phát hiện cách vận hành tâm lý của thân chủ. Thông thường, trong buổi thăm khám đầu tiên, thân chủ cho nhà tâm lý nhiều thông tin đủ để xây dựng các giả thuyết, tuy nhiên những lần sau có thể thân chủ sẽ mang đến nhiều thông tin hơn đến mức có khả năng làm lung lay các giả thuyết ban đầu đặt ra.

c. Vài lưu ý trong thăm khám, chẩn đoán tâm lý

Những nhà tâm lý trẻ thường có xu hướng đi quá nhanh, ngay lần đầu tiên đã đưa ra chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị, can thiệp. Làm như vậy, mối quan hệ với thân chủ ngay lập tức trở nên mang tính kỹ thuật thuần túy chứ không phải là liên minh trị liệu thực sự, dẫn đến việc các phương pháp điều trị có thể bị giới hạn hoặc sai lầm, thân chủ sẽ không có cơ hội bộc lộ bản thân. Chính vì thế, ở lần gặp đầu tiên, nhà tâm lý nên thông báo với thân chủ về tầm quan trọng của những

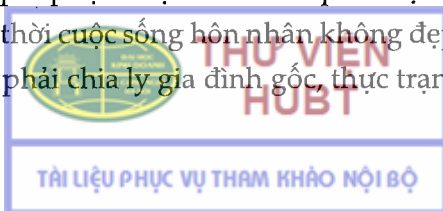


lần gặp sau trong việc xem xét kỹ vấn đề, chứ không nên đưa ra ngay chẩn đoán hay lời khuyên.

Về lời khuyên, các khóa đào tạo cả chính quy lẫn ngắn hạn thường dạy học viên không nên cho lời khuyên. Trên thực tế, có đôi lúc lời khuyên rất cần thiết cho thân chủ trong một thời điểm hay hoàn cảnh cụ thể. Nhưng tất nhiên lời khuyên có thể trở thành con dao hai lưỡi. Trước tình thế tiến thoái lưỡng nan đó, nhà tâm lý phải cân nhắc hết những điểm lợi - hại trong lời khuyên của mình.

Ở Việt Nam hiện nay, việc đánh giá tâm lý thường chỉ diễn ra trong một buổi thăm khám duy nhất. Đây có thể là cách làm việc riêng của một số nhà tâm lý tại Việt Nam để phù hợp với bối cảnh hiện tại. Nhưng thực sự là một lần khám từ 45-60 phút không đủ để giúp nhà tâm lý hiểu rõ thân chủ. Chính vì thế, nhà tâm lý càng phải hết sức thận trọng khi đưa ra kết luận về thân chủ chỉ sau một buổi gặp ngắn ngủi; nhà tâm lý cũng cần giải thích cho thân chủ điểm hạn chế này. Rất có thể ngay trong một buổi, thân chủ cũng giải quyết được vài điểm của vấn đề, nhưng trong nhiều tình huống, nhà tâm lý nên nhấn mạnh rằng một buổi thăm khám là quá ít ỏi và ngắn ngủi để hiểu toàn bộ cuộc đời thân chủ và đưa ra giải pháp, từ đó khuyến khích thân chủ có kế hoạch trao đổi lâu dài hơn. Chúng ta hãy xem xét ví dụ từ một ca lâm sàng sau đây:

Một người mẹ đưa con gái đến thăm khám tâm lý và than phiền rằng đứa con rất quậy phá, làm phiền lòng mẹ. Sau hai buổi làm việc, nhà tâm lý phát hiện ra vấn đề không chỉ nằm ở cô con gái mà còn nằm ở người mẹ. Chính người mẹ cũng tự nhận thấy mình khắc nghiệt, hay làm đau con gái và không biết cách thể hiện tình cảm, thể hiện sự âu yếm với con... Sau nhiều lần thăm khám thì nhà tâm lý có thời gian và cơ hội tìm hiểu thêm thời thơ ấu của chị. Chị có một tuổi thơ êm đềm và gắn bó mật thiết với bố mẹ, nhưng đột ngột phải theo chồng đến Nhật Bản. Chị đã quá phụ thuộc vào mối quan hệ tình cảm với gia đình, cha mẹ, đồng thời cuộc sống hôn nhân không đẹp như chị tưởng tượng. Nỗi buồn vì phải chia ly gia đình gốc, thực trạng cuộc sống gia



đình hiện tại đã làm chị cảm thấy bất mãn, giận dữ (chị tự phát hiện ra), chị đem trút những cảm giác tiêu cực này lên đầu đứa con gái. Như vậy, nếu chỉ gặp gỡ một buổi, vấn đề thực sẽ rất khó được tìm ra.

5.1.2. Các bước thăm khám tâm lý

Vai trò của nhà tâm lý là trả lời những câu hỏi cụ thể của thân chủ và góp phần đưa ra các quyết định có ý nghĩa. Điều này đòi hỏi nhà tâm lý phải có hiểu biết về rất nhiều lĩnh vực khác nhau và phải có được một lượng dữ liệu lớn. Mọi thăm khám tâm lý đều diễn ra trong khuôn khổ sau:

- Một địa điểm thăm khám thích hợp và không có không khí thù địch hay chống đối;
- Một quá trình giao tiếp, trò chuyện với thân chủ trước khi tiến hành các công cụ thăm khám, trong đó nhà tâm lý phải trao đổi với thân chủ về mục đích cũng như nguyên tắc bảo mật của thăm khám tâm lý.

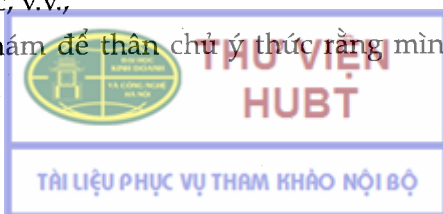
Các bước cơ bản của thăm khám tâm lý gồm có:

a. Phân tích yêu cầu thăm khám

Bước này bao gồm việc nghiên cứu vấn đề được đặt ra và tìm hiểu tổng quát về thân chủ (tiền sử, các sự kiện trong cuộc đời...). Từ đó nhà tâm lý đặt ra các giả thuyết khác nhau. Mỗi yêu cầu thăm khám đều đặt ra các câu hỏi về tương lai và về tiến triển hành vi hay đời sống tâm lý của thân chủ trong tương lai, vì thế có thể nói trong yêu cầu thăm khám tâm lý luôn có yêu cầu đoán trước (tiên lượng). Vai trò của nhà tâm lý là làm rõ điều này với người đưa ra yêu cầu thăm khám, từ đó thiết lập nên các vấn đề cụ thể cần tìm câu trả lời.

Một vài ví dụ về yêu cầu thăm khám tâm lý không rõ ràng:

- Thăm khám sàng lọc đầu vào một trung tâm chăm sóc, cho một công việc, v.v.;
- Thăm khám để thân chủ ý thức rằng mình không phải người ngu dốt;



- Thăm khám để đưa vào hồ sơ.

Một số kiểu yêu cầu thăm khám tâm lý phổ biến:

- Tìm hiểu cơ chế hoạt động tinh thần của thân chủ để từ đó giúp thân chủ định hướng tốt hơn
- Vấn đề của thân chủ là gì và thân chủ quản lý các vấn đề của mình như thế nào (ví dụ các cơ chế phòng vệ)?
- Trong phương thức hoạt động tinh thần của thân chủ, đâu là các khía cạnh có thể nhanh chóng điều chỉnh (trên cơ sở mức độ vững chắc của các cơ chế phòng vệ)?

b. Lựa chọn trắc nghiệm và các công cụ dùng để đánh giá

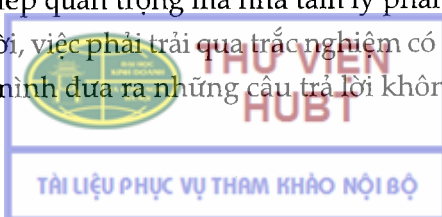
Các công cụ, trắc nghiệm được lựa chọn trên cơ sở yêu cầu thăm khám, tiền sử của thân chủ và mức độ hiểu biết của nhà tâm lý về các công cụ. Nhà tâm lý phải nắm được công cụ mình sẽ sử dụng và được đào tạo đủ để sử dụng thành thạo công cụ đó. Trước khi tiến hành trắc nghiệm, nhà tâm lý cần xem lại mục đích thăm khám và tập dượt cách thức giới thiệu cũng như tiến hành trắc nghiệm.

c. Xây dựng mối quan hệ nghề nghiệp với thân chủ - chuẩn bị cho việc tiến hành trắc nghiệm

Thăm khám tâm lý chỉ có thể diễn ra trong khuôn khổ một mối quan hệ nghề nghiệp được định nghĩa và thiết lập rõ ràng. Nhà tâm lý cần trao đổi với thân chủ về bản chất, mục đích và cách tiến hành thăm khám tâm lý.

Trước khi chính thức tiến hành thăm khám, nhà tâm lý đánh giá trạng thái cảm xúc của thân chủ, nhằm tránh để nó ảnh hưởng đến kết quả trắc nghiệm. Nếu thân chủ không thể ngồi yên, đang quá hưng hăng hoặc tỏ ra phòng vệ quá mức, nhà tâm lý cần phải hoãn buổi thăm khám lại.

Sự chuẩn bị để thân chủ làm quen với việc tiến hành trắc nghiệm là một nhiệm vụ giao tiếp quan trọng mà nhà tâm lý phải làm. Trên thực tế, với rất nhiều người, việc phải trải qua trắc nghiệm có thể khiến họ lo lắng, bởi họ sợ nếu mình đưa ra những câu trả lời không phù hợp với



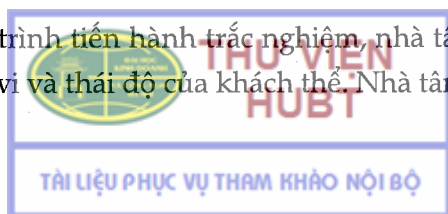
chờ đợi của nhà tâm lý, họ sẽ bị coi là “ngu ngốc”. Tâm trạng lo lắng này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến việc tiếp nhận và hiểu các yêu cầu của trắc nghiệm, cũng như đến thành tích của thân chủ ở mỗi nhiệm vụ nhỏ của trắc nghiệm; từ đó, về khía cạnh hành vi, nó có thể gây ra thái độ che giấu hoặc ức chế ở thân chủ. Cũng có nhiều người đã từng có cơ hội đối mặt với việc làm trắc nghiệm. Vì thế, họ ít nhiều đã có những hiểu biết và biểu tượng nhất định về trắc nghiệm. Trong trường hợp này, nhà tâm lý cần tìm hiểu những phản ứng, suy nghĩ và trải nghiệm mà khách thể đã có, nhằm tìm ra cách giới thiệu trắc nghiệm thích hợp nhất, cũng như nhằm hạn chế những cản trở có thể gặp phải.

Vì tất cả những lý do nêu trên, để chuẩn bị quá trình tiến hành trắc nghiệm, nhà tâm lý nên giới thiệu buổi làm trắc nghiệm như một buổi tư vấn tâm lý, nghĩa là không có gì quan trọng hơn là tìm ra được các yếu tố cần thiết để hiểu vấn đề của thân chủ. Nhà tâm lý cần giải thích với thân chủ rằng mục tiêu của thăm khám hướng đến việc nắm được biểu hiện của thân chủ trong các lĩnh vực nhận thức khác nhau, nhằm tìm ra những điểm mạnh và những điểm ít mạnh hơn, cũng như tìm ra “phong cách” vận hành tinh thần của riêng mỗi người. Để đạt được điều này, lý tưởng nhất là thân chủ nên cố gắng hết sức ở mỗi “bài tập”, nhưng vẫn luôn là “chính mình”.

Tuy nhiên, nhìn chung, trước khi tiến hành, nhà tâm lý vẫn nên trao đổi với thân chủ về quan niệm của chính thân chủ về thăm khám tâm lý và tìm hiểu xem thân chủ nhìn nhận thế nào về vấn đề này. Một nghiên cứu cục bộ thực hiện trên nhóm bệnh nhân nằm viện vì những vấn đề tâm thần khác nhau đã chỉ ra biểu tượng có thể coi là tích cực của bệnh nhân về thăm khám tâm lý, các bệnh nhân cho rằng “trắc nghiệm cho phép hai bên dễ dàng tìm hiểu nhau hơn” (Samba, 2005, dẫn theo Castro, 2011).

d. Tiến hành các trắc nghiệm đã chọn

Trong quá trình tiến hành trắc nghiệm, nhà tâm lý thường xuyên quan sát hành vi và thái độ của khách thể. Nhà tâm lý cần ghi chép lại



tất cả mọi quan sát của mình, để sau đó đối chiếu chúng với kết quả trắc nghiệm.

Lưu ý các lỗi có thể xảy ra trong quá trình tiến hành trắc nghiệm

Nhiều nhà nghiên cứu và thực hành cho biết, mặc dù được đào tạo một cách có chất lượng, những người tiến hành trắc nghiệm vẫn có thể mắc lỗi gây ảnh hưởng đáng kể đến độ giá trị và độ tin cậy của công cụ đánh giá. Các nhóm lỗi lớn gồm có:

- Các thói quen xấu trong quá trình tiến hành và chấm trắc nghiệm;
- Các lỗi khi ghi chép, ghi chú;
- Hiệu ứng *halo* (nhận thức hay giải thích một cách có chọn lọc tất cả các thông tin về khách thể chỉ dựa trên ấn tượng ban đầu, thường là tốt đẹp, về anh ta)

Cần phải chú ý điều gì khi tiến hành trắc nghiệm?

- *Cách thức trả lời và phương pháp thực hiện bài tập/nhiệm vụ của khách thể*: Khi thực hiện trắc nghiệm, nhà tâm lý cần lưu ý đến các xu hướng trả lời của khách thể.
 - + Ngẫu nhiên/may rủi: khách thể tìm cách đoán bừa câu trả lời cho những câu hỏi mà mình không biết, điều này có thể thể hiện một số cung cách liên quan đến quan hệ xã hội hoặc/và các đặc điểm về biểu tượng bản thân.
 - + Suy nghĩ kỹ: khách thể tìm và thử nhiều cách khác mỗi khi các giải pháp tìm ra đi vào ngõ cụt, khách thể luôn tìm cách tổ chức và làm việc một cách có phương pháp, hiệu quả.
 - + Thử/sai: khách thể tìm ra câu trả lời bằng cách lặp đi lặp lại các quy trình thử/sai.
 - + Tự đánh chính, tự sửa lỗi: cho thấy khách thể là người có tư duy phê phán.
 - + Phong cách bốc đồng/trốn tránh/ám ảnh: thể hiện các thuộc tính của nhân cách.
- *Các yếu tố dẫn đến thành công của khách thể trong việc làm trắc nghiệm*:
 - + Bám chắc yêu cầu của trắc nghiệm, khách thể chú ý và hiểu hướng dẫn của nhà tâm lý, cho thấy mối quan hệ hợp tác giữa hai bên

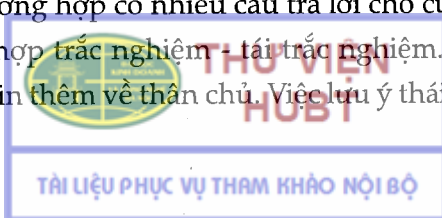


**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Kiên trì và tập trung, vừa cho thấy khách thể có phương pháp làm việc hiệu quả, vừa cho thấy anh ta hết mình với các nhiệm vụ của trắc nghiệm, không ngừng nỗ lực tìm cách giải quyết các nhiệm vụ này.
- *Các hình thức bộc lộ cảm xúc của khách thể:*
 - + Lo lắng - lo lắng biểu hiện thành lời.
 - + Không an tâm - liên tục có những bình luận hoặc những câu hỏi để được trấn an, có thể là biểu hiện của những đặc điểm nhân cách liên quan đến mối quan hệ với bản thân (tự đánh giá bản thân) hoặc/và liên quan đến khía cạnh quan hệ xã hội (kỳ vọng xã hội, nhu cầu được nâng đỡ, v.v.).
 - + Mệt mỏi, buồn chán, trống rỗng - dừng lại trong khi đang mài mê thực hiện nhiệm vụ của trắc nghiệm, mất tập trung. Ý nghĩa của những biểu hiện này cần được nhà tâm lý tìm hiểu dưới góc độ lâm sàng thông qua quan sát và hỏi chuyện bổ sung.
- *Khả năng quản lý cảm xúc của khách thể:*
 - + Phản ứng của khách thể trước thất bại và sự bất mãn của bản thân (chỉ trích, bỏ cuộc, hung hăng).
 - + Phản ứng của khách thể trước những bài tập không chế thời gian và có bấm giờ. Những phản ứng này có thể bộc lộ khả năng ứng phó của thân chủ trước các tình huống có áp lực cao.
 - + Lo lắng thái quá (giảm động lực làm việc)
 - + Nói những điều không liên quan nhằm che giấu khó khăn trong khi thực hiện nhiệm vụ của trắc nghiệm
 - + Tập trung lại vào nhiệm vụ và tái khởi động quá trình làm việc

Nói chung, nhà tâm lý cần ghi chép lại những gì thân chủ nói hay bình luận trong suốt quá trình làm trắc nghiệm. Tài liệu này sẽ là nguồn thông tin bổ sung quý giá cho nhà tâm lý trong quá trình chăm sóc các câu trả lời của thân chủ. Ngoài ra nó còn cung cấp các chỉ dẫn cần thiết trong trường hợp có nhiều câu trả lời cho cùng một câu hỏi hoặc trong trường hợp trắc nghiệm - tái trắc nghiệm. Tài liệu này cũng là nguồn thông tin thêm về thân chủ. Việc lưu ý thái độ, bộc lộ, phản ứng



và lời nói của thân chủ cho phép nhà tâm lý tìm ra ở thân chủ “kiểu” hay “phong cách” vận hành tâm lý riêng của anh ta. Khi các kết quả đã được giải thích, “phong cách” này đôi khi lại có thể soi sáng những kết quả đó dưới một góc độ khác.

Điều gì xảy ra nếu như trong quá trình đánh giá tâm lý, thân chủ có những phản ứng cảm xúc hoặc hành vi đặc biệt?

Về mặt đạo đức, thân chủ hoàn toàn có quyền bộc lộ các cảm xúc và phản ứng của mình (lo lắng, giận dữ, từ chối...) nhằm làm giảm căng thẳng (nếu có) trong và sau khi trải qua thăm khám tâm lý. Trong thực hành, nhà tâm lý cần phân tích các phản ứng này của thân chủ để có thể cải thiện quá trình thăm khám. Nếu như phản ứng của thân chủ quá dữ dội, nhà tâm lý nên tạm ngừng buổi thăm khám và chỉ nên tiếp tục khi nào thân chủ đã bình tĩnh lại.

e. Giải thích kết quả trắc nghiệm

Giải thích kết quả trắc nghiệm được thực hiện:

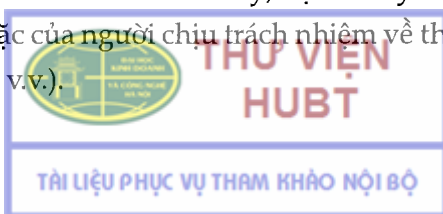
- Trước tiên với kết quả của từng trắc nghiệm một, trên cơ sở so sánh các câu trả lời của thân chủ với chuẩn của trắc nghiệm đó;
- sau đó so sánh kết quả của các trắc nghiệm với nhau, nhà tâm lý tìm ra điểm chung cũng như điểm khác biệt của khách thể trong tất cả các trắc nghiệm, từ đó tìm cách giải thích.

f. Kiểm tra lại giả thuyết đã đưa ra khi phân tích yêu cầu thăm khám tâm lý

Nhà tâm lý so sánh những kết quả trắc nghiệm thu được với những yếu tố tiểu sử của thân chủ, và với những dữ liệu thu được trong buổi phỏng vấn tiền thăm khám, mục đích của việc này là để tìm ra các mối quan hệ nhân - quả có thể tồn tại.

g. Quyết định những điều sẽ trao đổi lại với thân chủ

Sau khi có kết quả thăm khám tâm lý, dựa trên yêu cầu, mối quan tâm của thân chủ hoặc của người chịu trách nhiệm về thân chủ (bố mẹ, nhân viên chăm sóc, v.v.),



h. Thông báo lại kết quả cho thân chủ

Với mục tiêu cùng với thân chủ xem xét lại giả thuyết ban đầu và khuyến khích thân chủ tìm cách giải quyết vấn đề của mình.

i. Viết báo cáo cuối cùng.

5.2. KHÁI QUÁT VỀ CÁC TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ

Trắc nghiệm tâm lý là tập hợp các bài tập/nhiệm vụ đặc thù, tuân theo một chuẩn nhất định, cho phép quan sát/đánh giá hành vi, suy nghĩ và cảm xúc của cá nhân. Trắc nghiệm tâm lý là dụng cụ lượng giá của nhà tâm lý hoặc của tất cả những ai đã được huấn luyện sử dụng thuần thục trắc nghiệm. Như vậy trắc nghiệm là một phương tiện đo lường, mà mục đích là định lượng các nét tâm lý cụ thể, bằng một chuẩn mực của nhóm dùng để tham khảo. Trắc nghiệm được xây dựng một cách khoa học giúp so sánh kết quả của một người với kết quả của nhóm dùng để tham khảo. Trắc nghiệm là dụng cụ chẩn đoán giúp phân biệt giữa bình thường và bệnh lý.

5.2.1. Khi nào chỉ định sử dụng trắc nghiệm tâm lý?

Thăm khám tâm lý là quá trình giao tiếp giữa nhà tâm lý và thân chủ, một quá trình hỏi - đáp phức tạp, gồm nhiều mặt khác nhau, cho phép:

- Tiếp cận với tình trạng vận hành tâm lý hiện tại của cá nhân
- Đoán trước các trạng thái có thể diễn ra trong tương lai

Bởi vậy, các trắc nghiệm tâm lý được chỉ định trong những trường hợp sau:

- Góp phần vào chẩn đoán tâm lý, làm nổi bật những chi tiết không nhận thấy được ở góc độ lâm sàng; trung gian hóa mối quan hệ, nhằm giúp nhà tâm lý tiếp cận được với đời sống tinh thần của thân chủ.
- Góp phần vào việc xác định chiến lược can thiệp tâm lý, bằng



**THƯ VIỆN
HUY**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

cách hướng thân chủ đến hình thức chăm sóc tinh thần thích hợp nhất có thể, bằng cách xác định các vấn đề của thân chủ nhưng không phải chỉ dựa trên triệu chứng.

- Góp phần vào việc đánh giá kết quả trị liệu và đánh giá hiệu ứng trắc nghiệm - tái trắc nghiệm.

5.2.2. Thuộc tính của trắc nghiệm tâm lý

Tất cả các trắc nghiệm tâm lý đều có hai thuộc tính cơ bản:

- **Độ tin cậy** (*fidélité* hay *fiabilité* trong tiếng Pháp, *reliability* trong tiếng Anh), tức tính chặt chẽ trong đo lường của trắc nghiệm. Ví dụ, trong một trắc nghiệm đánh giá khí sắc (cảm xúc), các câu như “tôi buồn bã” và “tôi hạnh phúc” cần phải được xây dựng để đảm bảo thu thập được những câu trả lời ngược chiều nhau của cùng một khách thể.
- **Độ giá trị** (*validité* trong tiếng Pháp, *validity* trong tiếng Anh), hay nói cách khác, trắc nghiệm đã sử dụng phép đo nào để xác định một cách chắc chắn những thứ mà nó cần đo.

Bởi các trắc nghiệm chỉ là công cụ, chúng được coi là *phi lý thuyết* (không được xây dựng dựa vào một lý thuyết cơ bản nào trong Tâm lý học). Trường phái lý thuyết được sử dụng để giải thích trắc nghiệm sẽ được coi là cơ sở lý thuyết của trắc nghiệm đó. Điều này có nghĩa là với cùng một trắc nghiệm (chẳng hạn trắc nghiệm phóng chiếu), chúng ta có thể giải thích dưới những góc độ khác nhau như Phân tâm học, Nhận thức - hành vi, v.v.

Thế nào là một trắc nghiệm hữu dụng

Đối với nhà tâm lý học, một trắc nghiệm hữu dụng hay có ích nhất định phải đáp ứng chuỗi tiêu chí sau đây (Viglion, 1993; Meyer et al., 2001, dẫn theo Castro, 2011):

- Các chỉ dẫn về cách thức sử dụng, các bước tiến hành và phương pháp giải thích trắc nghiệm phải rõ ràng



**TRUNG VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Các biến cấu thành trắc nghiệm phải có độ ổn định về mặt thời gian;
- Trắc nghiệm phải ứng dụng được trên nhiều nhóm khách thể khác nhau;
- Trắc nghiệm phải dựa trên sự so sánh giữa nhiều chuẩn và nhiều nguồn tham khảo khác nhau;
- Trắc nghiệm phải cho phép kết hợp giữa phân tích định lượng và phân tích định tính, tận dụng cả các dữ liệu khách quan lẫn chủ quan;
- Người thực hiện trắc nghiệm phải được đào tạo đầy đủ và bài bản.

Đối với khách thể, trắc nghiệm có ích là một trắc nghiệm mà anh ta có thể hiểu dễ dàng (các chỉ dẫn cũng như cách thức thực hiện) và thấy cần thiết cho bản thân mình.

Thăm khám tâm lý hay đánh giá tâm lý được thực hiện thông qua việc sử dụng nhiều trắc nghiệm với cùng mục đích.

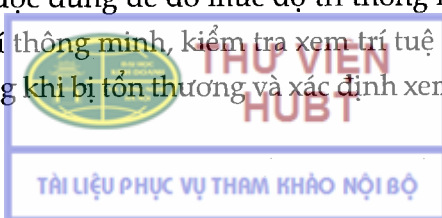
Đôi điều cần lưu ý khi sử dụng trắc nghiệm

Để bảo đảm giá trị khoa học của trắc nghiệm và chất lượng của kết quả, phải dè dặt và cảnh giác trong khi sử dụng. Trắc nghiệm được sử dụng không phải để thay thế khám lâm sàng mà để hỗ trợ, để có một cái nhìn rộng hơn và chi tiết hơn về sự vận hành của con người. Nhà tâm lý cần dùng những trắc nghiệm được xây dựng một cách khoa học và phù hợp với yêu cầu thăm khám và vấn đề của thân chủ.

5.2.3. Phân loại các trắc nghiệm tâm lý

a. Trắc nghiệm nhận thức

Trắc nghiệm nhận thức, hay trắc nghiệm trí tuệ, là những công cụ thường được dùng để đo mức độ trí thông minh và rà soát những rối loạn về trí thông minh, kiểm tra xem trí tuệ của một người có bình thường không khi bị tổn thương và xác định xem có tổn thương ở chức



năng nhận thức cụ thể nào không (chú ý, tập trung, trí nhớ...). Kết quả của những trắc nghiệm này sẽ cho phép nhà tâm lý đưa ra những gợi ý can thiệp thích hợp.

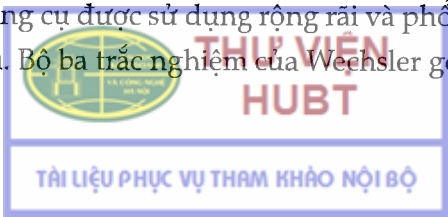
Để hiểu sự vận hành của trắc nghiệm nhận thức, cần phải biết trí thông minh được định nghĩa như thế nào. Wechsler, tác giả của bộ trắc nghiệm trí tuệ Wechsler nổi tiếng, định nghĩa trí thông minh là khả năng tổng quát của một con người trong việc hiểu biết những gì xung quanh và phản ứng một cách thích hợp. Ngoài ra, ta còn phải biết trí thông minh đạt đỉnh điểm trong khoảng từ tuổi vị thành niên đến 25 tuổi. Sau đó trí thông minh từ từ suy giảm và suy giảm nhanh hơn khi bước vào tuổi 50-55. Phải lưu ý những yếu tố này khi đọc và giải thích kết quả của bệnh nhân.

Thông thường, một trong những kết quả của trắc nghiệm nhận thức/trí tuệ là chỉ số thông minh (IQ) của một người. Tuy nhiên, cần hiểu rằng chỉ số này chỉ phản ánh trí thông minh của một người ở một thời điểm nhất định. Vì vậy, phải rất dè dặt khi dùng chỉ số này, không nên quá tin vào nó để tránh làm tổn hại đến người được lượng giá.

IQ giúp định vị trí thông minh của một người, tại một thời điểm, so với trung bình của số đông và được phân loại như sau:

130 và nhiều hơn	Rất cao (2,2% dân số)
120-129	Cao (6,7% dân số)
110-119	Bình thường cao (16,1% dân số)
90-109	Trung bình (50% dân số)
80-89	Bình thường thấp (16,1% dân số)
70-79	Ranh giới (6,7% dân số)
69 và ít hơn	Thiếu năng (2,2% dân số)

Có nhiều trắc nghiệm trí tuệ được các nhà tâm lý học sử dụng trong thăm khám tâm lý. Trong số đó, bộ ba trắc nghiệm của Wechsler là một trong những công cụ được sử dụng rộng rãi và phổ biến nhất, ở nhiều nước khác nhau. Bộ ba trắc nghiệm của Wechsler gồm có:



- WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence): Thang trí tuệ Wechsler cho trẻ từ 2 tuổi 6 tháng đến 7 tuổi 7 tháng (bản mới nhất);
- WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children): Thang trí tuệ Wechsler dành cho trẻ em và vị thành niên từ 6 đến hết 16 tuổi;
- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale): Thang trí tuệ Wechsler dành cho người lớn từ 16 tuổi trở lên.

Ba trắc nghiệm này bao gồm nhiều nhiệm vụ khác nhau để đánh giá tất cả các lĩnh vực của trí thông minh (hiểu lời nói, từ ngữ, lý luận, trí nhớ, cơ cấu thị lực và không gian, tập trung, tốc độ xử lý...).

b. Những trắc nghiệm nhân cách

Trắc nghiệm nhân cách là công cụ dùng để đánh giá những nét tính cách và các khía cạnh xúc cảm - tình cảm của khách thể. Có hai nhóm trắc nghiệm nhân cách lớn: trắc nghiệm phân loại và trắc nghiệm phóng chiếu.

Trắc nghiệm phân loại

Nhóm trắc nghiệm này cho phép xác định một người thuộc loại nhân cách nào. Trong số các trắc nghiệm nhóm này, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) là phổ biến hơn cả. MMPI bao gồm 550 câu hỏi để khách thể trả lời “đúng”, “sai” hoặc “tôi không biết”. Các câu hỏi đề cập đến mọi lĩnh vực nhân cách như ứng xử xã hội, sở thích, tình cảm, quan điểm... Tổng hợp các câu trả lời của khách thể, ta có thể xác định xem khách thể thuộc dạng nhân cách nào trong số nghi bệnh (lo lắng về sức khỏe), trầm cảm, hysteria, hoang tưởng, tâm thần phân liệt... Ngoài ra, MMPI còn giúp xác định ba loại chân dung chính: tâm căn, loạn thần và rối loạn hành vi.

Trắc nghiệm phóng chiếu

Đặc trưng của loại trắc nghiệm này là có dụng cụ chuyên biệt: trên các tấm bìa có tranh, ảnh với chủ đề ít nhiều trừu tượng. Như thế, nó

cho phép khách thể trả lời một cách hoàn toàn tự do, không có đúng sai. Các trắc nghiệm dựa trên nguyên tắc phóng chiếu, nghĩa là nó giả định rằng khách thể sẽ có xu hướng đem những suy nghĩ, cảm xúc sâu xa của mình đặt lên người khác, ở đây là đặt lên các nhân vật hoặc các chi tiết trong tranh, ảnh mà họ được xem.

Trong số các trắc nghiệm phóng chiếu (TAT, Patte Noire, CAT...), Rorschach là trắc nghiệm được nhiều người biết đến và sử dụng. Mục đích của Rorschach là đánh giá cấu trúc tâm lý, mức độ thích nghi với thực tế và phong cách giải quyết vấn đề của khách thể. Ngoài các khía cạnh nhân cách, trắc nghiệm này còn cho phép tiếp cận với thế giới vô thức của khách thể. TAT (Thematic Apperception Test), một trắc nghiệm phóng chiếu khác, yêu cầu khách thể thuật một câu chuyện từ một bức hình mà họ được xem. Những câu chuyện mà khách thể kể thường có một nhân vật chính, khách thể thường đồng nhất hóa với nhân vật đó, quy cho nhân vật đó những ý tưởng, mong muốn thật ra là của chính mình. Ngoài ra, có thể những câu chuyện còn nhắc đến nhiều nhân vật khác có quan hệ với nhân vật chính, có thể coi là tượng trưng cho những con người thật trong gia đình và các mối quan hệ xã hội của khách thể.

c. Các thang lượng giá

Ngoài các trắc nghiệm tâm lý được thiết kế tương đối phức tạp, người làm trắc nghiệm còn có những dụng cụ nhanh gọn và dễ thực hiện hơn, đó là các thang lượng giá. Các thang này thường ít khi đánh giá tổng thể trí tuệ hay nhân cách của khách thể, mà giúp tìm hiểu kỹ hơn một vấn đề, một khía cạnh chuyên biệt nào đó, chẳng hạn như thang Trầm cảm Beck, thang Lo âu Hamilton... Mỗi thang thường gồm nhiều item/câu hỏi, có dạng thang cho phép khách thể tự trả lời, có dạng dành cho người khác trả lời (bác sĩ, nhà tâm lý, thầy cô giáo, bố mẹ...)



5.3. ĐÁNH GIÁ - THĂM KHÁM TÂM LÝ TRẺ SƠ SINH: GIỚI THIỆU THANG BRUNET-LÉZINE

5.3.1. Giới thiệu

Cho đến nay, Brunet-Lézine là công cụ phổ biến nhất mà các nhà chuyên môn Pháp dùng để đánh giá một cách tổng quát sự phát triển tâm vận động của trẻ nhỏ. Những chuẩn mực cơ bản của thang này được xây dựng bởi Odette Brunet và Irène Lézine vào năm 1951. Cần nhấn mạnh là thang này không đánh giá trí thông minh của trẻ mà nó đánh giá mức độ phát triển tâm vận động của trẻ sơ sinh và ghi nhận mức độ chênh lệch có thể có của một trẻ so với mức trung bình của đa số trẻ cùng tuổi.

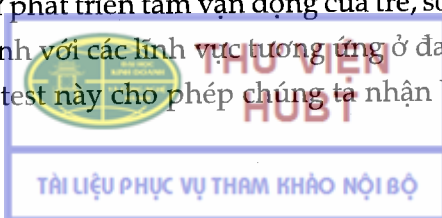
Thang gồm 150 mục (item), dành cho độ tuổi từ 2 đến 30 tháng. 150 item được phân bổ thành bốn lĩnh vực:

- P (postural): vận động hay tư thế, khảo sát những động tác của trẻ ở vị trí nằm ngửa, nằm sấp, ngồi và đứng.
- C (coordination oculomanuelle): phối hợp thị giác - vận động, khảo sát kỹ năng cầm nắm và thao tác của trẻ với đồ vật.
- L (langage): khảo sát khả năng hiểu và biểu đạt ngôn ngữ của trẻ.
- S (sociabilité): khảo sát mối quan hệ xã hội của trẻ, bao gồm việc ý thức về bản thân, mối quan hệ với người khác, phản ứng và sự thích nghi với những tình huống xã hội.

Thang Brunet-Lézine cho phép tính tuổi phát triển và chỉ số phát triển. Từng lĩnh vực phát triển trong số bốn lĩnh vực nêu trên đều có thể được khảo sát một cách độc lập. Vì thế, có hai loại chỉ số phát triển (QD - quotient de développement):

- **Chỉ số phát triển tổng quát** là tổng thể những gì đạt được của một trẻ so với nhóm trẻ cùng tuổi.
- **Chỉ số phát triển từng lĩnh vực** cho phép xem xét từng khía cạnh trong sự phát triển tâm vận động của trẻ, so sánh chúng với nhau và so sánh với các lĩnh vực tương ứng ở đa số trẻ cùng tuổi.

Như thế, test này cho phép chúng ta nhận biết từ rất sớm những



vấn đề về phát triển có thể xảy ra, những đặc điểm không thuận nhất trong hành vi của trẻ sơ sinh, để có thể can thiệp hoặc thực hiện giáo dục đặc biệt kịp thời. Nó cũng giúp cha mẹ hiểu rõ hơn những nhu cầu và những khó khăn của trẻ. Vì thế, nó rất thích hợp để sử dụng ở khoa Nhi, khoa Sơ sinh các bệnh viện.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng thang Brunet-Lézine không cho phép tiên đoán tương lai hay biết về trí thông minh sau này của trẻ. Nó chỉ cho phép nhà chuyên môn sàng lọc các vấn đề phát triển hiện tại của trẻ, từ đó xác định hoặc hủy bỏ các giả thuyết được đưa ra một cách thận trọng. Hơn nữa, một chỉ số phát triển không thể nào được cung cấp nếu không có sự diễn giải. Nhà tâm lý không nên bằng lòng với chỉ một lần khám và chỉ duy nhất một kết quả để quyết định tình trạng phát triển của trẻ. Rất nên bổ sung trắc nghiệm này bằng các trắc nghiệm, công cụ khác, hoặc bằng các buổi thăm khám thần kinh và/hoặc y khoa.

5.3.2. Các yếu tố cơ sở vật chất

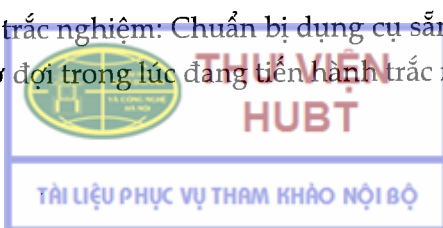
- Để trắc nghiệm được thực hiện, cần chuẩn bị một chiếc bàn để mẹ có thể ngồi trước bàn và giữ con trên đầu gối.

- Ngoài ra, cần có một tấm nệm dùng cho các bài tập tư thế, để trẻ có thể nằm khi cần thiết (đặc biệt là với những trẻ từ 2 đến 10 tháng tuổi).

- Mặt bằng nơi để các dụng cụ của trắc nghiệm phải trống và phải đưa từng dụng cụ dựa theo thứ tự định thực hiện.

- Đối với những bài tập thao tác, lý tưởng nhất là người làm trắc nghiệm đứng/ngồi ở phía trái trẻ, hơi lùi ra sau, bàn phải trống để không làm trẻ phân tâm, dụng cụ phải ở tầm tay người làm trắc nghiệm. Đầu tiên, các dụng cụ nên được đặt xuống giữa bàn, cách trẻ khoảng 50cm rồi đẩy tới tầm tay trẻ.

- Trước khi làm trắc nghiệm: Chuẩn bị dụng cụ sẵn sàng theo tuổi của trẻ để tránh chờ đợi trong lúc đang tiến hành trắc nghiệm.



5.3.3. Thời gian làm trắc nghiệm

Khả năng tập trung của trẻ nhỏ chỉ có thể duy trì được trong khoảng thời gian ngắn, vì thế cần phải giới hạn thời gian làm trắc nghiệm. Thông thường, đối với trẻ dưới 15 tháng, trắc nghiệm có thể kéo dài từ 25-35 phút. Đối với trẻ lớn hơn, trắc nghiệm có thể kéo dài tới 60 phút.

5.3.4. Quan sát trong khi thực hiện trắc nghiệm

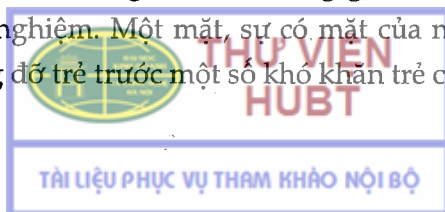
Trong quá trình thực hiện trắc nghiệm, nhà tâm lý vừa phải thích nghi với khả năng, nhịp độ và phản ứng của trẻ, vừa phải chú ý quan sát trẻ. Sự quan sát được bắt đầu ngay khi trẻ vào phòng và còn tiếp diễn trong suốt thời gian làm trắc nghiệm. Quan sát tập trung vào:

- Ghi nhận hành vi tự phát của trẻ.
- Ghi nhận mối quan hệ mẹ con (tương tác giữa trẻ và mẹ hoặc giữa trẻ và người đưa đến thăm khám).
- Ghi nhận cách trẻ ứng xử, phản ứng với người lạ.
- Ghi nhận hành vi của trẻ đối với đồ vật.
- Ghi nhận các thái độ, biểu cảm tự phát của trẻ.
- Sau cùng, phải đặc biệt chú ý đến tất cả những âm thanh được phát ra từ trẻ để ghi nhận và đối chiếu chúng với những câu trả lời của cha mẹ.

5.3.5. Các lưu ý khi thực hiện trắc nghiệm Brunet-Lézine

- Việc thực hiện các bài tập theo một thứ tự nhất định là rất khó đối với trẻ. Người làm trắc nghiệm phải linh hoạt, uyển chuyển và thích ứng với tính khí của trẻ, đặc biệt là tâm trạng và phản ứng của trẻ trong lúc làm trắc nghiệm.

- Nên để mẹ hoặc người thân trong gia đình hợp tác trong quá trình làm trắc nghiệm. Một mặt, sự có mặt của người thân khiến trẻ an tâm và nâng đỡ trẻ trước một số khó khăn trẻ có thể gặp. Mặt khác,



có những item/câu hỏi, phải nhờ vào những gì cha mẹ chứng kiến trẻ trong cuộc sống hàng ngày thì mới có câu trả lời.

- Chỉ nên thực hiện trắc nghiệm khi trẻ khỏe mạnh, dễ chịu, không đói và cũng không buồn ngủ.

- Người làm trắc nghiệm phải nắm chắc kỹ thuật trắc nghiệm và thích ứng nhanh với mỗi phản ứng của trẻ.

- Thái độ của cha mẹ trong lúc trắc nghiệm, khi đối diện với những thành công hoặc thất bại của trẻ, cho chúng ta hiểu thêm về mối quan hệ cha mẹ - con cái và đôi khi cho phép giải thích phản ứng của trẻ trong một vài tình huống.

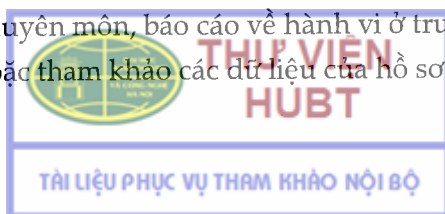
- Đừng quên là trắc nghiệm có thể được tiến hành trong nhiều buổi.

5.4. ĐÁNH GIÁ - THĂM KHÁM TÂM LÝ TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN

5.4.1. CARS - Công cụ đánh giá, chẩn đoán tự kỷ

CARS (Childhood Autism Rating Scale - Thang đánh giá tự kỷ trẻ em) là công cụ được chuẩn hóa và có thể coi là được sử dụng nhiều nhất trong quy trình đánh giá và chẩn đoán tự kỷ. Không những giúp đưa ra chẩn đoán, CARS còn có thể cho biết cường độ hay mức độ trầm trọng của rối nhiễu, nghĩa là nó giúp phân biệt được trẻ có dấu hiệu tự kỷ trung bình và trẻ tự kỷ nặng. Được sử dụng trên trẻ em từ 24 tháng tuổi, thời gian thực hiện trắc nghiệm kéo dài khoảng 50-60 phút.

Một cách ngắn gọn, có thể nói CARS là một công cụ đáng tin cậy, cho phép thay thế những nhận định lâm sàng chủ quan bằng những lượng giá khách quan dựa trên quan sát hành vi. Trắc nghiệm này được sử dụng bởi nhiều đối tượng chuyên môn khác nhau: bác sỹ, nhà tâm lý học đường, nhà giáo dục đặc biệt, nhà trị liệu... và những người được đào tạo chuyên biệt để thực hiện trắc nghiệm này. Quá trình đánh giá được thực hiện dựa vào nhiều nguồn khác nhau: làm trắc nghiệm với nhà chuyên môn, báo cáo về hành vi ở trường, trò chuyện với phụ huynh, hoặc tham khảo các dữ liệu của hồ sơ thân chủ. Trong



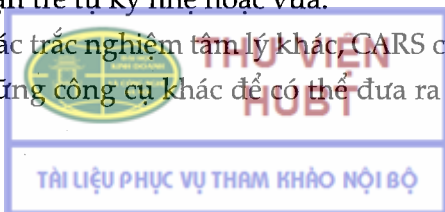
lúc làm trắc nghiệm, những điểm dù là nhỏ nhất liên quan đến hành vi của trẻ cần được quan sát và ghi chú lại để đôi khi làm căn cứ trả lời một số bài tập/câu hỏi.

Trắc nghiệm này bao quát 15 phạm trù khác nhau:

- Quan hệ xã hội
- Sự bất chước
- Những đáp ứng cảm xúc
- Sử dụng cơ thể
- Sử dụng đồ vật
- Thích nghi với sự thay đổi
- Đáp ứng thị giác (đáp ứng bằng mắt)
- Đáp ứng thính giác (đáp ứng với âm thanh)
- Vị giác - khứu giác - xúc giác (đáp ứng và phương thức khám phá)
- Sợ hãi - lo lắng
- Giao tiếp bằng ngôn ngữ
- Giao tiếp phi ngôn ngữ
- Mức độ của các hoạt động
- Mức độ tư duy, trí tuệ và tính thuần nhất của các hoạt động trí tuệ
- Ấn tượng chung

Ở mỗi phạm trù, nhà tâm lý đánh giá (cho điểm) trẻ dựa trên 4 mức độ: 1 tương ứng với không có khó khăn hay không có điều gì khác thường, 2 tương ứng với có bất thường mức độ nhẹ, 3 tương ứng với bất thường mức độ vừa và 4 tương ứng với bất thường mức độ nặng. Kết quả chung là tổng điểm của tất cả các phạm trù; như vậy, trẻ sẽ có tối thiểu 15 điểm và tối đa 60 điểm. Nếu trẻ đạt dưới 30 điểm, nhà chuyên môn không được phép đưa ra chẩn đoán tự kỷ. Ngược lại, điểm số từ 37 trở lên cho thấy tự kỷ mức độ nặng. Giữa 30 và 37 điểm cho phép kết luận trẻ tự kỷ nhẹ hoặc vừa.

Cũng như các trắc nghiệm tâm lý khác, CARS có thể được sử dụng cùng lúc với những công cụ khác để có thể đưa ra đánh giá chính xác



hơn về vấn đề của trẻ. Ngoài ra, thang đo này có thể được sử dụng nhiều lần khác để đánh giá tiến triển của trẻ.

5.4.2. Thang đánh giá trí tuệ trẻ em và vị thành niên NEMI-2

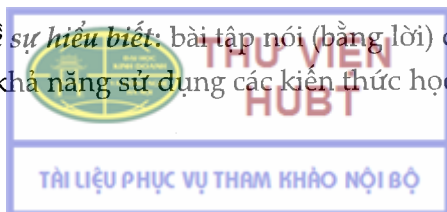
Được chỉnh sửa gần như toàn bộ từ NEMI - Phiên bản của Zazzo, NEMI-2 cho phép đánh giá một cách tinh tế sự phát triển tâm lý của trẻ em và vị thành niên, trong một khoảng thời gian làm trắc nghiệm không quá dài. Về mặt lý thuyết, trắc nghiệm dựa trên khái niệm về trí tuệ lỏng và trí tuệ kết tinh. Trí tuệ lỏng là khả năng giải quyết các vấn đề mới mà chủ thể chưa từng gặp bao giờ, nó cho thấy khả năng tư duy logic. Trí tuệ kết tinh là sự sắp xếp và vận dụng các hiểu biết mà thân chủ tích lũy được trong suốt cuộc đời.

Điểm mạnh của NEMI-2 là quá trình làm trắc nghiệm đơn giản và tốn ít thời gian. Nhà tâm lý cũng có thể linh hoạt trong việc đưa ra yêu cầu của các bài tập. Các bài tập của trắc nghiệm này được thiết kế để trẻ cảm thấy tự tin và được đồng hành trong suốt quá trình làm trắc nghiệm: Chẳng hạn với những nhiệm vụ đánh giá kỹ năng học tập, các chỉ dẫn liên tục được đưa ra trong khi trẻ thực hiện bài, cũng không có đồng hồ bấm giờ nên không gây căng thẳng cho trẻ. Một điểm mạnh khác của NEMI-2 là kết quả của trắc nghiệm có thể được giải thích cả ở góc độ định lượng lẫn định tính, điều này cho phép nhà tâm lý làm phong phú báo cáo cuối cùng bằng những quan sát, những kinh nghiệm và diễn giải có tính lâm sàng của mình. Những nghiên cứu để chuẩn hóa trắc nghiệm đã cho thấy trẻ thành công ở NEMI-2 thì cũng thường có kết quả học tập tốt ở bậc tiểu học và những năm đầu trung học cơ sở.

Thời gian làm trắc nghiệm kéo dài khoảng 30 phút, nhà tâm lý chỉ mất khoảng 10 phút để chấm trắc nghiệm.

Bốn nhóm **bài tập bắt buộc** để có thể tính chỉ số năng lực trí nhận thức gồm có:

- *Các bài tập về sự hiểu biết*: bài tập nói (bằng lời) để đánh giá khả năng học và khả năng sử dụng các kiến thức học được ở trường



cũng như kiến thức về cuộc sống đời thường (kiến thức văn hóa - xã hội).

Các item (câu hỏi) được sắp xếp thứ tự khó tăng dần. Chẳng hạn nếu với item đầu tiên, nhà tâm lý đưa tấm bìa số 1 và hỏi “Hãy nói cho cô/chú biết tên của các hình cháu nhìn thấy”, thì đến item thứ 28 (item áp chót), câu hỏi sẽ là “Lục địa bị phủ băng ở Nam cực có tên gọi là gì?”

- **Các bài tập so sánh:** bài tập nói (bằng lời) để đánh giá khả năng cấu thành các khái niệm ngôn ngữ.

Ví dụ để tìm hiểu khả năng so sánh phân biệt ở trẻ rất nhỏ, người ta đề nghị trẻ so sánh hai từ cụ thể để từ đó tìm ra điểm khác biệt có ý nghĩa: “Một cái mũ và một đôi giày thì khác nhau ở điểm nào? Điều gì khiến chúng không giống nhau?”

Ngược lại, chẳng hạn để tìm hiểu khả năng phát hiện sự giống nhau, người ta đề nghị trẻ tìm ra đặc tính hoặc tính chất chung của ba, rồi của hai từ: “Tình yêu và sự căm thù giống nhau ở điểm nào?”

- **Nhóm các bài tập loại suy (ma trận loại suy):** các bài tập ở nhóm này đòi hỏi trẻ thể hiện khả năng quy nạp/diễn dịch, các năng lực thị giác - không gian và trí nhớ hành động (mémoire de travail/working memory: loại trí nhớ cho phép lưu trữ tạm thời thông tin và cách xử lý thông tin đó). Điểm đặc biệt của nhóm bài tập này là nó cho phép không cần sử dụng ngôn ngữ, đó là nhóm bài tập phi ngôn ngữ duy nhất của NEMI-2.

Ví dụ những item đầu tiên của nhóm này đòi hỏi trẻ phải phát huy khả năng phân tích bằng mắt, item 10 và 12 vận dụng sự đối xứng theo chiều ngang và theo chiều thẳng đứng, item 28 kiểm tra khả năng sử dụng không gian.

- **Nhóm các bài tập từ vựng:** bài tập nói (dùng lời) để đánh giá hiểu biết từ vựng và sự cấu thành các khái niệm ngôn ngữ của trẻ.

Ngoài bốn nhóm bài tập bắt buộc nêu trên, NEMI-2 còn có ba nhóm **bài tập tùy chọn**, phụ thuộc vào nội dung cụ thể của yêu cầu thăm khám tâm lý. Ba nhóm bài tập tùy chọn đó là:

- Bài tập về sự thích nghi xã hội xã hội: bài tập nói (bằng lời) đánh giá sự

hiểu biết các quy ước và các luật lệ xã hội, khả năng hiểu các quy ước đó trong cuộc sống hàng ngày.

- Bài tập nhắc lại số: bài tập thủ trí nhớ, đánh giá trí nhớ ngắn hạn, khả năng chú ý, tập trung và trí nhớ hành động của trẻ.
- Bài tập về biểu tượng thị giác - không gian với trẻ dưới 9 tuổi: đánh giá khả năng tri giác, cấu thành các biểu tượng thị giác - không gian, khả năng phối hợp hình họa - tri giác (năng lực sắp xếp các chi tiết hoặc các hình khối đơn theo một thông tin mà mình tri giác được để từ đó tạo ra một bức vẽ hình họa phức tạp), sự hiểu biết các con số và khả năng tập trung.

Hoặc bài tập đếm khối lập phương đối với trẻ trên 9 tuổi: đánh giá các khả năng biểu tượng thị giác - không gian, trí nhớ hành động, hiểu biết các con số và sự tập trung.

Kết quả của trắc nghiệm nên được trình bày theo cách đơn giản để có thể thông báo dễ dàng tới ê-kíp đa ngành cũng như đến gia đình của trẻ. Các kết quả cần thông báo gồm có:

- Chỉ số năng lực nhận thức (tổng điểm của bốn nhóm bài tập bắt buộc) cần được thông báo tới ê-kíp hay gia đình kèm theo lời giải thích và nhận xét có tính định tính.
- Với mỗi nhóm bài tập, năng lực của trẻ được thể hiện thông qua điểm chuẩn và tuổi phát triển.

Như vậy, một cách tổng thể, có thể thấy NEMI-2 là một trắc nghiệm tương đối đơn giản và dễ thực hiện, cả trong quá trình làm trắc nghiệm lẫn trong việc giải thích kết quả trắc nghiệm. Trắc nghiệm này cũng là công cụ chẩn đoán đáng để tham khảo. Cùng với các thông tin có tính lâm sàng, nó giúp cho các nhà chuyên môn hiểu rõ vấn đề của trẻ hơn. Cần lưu ý rằng để làm trắc nghiệm này, trẻ phải có ngôn ngữ phát triển ở một mức nhất định.



5.4.3. Trắc nghiệm phóng chiếu Patte Noire (Chân đen)

a. Giới thiệu

Patte Noire (Chân đen) là trắc nghiệm phóng chiếu dành cho trẻ em, trắc nghiệm này sử dụng các công cụ được chuẩn hóa và lựa chọn trước, tuy nhiên trẻ có thể tự do trả lời. Trắc nghiệm thường được các nhà tâm lý sử dụng trong thăm khám, đánh giá tâm lý ở mọi môi trường làm việc (bệnh viện, trường học, v.v.).

Patte Noire cho phép tìm hiểu vấn đề liên quan đến sự phát triển tâm lý tình cảm của trẻ, để giải thích nó người ta thường áp dụng tiếp cận Phân tâm học. Nguyên tắc của trắc nghiệm là nhà tâm lý đề nghị trẻ kể một câu chuyện từ những chi tiết mà trẻ nhìn thấy trên hình vẽ.

Quá trình hình thành câu chuyện của trẻ em trải qua các giai đoạn khác nhau. Đầu tiên, trẻ tri giác được nội dung hiển thị của hình vẽ, tức là các chi tiết cụ thể mà trẻ nhìn thấy. Tiếp đó, nội dung ngầm ẩn của hình vẽ sẽ gợi mở ở trẻ những biểu tượng vô thức. Tùy theo cơ chế phòng vệ của trẻ mà trẻ có tỏ ra “chịu trách nhiệm” với những biểu tượng vô thức đó hay không. Như vậy, kể chuyện cũng chính là sáng tạo ra một “huyền tưởng được ý thức”, bởi có thể coi câu chuyện là sự thỏa hiệp của trẻ với hiện thực. Ở trẻ, do đó, có sự liên hệ giữa cái vô thức và cái ý thức, giữa nguyên tắc thỏa mãn và nguyên tắc thực tế.

Dựa vào những hình vẽ có tính vui chơi, trắc nghiệm này cho phép chúng ta khám phá các cơ chế phòng vệ của trẻ, nó còn là một trung gian giữa nhà tâm lý và trẻ, nhờ có các tấm hình mà trẻ bộc lộ bản thân dễ dàng hơn. Trắc nghiệm cũng cho phép tìm hiểu những xung đột liên cá nhân của trẻ.

Trắc nghiệm này đặc biệt ở chỗ luôn luôn có chừng ấy nhân vật trong tất cả các tấm hình, điều này khiến cho sự phóng chiếu được liên mạch. Mặt khác, việc thực hiện trắc nghiệm cũng độc đáo vì khác với các trắc nghiệm phóng chiếu khác, ở Patte Noire, trẻ được chọn kể các tấm hình mà chúng thích. Như vậy, sẽ không có một thứ tự nào được chuẩn bị trước.



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b. Giới thiệu các tấm hình

Tất cả các tấm hình đều có tên riêng, tuy nhiên cần lưu ý giấu trẻ các tên riêng này, để tránh ảnh hưởng đến câu chuyện của trẻ. Những tấm hình mô tả cuộc sống gia đình nhà heo, tất cả các nét vẽ đều trung tính nhất có thể.

Tên hình	Nội dung ngầm ẩn
Tấm hình giới thiệu	Tấm hình này cho phép nhà tâm lý cùng với trẻ xác định ai là ai, cũng như xác định các điểm mốc về thể hệ và giới tính
Cái máng	Sự khiêu khích, hung hăng khi nghĩ về hình ảnh hình ảnh cha mẹ
Nụ hôn	Tam giác oedipe (cha, mẹ và trẻ) 
Trận chiến	Cạnh tranh giữa anh chị em, sự hung hăng và cảm giác có tội (hai chú heo lớn biểu tượng cho cái siêu tôi của trẻ, vừa có vai trò bảo vệ vừa có vai trò ngăn cấm/cấm đoán)
Xe ba gác	- Nếu trẻ hiểu được rằng chú heo con (Chân đen) đang nằm mơ, ta có thể kết luận về khả năng trừu tượng hóa của trẻ - Bức hình thể hiện nỗi sợ hãi bị bỏ rơi và chia ly, xung đột trong quan hệ gia đình, chủ đề trừng phạt
Con dê	Người mẹ thay thế hoặc người mẹ nuôi vì chú dê trong hình cũng mang tông màu đen - trắng. Chú dê có cái nhìn bảo mẫu và bảo vệ đứa con. Bức hình này cũng có thể gợi đến nỗi sợ hãi bị bỏ rơi hoặc sợ hãi mất mẹ (mẹ qua đời)

Sự ra đi	- Tính tự lập (có thể ở một mình), độc lập - Nỗi sợ hãi chia ly 
Lưỡng lự	- Cảm giác phân vân vì cơ thể của Chân đen quay về phía mẹ nhưng đầu lại quay về phía cha. Có một xung đột giữa sự thoái lui (muốn bú mẹ) và sự trưởng thành (tự uống nước) - Sự cạnh tranh giữa anh chị em - Cảm giác bị loại trừ ra khỏi nhóm
Con ngổng	- Nỗi lo sợ bị thiến - Tự trừng phạt - Liên hệ có tính hung hăng, khiêu khích
Trò chơi bắn	- Sự khiêu khích khi nghĩ về hình ảnh cha mẹ
Màn đêm	- Liên hệ đến kịch cảnh nguyên thủy
Đàn lợn	- Sự sinh sôi - Cạnh tranh giữa anh chị em - Thay đổi vai trò thống trị: xuất hiện hình ảnh con người
Mơ về mẹ	- Trẻ cần phải tri giác được rằng Chân đen đang nằm mơ thì mới cho thấy trẻ có khả năng tư duy biểu tượng - Hình ảnh người mẹ - Đồng nhất hóa với phụ huynh cùng giới: sự lý tưởng của cái tôi
Mơ về bố	- Trẻ cần phải tri giác được rằng Chân đen đang nằm mơ thì mới cho thấy trẻ có khả năng tư duy biểu tượng - Hình ảnh người cha - Đồng nhất hóa với phụ huynh cùng giới: sự lý tưởng của cái tôi
Bú mẹ 1	- Mỗi liên hệ với hình ảnh người mẹ trong bối cảnh được tri giác



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bú mẹ 2	- Mối liên hệ với hình ảnh người mẹ trong bối cảnh tranh giành với anh chị em
Cái hồ	- Sự cô đơn, cảm giác bị loại bỏ, bị trừng phạt - Nỗi lo sợ chia ly trong hoàn cảnh hiểm nguy
Chiếc thang ngắn	Mối quan hệ nương tựa bố-con
Nàng tiên	Rất nhiều câu trả lời khác nhau liên quan tới vấn đề của trẻ

c. Cách thực hiện trắc nghiệm

Giới thiệu bức hình đầu tiên

“Cháu sẽ được xem các tấm hình nói về những cuộc phiêu lưu của chú heo con Patte Noire (Chân đen). Cháu nhìn này, Patte Noire (PN) đấy. Cháu nhìn thấy chữ gì đây không (đọc cho trẻ hoặc nhờ trẻ đọc)? Tại sao chúng ta lại gọi chú heo con này là Chân đen nhỉ? Những tấm hình về cuộc phiêu lưu của PN, chưa ai viết thành chuyện cả. Cô/chú sẽ nhờ cháu kể một câu chuyện mà tự cháu nghĩ ra từ tấm hình cháu thích. Nhưng trước tiên, cháu cho cô/chú biết PN là con gái hay con trai nhỉ, và bạn ấy bao nhiêu tuổi? Còn hai chú heo con màu trắng này thì sao? Chúng ta làm gì với các bạn ấy đây? Các bạn ấy là con trai hay con gái? Các bạn ấy bao nhiêu tuổi? Hai chú heo lớn này thì sao? Các chú heo lớn là ai thế?”

Chọn hình để kể thành chuyện

Người làm trắc nghiệm cầm cả tập hình, trừ tấm “nàng tiên” đưa cho trẻ và nói: “Đây là các tấm hình kể về cuộc phiêu lưu của PN. Cháu hãy xem hình và với mỗi tấm, cháu hãy kể một câu chuyện theo ý cháu. Cháu toàn quyền chọn những hình làm cháu thích nhất và chỉ kể chuyện về những tấm đó thôi. Bây giờ cháu hãy nhìn kỹ tất cả các tấm, đặt những tấm cháu không thích sang một bên và giữ lại những tấm cháu thích.”

Sau đó người làm trắc nghiệm cùng với trẻ phân chia tập hình



thành 2 tập nhỏ, 1 tập gồm những hình trẻ thích và 1 tập gồm những hình trẻ không thích.

Lưu ý là khi trẻ kể chuyện, cần phải ghi lại toàn bộ câu chuyện mà trẻ kể cũng như những biểu hiện cử chỉ của trẻ (hãy chuẩn bị công cụ ghi chép sẵn sàng từ trước).

Những tấm hình được chọn

Người làm trắc nghiệm cầm tập hình gồm những hình trẻ thích, hỏi trẻ xem trong số này trẻ thích tấm nào nhất và vì sao. Ở hình đó, hỏi trẻ xem trẻ muốn trở thành nhân vật nào. Làm tương tự với những hình còn lại, cho đến khi hết hình.

Những tấm hình không được chọn

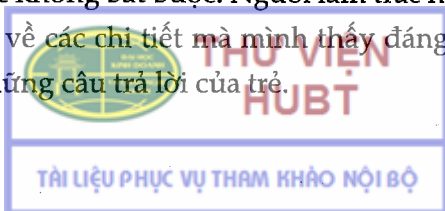
Trong tập hình không được chọn, hỏi trẻ tấm nào trẻ ít thích nhất và vì sao. Trẻ muốn trở thành ai trong hình đó. Làm tương tự cho đến khi hết hình.

Lưu ý về các trường hợp có thể xảy ra liên quan đến cơ chế phòng vệ của trẻ

- Trẻ kể tấm hình yêu thích và đồng nhất hóa với PN (nhân vật chính)
- Trẻ không thích tấm hình và không đồng nhất hóa với nhân vật chính
- Trẻ chọn một tấm hình yêu thích, sau đó xem lại hình và nhận ra một điều ngăn cấm nào đó nên lại xếp nó vào nhóm không được yêu thích, trẻ cũng không đồng nhất hóa với nhân vật chính
- Trẻ thích tấm hình nhưng không đồng nhất hóa với nhân vật chính

Các câu hỏi định hướng

Đây là bước không bắt buộc. Người làm trắc nghiệm có thể đặt bất cứ câu hỏi nào về các chi tiết mà mình thấy đáng chú ý trong những câu chuyện, những câu trả lời của trẻ.



Câu hỏi tổng kết

Người làm trắc nghiệm hỏi trẻ xem theo trẻ:

- Ai là nhân vật hạnh phúc nhất, tại sao?
- Ai là nhân vật bất hạnh nhất, tại sao?
- Ai là nhân vật tốt nhất, tại sao?
- Ai là nhân vật xấu nhất, tại sao?
- Trẻ thích nhân vật nào nhất, tại sao?
- PN rồi sẽ thế nào?
- PN nghĩ gì về cái chân đen của mình?

Về bức hình “nàng tiên”

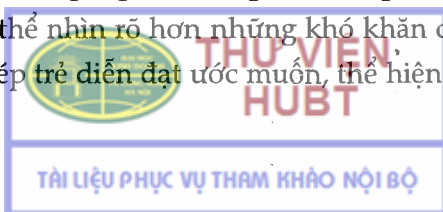
Người làm trắc nghiệm hỏi trẻ “PN gặp một nàng tiên, nàng tiên này cho bạn ấy ba điều ước. Theo cháu, PN sẽ ước những điều gì?”

5.4.4. Trắc nghiệm tâm lý SCENO-TEST

a. Giới thiệu

Sceno-test được một nhà tâm lý người Thụy Sĩ - Đức sáng tạo năm 1938 nhân dịp khám một trẻ 5 tuổi. Việc trẻ dùng các vật dụng trong phòng khám để dựng lại cảnh gia đình đã khiến cho nhà tâm lý nhận thấy cần phải tạo ra một công cụ mô phỏng lại các bối cảnh của cuộc sống thực. Sceno-test ra đời từ đó, dành cho trẻ từ 2,5-3 tuổi trở lên. Trắc nghiệm này giúp chúng ta phát hiện những xung đột, những ước muốn của trẻ thông qua quan sát những hoạt động có tính biểu tượng mà trẻ thực hiện ở các trò chơi. Những vật dụng nhỏ của trắc nghiệm gợi trí tưởng tượng nhưng cũng gợi một thế giới thật, điều quan trọng là biết được trẻ ý thức hay không ý thức được sự tưởng tượng của mình.

Bên cạnh mục tiêu chẩn đoán, test này cũng có thể tham gia vào công tác trị liệu vì nó cho phép làm sống lại những xung đột nội tâm của trẻ, từ đó trẻ có thể nhìn rõ hơn những khó khăn của mình. Một mặt, trò chơi cho phép trẻ diễn đạt ước muốn, thể hiện huyền tưởng,



xung năng. Mặt khác, nó cho trẻ cơ hội trải nghiệm để làm đầy vốn sống, cho trẻ không gian trung gian để thoát ra khỏi thế giới thực, tạo ra một khoảng cách giữa trẻ vào thế giới thực; nhờ trò chơi, trẻ nắm được một quyền nào đó trong không gian trung gian này của riêng trẻ, đồng thời tìm được cách giải tỏa những xung năng trong mình. Từ đó, trẻ học cách làm chủ sợ hãi, xung đột, học cách thiết lập những tiếp xúc xã hội, các luật lệ, các quy ước..., học cách tự khẳng định mình.

b. Dụng cụ của trải nghiệm và những ý nghĩa biểu tượng của chúng

Trải nghiệm gồm nhiều chi tiết khác nhau. Mỗi chi tiết/nhóm chi tiết phản ánh một nội dung biểu tượng riêng biệt.

- Những nhân vật người đại diện cho đối tượng có quyền hành động

- Những con thú dùng để làm cho cảnh vật thêm linh hoạt, bộc lộ khuynh hướng mong muốn hay sợ hãi

- Những nhân vật không sự sống/không có thực (người tuyết, thiên thần...) phản ánh điều huyền bí, mối quan hệ bị ruồng bỏ, người phù hộ, kết tội...

- Những yếu tố của thiên nhiên (cây cối, hoa lá, cảnh vật...) cho thấy sự tự do, tư duy thẩm mỹ, mong muốn trốn thoát và được che chở

- Những yếu tố trang trí nội thất có thể liên quan đến một khuynh hướng hành động (ghế dài đồng nghĩa với sự nghỉ ngơi, ghế bành làm tăng giá trị một người, bàn - mâm cơm khơi lại khung cảnh gia đình...)

- Các vật dụng theo chủ đề (ăn uống, đi vệ sinh...) liên quan đến mức độ trưởng thành hay thoái lui

- Các phương tiện di chuyển (ví dụ xe hơi đồng nghĩa với sức mạnh, tính sở hữu, tham vọng)

- Những yếu tố khác (ví dụ viên hồng ngọc lớn biểu tượng cho kho tàng cần bảo vệ, bảng đen liên hệ đến trường học...)

Cần lưu ý là tất cả những biểu tượng đi kèm nói trên chỉ có tính tương đối và thay đổi tùy theo văn hóa và tư duy tập thể cũng như tiểu sử riêng, hoàn cảnh sống riêng của trẻ.

c. Hướng dẫn trẻ làm trắc nghiệm

Với trẻ nhỏ, hãy nói “Cháu có thể lấy tất cả những gì cháu muốn trong hộp đồ chơi này rồi dựng một cảnh cháu thích ở đây (chỉ mặt bằng dựng cảnh). Sau đó hãy kể lại cho cô/chú nghe câu chuyện về cảnh con vừa dựng”.

Với trẻ lớn hơn, có thể nói “Cháu hãy tưởng tượng mình là đạo diễn sân khấu và mình cần dựng một vở kịch từ những vật dụng trong hộp này”.

Trắc nghiệm không có giới hạn thời gian, chỉ kết thúc khi trẻ muốn ngừng trắc nghiệm. Trắc nghiệm cũng không cho phép cha mẹ tham gia. Nhà tâm lý là người quan sát và giải thích khi trẻ cần. Sau khi trẻ dựng cảnh, kể chuyện, nhà tâm lý có thể đặt câu hỏi nhưng nên tránh những câu hỏi có tính áp đặt phóng chiếu (ví dụ “cháu thích trở thành nhân vật nào”, “ai là người dễ thương nhất”...).

d. Những điều cần ghi nhận và giải thích trong và sau quá trình làm trắc nghiệm

Sự thích nghi với hoàn cảnh

Để tìm hiểu điều này, nhà tâm lý cần trả lời được các câu hỏi:

- Trong việc tiếp xúc với các đồ vật của trắc nghiệm, trẻ tỏ ra tích cực hay ít tham gia? Trẻ tiến hành việc dựng cảnh một cách rụt rè, ức chế hay đầy sáng tạo, nhanh nhẹn?
- Trẻ có chống đối hay không tôn trọng hướng dẫn hay không? Thái độ của trẻ với các đồ vật như thế nào: chê bai, than phiền, yêu sách...
- Mức độ chú ý của trẻ như thế nào so với tuổi của trẻ? Trẻ có hiểu hướng dẫn không, có bị phân tán chú ý không?
- Cách trẻ nắm bắt trò chơi, tìm ra kế hoạch, khả năng tổ chức, lý luận, sáng tạo, tưởng tượng...
- Trẻ tham gia trò chơi bằng toàn bộ cơ thể hay chỉ vài bộ phận, trương lực cơ của trẻ thế nào, nhịp điệu cơ thể ra sao? Về vận động tinh, các cử chỉ của trẻ có khéo léo thành thạo không?



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Về ngôn ngữ, chất lượng và số lượng ngôn ngữ của trẻ thể hiện thế nào trong thời gian làm trắc nghiệm và trong các phản ứng trước nhà tâm lý?
- Trẻ tiếp xúc thế nào với người đưa đến thăm khám, có chấp nhận tách rời bố mẹ để làm trắc nghiệm không, trẻ ứng xử với bố mẹ thế nào? Các biểu hiện tình cảm, lo âu, lệ thuộc, quấy rầy... xuất hiện ở trẻ.
- Khi kết thúc chơi, trẻ có chấp nhận phá đồ cảnh đã dựng không? Thái độ của trẻ thế nào?

Hoạt động chơi

Sử dụng không gian

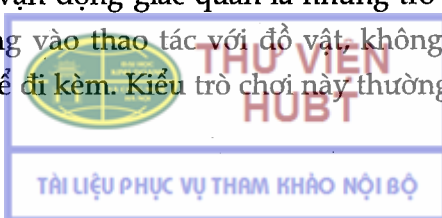
Một cách nói chung, trẻ cần chơi theo khuôn khổ của hướng dẫn. Sự không tôn trọng hướng dẫn của trắc nghiệm chứng tỏ một hành vi chống đối (âm thầm hay bộc lộ). Nếu không gian được trẻ sử dụng tốt, hài hòa và trẻ thoải mái, làm ra sản phẩm, sáng tạo, điều đó có nghĩa là trẻ có biểu hiện tốt, thích nghi tốt, thích biểu lộ tình cảm của mình. Nếu cảnh mà trẻ dựng và từ đó kể chuyện chỉ diễn ra trong một góc, đó là dấu hiệu lo hãi, ức chế, cần đơn độc, thu mình.

Cũng cần để ý đến chiều cao và chiều sâu của cảnh và của các đồ vật được dựng. Chiều cao quá đáng có thể chỉ sự tìm kiếm lý tưởng, mong muốn đạt đến sự hoàn hảo, tuyệt vời, một tham vọng lớn. Khi không có chiều sâu (ví dụ ngôi nhà chỉ có một mặt) thường điều đó chứng tỏ sự bấp bênh.

Cũng rất cần xem điều gì xảy ra ở những góc đối diện so với góc chính: có thể tìm thấy một vật biểu trưng cho sự bất hòa, thù hận, chứng minh sự căng thẳng nội tâm (ví dụ: một bên là trẻ, bên kia là con vật hung dữ).

Trò chơi vận động giác quan

Trò chơi vận động giác quan là những trò chơi mang tính khám phá, tập trung vào thao tác với đồ vật, không có nội dung hay câu chuyện cụ thể đi kèm. Kiểu trò chơi này thường diễn ra ở trẻ 0-2 tuổi.



Nếu ở trẻ lớn hơn ta vẫn quan sát thấy kiểu trò chơi này, có thể đặt giả thuyết về:

- Cơ chế thoái lui
- Sự ức chế (thích trò chơi của các em bé để tự trấn an, hay lo âu, ám sợ)
- Chống đối

Trò chơi biểu tượng

Theo Piaget, sự phát triển chức năng biểu tượng ở trẻ bắt đầu từ 2 và kéo dài đến 7 tuổi, nó liên quan đến sự hình thành ngôn ngữ. Những bước đầu của trò chơi biểu tượng dựa trên sự bắt chước. Ví dụ, trẻ gán cho các nhân vật trong trò chơi những thái độ, kỹ năng mà trẻ biết trong thế giới thật. Từ khả năng bắt chước này, trẻ chuyển qua trò chơi đóng vai (ví dụ đóng vai và làm mọi việc như mẹ). Khi trẻ chơi trò chơi biểu tượng, cảnh có thể là phương tiện bộc lộ ý muốn của trẻ hay sự xung đột trong cuộc sống thực (cạnh tranh anh em, bạo lực vợ chồng...).

Trò chơi theo luật

Là loại trò chơi thường xuất hiện trong khoảng 8 đến 12 tuổi. Ở giai đoạn này, tưởng tượng ít phổ biến hơn, cái siêu tôi được hình thành cùng với sự nội tâm hóa những luật lệ, những quy tắc xã hội. Vì thế, trẻ tham gia nhiều vào các trò chơi có tính xã hội hóa và tính tự lập. Như vậy, những xung năng được thể hiện một cách tinh tế hơn, đây là giai đoạn mà trẻ ít cho mình là trung tâm. Những cơ chế phòng vệ thường thấy là kiểm soát, né tránh.

e. Bảng hỗ trợ quan sát quá trình trẻ chơi

Nhân cách và đặc thù của chủ thể:

1) Quan sát hành vi so với môi trường xung quanh:

- a - Đối với người giám sát
- b - Đối với tình huống mới

2) Quan sát hành vi trong trò chơi:

- a - Thao tác vật dụng: sáng tạo / tư tin / ức chế...



- b - Sự dụng cảnh: Năng lực và thú vui trong trò chơi
 Nét độc đáo và phóng khoáng
 Tính tự lập và cảm xúc
 Màu sắc và sáng tạo
- c - Trí thông minh: so với tuổi của trẻ, vật dụng, khám phá những mặt kỹ thuật của vật dụng, biểu lộ, cử chỉ và xây dựng.
- d - Sự tỉnh táo / chú ý: bền chí và cảnh giác, duy trì cường độ và kiên trì
- e - Nhịp điệu riêng và những mặt khác của vận động cá nhân
- f - Thuận tay phải

Những vấn đề đặc biệt của chủ thể:

1) Quan sát những hành vi có ý thức của chủ thể đối với những tượng hình:

- a - Chọn tượng hình và vai
- b - Cách chủ thể sử dụng tượng hình trong cảnh

2) Quan sát những hành vi vô thức của chủ thể đối với những tượng hình:

- a - Trong việc xây dựng cảnh trí
- b - Trong việc thao tác những tượng hình
- c - Trong hành động của những tượng hình
- d - Trong sự tương tác giữa những tượng hình

3) Quan sát cách sử dụng phần còn lại của vật dụng:

- a - Để tả cảnh và những biến cố đang xảy ra
- b - Để nêu lên những đặc trưng của những tượng hình như là tượng trưng cho ai đó
- c - Để diễn tả khuynh hướng ý thức và vô thức trong khi xây dựng và trong quá trình làm

Lưu ý: Cần quan sát

- a - Những lời bình phẩm tự phát trong cảnh
- b - Những ý kiến diễn đạt sau trò chơi.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

f. Scéno-test và sự bất thường ở trẻ

Trẻ được coi là có dấu hiệu bất thường khi xảy ra các hiện tượng sau trong quá trình chơi trò chơi khi tham gia Scéno-test:

Trò chơi có nội dung duy nhất

Một đồ vật bị tách khỏi các đồ vật còn lại, nhận được sự ưu tiên hoàn toàn của trẻ. Nó xâm chiếm toàn bộ cảnh, trẻ hoàn toàn bị thu hút bởi đồ chơi này, đến nỗi không còn chú ý đến tình huống, đến phần còn lại của vật dụng, đến nhà tâm lý, v.v. Đồ vật này dường như ngấm ắm một xung đột nội tâm quan trọng nơi trẻ (ví dụ: nếu trẻ chỉ quan tâm đến nhà vệ sinh, chúng ta có thể nghĩ rằng vấn đề chính của trẻ liên quan đến hậu môn).

Khám phá đồ vật một cách bất thường

Cách trẻ khám phá và quan sát đồ vật có thể rất đặc biệt. Ví dụ, trẻ không quan tâm một chút nào, không để mắt nhìn tổng thể đồ vật, nhưng ngược lại lại kiểm tra, nhìn ngó tỉ mỉ, chăm chú vào các khớp bản lề hay các chi tiết rất nhỏ và phụ của đồ vật. Ngoài ra, trẻ đặt các đồ vật mà không hề chú ý đến bên cạnh có gì, cao hay thấp. Trẻ cũng có thể đột ngột thả rơi đồ vật. Đây là những biểu hiện thường thấy ở trẻ có dấu hiệu tự kỷ.

Sự quan tâm đặc biệt và có chọn lọc

Trẻ có thể coi là đang biểu hiện rối loạn khi bộc lộ một cách thái quá:

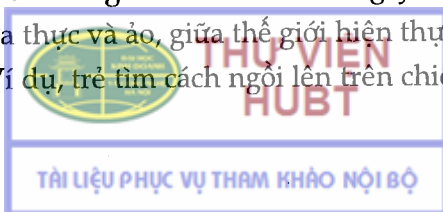
- Sự quan tâm về khứu giác: chẳng hạn hoạt động đánh hơi được coi là bất thường sau 4 tuổi.

- Sự quan tâm về xúc giác: tìm cách tiếp xúc thái quá với đồ vật (sờ bộ lông, chất liệu...).

- Sự quan tâm đến tính chuyển động hơn là chính vật đó (ví dụ sự chuyển động của xe hơn là chính chiếc xe, khớp ghế dài hơn là cách sử dụng của nó).

- Sự quan tâm về thính giác: trẻ chỉ tìm cách gây tiếng động.

- Sự lẫn lộn giữa thực và ảo, giữa thế giới hiện thực và thế giới giả bộ trong trò chơi. Ví dụ, trẻ tìm cách ngồi lên trên chiếc ghế bành (đồ



chơi) hay trực tiếp tác động lên con rối, trực tiếp cắn chân của nhân vật mẹ (đồ chơi) chứ không sử dụng những đồ vật như cá sấu, cáo hoặc chó, những đồ vật thường giữ vai trò trung gian để thể hiện tính hung dữ.

Trò chơi kích động và bạo lực

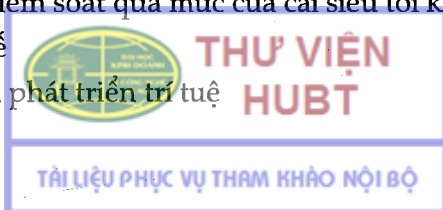
Đó thường là trò chơi mà trong đó trẻ lặp đi lặp lại các âm thanh ồn ào chỉ để thỏa mãn: đập mạnh, va chạm, ném... Có thể coi đó là sự giải tỏa căng thẳng đơn thuần, trẻ tìm cách “tiêu bớt” xung năng trong mình. Tuy nhiên, ở mức thái quá, ta có thể thấy trẻ chơi các trò có tính tàn phá cao độ, hủy diệt, tất cả thế giới trong trò chơi đều trở nên hỗn độn. Đó là khi ta cần đặt câu hỏi về sự bất thường trong đời sống tinh thần của trẻ. Tuy nhiên, cả cường độ lẫn tính bạo lực vẫn chưa đủ để đưa ra kết luận. Cần tham khảo thêm các nguồn cung cấp thông tin khác, kết quả của các thăm khám khác.

Trò chơi nghèo nàn

Trò chơi trở nên nghèo nàn khi trẻ lặp đi lặp lại và rập khuôn trong việc tưởng tượng ra trò chơi, chẳng hạn trẻ chỉ tập trung phân loại đồ vật theo kích thước, màu sắc, hình thể hoặc thể loại (con thú, con người hoặc những miếng gỗ), trẻ chỉ thực hiện những trò chơi thắng bằng không vũng... Ở những trẻ này, cảnh trí cũng hiển nhiên không phong phú, ví dụ tất cả các nhân vật lần lượt bị cá sấu cắn và bỏ vào miệng, hoặc cảnh mọi người xếp hàng theo thứ tự vào nhà vệ sinh. Ở trẻ không có trò chơi mang tính tượng trưng, không câu chuyện nào được sáng tác, mà chỉ có những thao tác mang tính kiên trì và ít thích nghi (khác với trò chơi khám phá đơn giản). Đó thường là những trò chơi yên lặng, không tiếng động (không có sự hớn hờ, không biểu hiện sự thích thú).

Những giả thuyết có thể cho trường hợp này là:

- Trẻ sợ hãi trước sức mạnh, sự trấn áp
- Cơ chế kiểm soát quá mức của cái siêu tôi khiến trẻ trở nên thoái lui và bị ức chế
- Trẻ chậm phát triển trí tuệ



Trẻ không chơi hoặc chơi quá nhiều

Trẻ không chơi là trường hợp rất đáng lo vì trò chơi vốn dĩ là hoạt động ưa thích và là hoạt động chính của mọi trẻ nhỏ, góp phần vào sự phát triển bình thường của trẻ. Sự thiếu vắng hoàn toàn hoạt động chơi và tưởng tượng luôn luôn là dấu hiệu của tiên lượng xấu. Nó có thể là dấu hiệu trầm cảm nặng hoặc tự kỷ.

Ngược lại, trẻ chơi quá nhiều cũng có thể là bệnh lý. Chơi thái quá có thể khiến ta nghĩ đến tình trạng kích động hưng cảm. Một số trẻ luôn làm hề; những vai diễn mà trẻ thực hiện cho phép trẻ giải khuây nhưng nó cũng khiến trẻ khép kín trong một "phòng kín" và không thể giao tiếp một cách thực thụ. Trò chơi đóng vai thường xuyên còn có thể khiến trẻ mắc tật nói dối. Những trẻ chơi thái quá có là những trẻ rất bất an, đang chống chọi với một nỗi sợ hãi nào đó (mất mát, chết chóc) bằng cách trốn chạy trong trò chơi. Trò chơi trở thành thành lũy của trẻ và không còn là dụng cụ trung gian để thăm khám hay trị liệu.

5.4.5. Các trắc nghiệm tranh vẽ

a. Trắc nghiệm hình vẽ người của Goodenough (*Test du Bonhomme*)

Gới thiệu

Trắc nghiệm hình vẽ người của Goodenough đặc biệt và khác các trắc nghiệm tranh vẽ khác ở chỗ nó đánh giá năng lực trí tuệ của trẻ. Nó cho phép tính tuổi trí tuệ và chỉ số thông minh dành cho trẻ từ 3-13 tuổi, có thể áp dụng cho cá nhân hoặc tập thể. Dụng cụ gồm giấy trắng, bút chì và một cục tẩy. Để trẻ làm trắc nghiệm, ta chỉ cần nói đơn giản "Trên tờ giấy này em/cháu hãy vẽ một hình người. Em/cháu hãy vẽ thật kỹ như cháu muốn, bao lâu cũng được". Trắc nghiệm không ấn định thời gian vẽ của trẻ, tuy nhiên nhà tâm lý cần ghi lại xem trẻ mất bao lâu để hoàn tất bức vẽ. Đồng thời, nhà tâm lý cần ghi lại tất cả những nhận xét trong khi quan sát (động tác, lời nói, thứ tự các nét vẽ...). Trẻ không được phép chỉnh sửa một khi đã vẽ xong, trẻ cũng không được phép vẽ lại.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trắc nghiệm này đánh giá chỉ số thông minh của trẻ dựa trên các mốc sau đây về tiến triển của hình vẽ người theo độ tuổi:

- Khoảng 1 tuổi: Nguệch ngoạc, khoanh tròn hoặc vẽ một hình chữ thập, xung quanh vòng tròn xuất hiện rải rác các mảnh (tay, chân, tóc...).
- Khoảng 2 - 3 tuổi: Hình người nòng nọc, hình vẽ chưa giống nhưng trẻ có thể chỉ rõ hình vẽ của mình. Lấn lộn đầu và thân hình người (lông thể hiện tay, tóc, chân,...).
- Khoảng 4 tuổi: Đạt được tính thẳng đứng. Thể hiện các ngón tay (ngón, da nối giữa các ngón)
- Khoảng 4/5 tuổi: Sự khác biệt giữa đầu và thân mình
- Khoảng 5 tuổi: Hình người loại hai chiều (đầu, thân, tứ chi), tính thẳng đứng. Khởi đầu sự khác biệt giữa hình người nữ hoặc nam nhờ vào quần áo.
- Khoảng 6 tuổi: Khởi đầu của năng động (nhất là tay và chân). Hình người mỉm cười. Một nghiên cứu của Thomazi cho thấy thiếu tay ở tuổi này là bệnh lý.
- Khoảng 7 tuổi: Tiến bộ thật nhanh. Xuất hiện những nét nhìn nghiêng đầu tiên (trước tiên mặt, kế tiếp thân và cuối cùng bàn chân). Đối với trẻ nét nhìn nghiêng là dấu hiệu của vận động, một sự phát triển tốt và một sự giao tiếp có chất lượng. Thể hiện tứ chi. Trang phục đa dạng. Từ từ bỏ đi sự trong suốt.
- Khoảng 8 tuổi: Xuất hiện các khớp (cổ, vai, hông). Sự vận động được triển khai. 3/4 trẻ đạt được sự hoàn chỉnh đối xứng cơ thể.
- Khoảng 9 tuổi: 3/4 trẻ có thể nhận ra hình người một cách chắc chắn.
- Khoảng 10 tuổi: Hình người càng lúc càng giống thực tế. 3/4 trẻ đạt được đối xứng khuôn mặt.
- Khoảng 11 tuổi: 3/4 hình người năng động.
- Khoảng 12 tuổi: Phối cảnh. Trình độ thể hiện hình người rất giỏi.

So sánh hình vẽ người của trẻ em Việt Nam và trẻ em Pháp

Khi so sánh kết quả hình vẽ người của trẻ em Việt Nam và trẻ em Pháp, chúng ta nhận thấy một số điểm khác biệt thú vị:

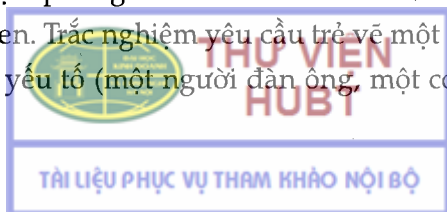
- Vị trí hình vẽ người trên tờ giấy của trẻ Việt thường cao hơn trẻ Pháp, nhất là ở trẻ nữ.
- Trẻ Việt quan tâm nhiều hơn đến khuôn mặt (hình dáng khuôn mặt, chi tiết đôi mắt...)
- Trẻ Việt ít khi vẽ người cùng giới tính với mình. Trẻ nam dễ xác định giới tính của hình vẽ hơn trẻ nữ.
- Trẻ Việt thường vẽ các khuôn mặt mỉm cười (giả thuyết về tính hung hăng bị ức chế ở trẻ em Việt Nam).
- Ở trẻ em Việt Nam từ 4-11 tuổi, thời gian vẽ dài hơn, số hình người nhiều hơn (thể hiện tư duy nhóm, tư duy cộng đồng), vóc dáng hình người thường thấp bé (thể hiện tính cách hướng nội).
- Trẻ em Việt Nam vượt qua hiện tượng trong suốt của hình vẽ tốt hơn trẻ em Pháp.
- Trẻ em Việt Nam cũng thường vẽ phong cảnh thiên nhiên làm nền hơn trẻ em Pháp.
- Các hành vi của người trong hình vẽ của trẻ em Việt Nam thường yên tĩnh hơn (ít gây tiếng ồn, ít khuấy động, ít lời bình...)

Nhìn chung, hình vẽ người Goodenough ở trẻ em Việt Nam thể hiện áp lực xung quanh vấn đề học đường. Ngoài ra, thông qua các hình vẽ người, ta thấy trẻ Việt Nam có khả năng trí tuệ đáng kể và thể hiện sự tập nhiễm các giá trị xã hội nhất định (ngghiêm khắc, kiên nhẫn, chính xác, kiên trì). Trẻ em Việt Nam cũng bỏ nhiều thời gian hơn để vẽ, tỏ ra chăm chỉ hơn trong quá trình vẽ.

b. Trắc nghiệm tranh vẽ 10 yếu tố của Le Men (D10)

Giới thiệu

D10 là trắc nghiệm phóng chiếu tranh vẽ dành cho trẻ từ 7 tuổi trở lên của tác giả Le Men. Trắc nghiệm yêu cầu trẻ vẽ một phong cảnh có sự xuất hiện của 10 yếu tố (một người đàn ông, một con đường, một



người phụ nữ, những ngọn núi, một cậu bé trai, một ngôi nhà, một cô bé gái, một dòng sông, một con vật, một chiếc xe hơi). Dụng cụ của trắc nghiệm gồm có một tờ giấy trắng khổ 21 x 29,7 in hướng dẫn cơ bản, một bút chì đen, *không có thước kẻ và tẩy*. Trắc nghiệm không giới hạn thời gian. Sau khi trẻ vẽ xong, người làm trắc nghiệm yêu cầu trẻ nói ra những gì không rõ trên hình vẽ, xác định rõ các nhân vật (người đàn ông, người đàn bà, bé trai, bé gái) và quan trọng nhất là dành thời gian cho trẻ nói về hình vẽ của trẻ (những nhân vật làm gì, có biết nhau không), cho trẻ kể chuyện từ hình trẻ vẽ.

Các câu hỏi có thể sử dụng sau khi trẻ vẽ xong

- Những nhân vật mà em vẽ có biết nhau không?
- Nếu có, tại sao họ biết nhau? Họ biết nhau như thế nào? Dưới mỗi nhân vật của hình vẽ, hãy ghi một con số (đừng quên con vật) và sau đó điền vào bảng sau:

	Nhân vật ấy là ai?	Nhân vật ấy bao nhiêu tuổi trong câu chuyện của em?	Nhân vật ấy làm gì?
Nhân vật số 1			
Nhân vật số 2			
Nhân vật số 3			
Nhân vật số 4			
Nhân vật số 5			
Nhân vật số 6			

- Ai là người hạnh phúc nhất trong câu chuyện này? Tại sao?
- Ai là người kém hạnh phúc nhất trong câu chuyện này? Tại sao?
- Nếu người ta diễn kịch hoặc đóng phim thì em thích đóng vai nhân vật nào? Nhân vật nào em không thích đóng vai?
- Nếu bây giờ em vẽ lại, em sẽ thay đổi điều gì?

c. Hình vẽ gia đình

Giới thiệu

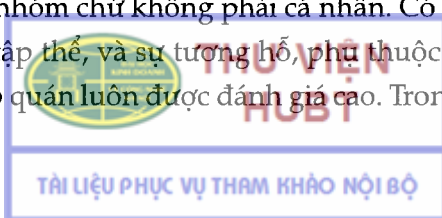
Hình vẽ gia đình ở trẻ thường thể hiện hình ảnh cha mẹ, hình ảnh bản thân trẻ trong gia đình, các vấn đề và các mối quan hệ trong gia đình cũng như môi trường kinh tế, văn hóa xã hội và kinh tế của gia đình.

Khi trẻ vẽ, nhà tâm lý cần quan sát các phản ứng cảm xúc của trẻ. Riêng đối với hình vẽ của trẻ, cần quan sát thứ tự vẽ các nhân vật, quan sát xem trẻ có vẽ đi vẽ lại chi tiết nào không, xem trẻ có chăm sóc đặc biệt cho hình vẽ của một nhân vật nào đó không, trẻ trang trí tranh vẽ như thế nào. Cũng như bất cứ trắc nghiệm tranh vẽ nào, sau khi trẻ vẽ xong, nhà tâm lý cần trò chuyện với trẻ, đề nghị trẻ giới thiệu về gia đình thông qua hình trẻ vừa vẽ (Con có thể kể cho cô nghe về gia đình tưởng tượng này không? Con giới thiệu các nhân vật của con được không, họ làm gì, ở đâu? Trong gia đình này ai là người dễ thương nhất, ai hạnh phúc nhất, ai ít hạnh phúc nhất? Vì sao?). Nhà tâm lý cũng cần tìm hiểu vai trò của các nhân vật trong gia đình và sự đồng nhất hóa ở trẻ (Trong gia đình này cha yêu ai nhất? Mẹ yêu ai nhất? Đứa trẻ này thích ai nhất? Còn con, con thích nhân vật nào nhất, vì sao?...).

Các dấu hiệu bất thường trong hình vẽ gia đình gồm có: sự thể hiện các nhân vật không năng động, các nhân vật rập khuôn, sự mất cân đối giữa các chi tiết và các nhân vật lẻ loi.

Hình vẽ gia đình ở trẻ em Việt Nam

Hình vẽ gia đình của trẻ Việt Nam gợi lên rất rõ ý niệm nhóm, các nhân vật thường được vẽ trong khi đang tương tác: họ quay mặt lại với nhau hoặc đang thực hiện một hoạt động chung. Người ta thấy yếu tố cộng đồng hiện diện nhiều trong tranh vẽ của trẻ em Việt, đơn vị được vẽ thường là nhóm chứ không phải cá nhân. Có thể nói cái tôi của trẻ Việt là cái tôi tập thể, và sự tương hỗ, phụ thuộc nhau và phù hợp với phong tục tập quán luôn được đánh giá cao. Trong nghiên cứu



hình vẽ người ở trẻ em Việt Nam, các nhà khoa học nhận thấy trẻ Việt thường vẽ nhiều hình người thay vì một như được yêu cầu. Nếu điều này thường được xem như là bất thường trong xã hội phương Tây, nơi đề cao cá nhân, thì ở trẻ Việt Nam lại là dấu hiệu về bản ngã của nhóm. Cá nhân có nhu cầu cảm nhận sự hiện diện của nhóm và có thể cảm thấy mình yếu đuối nếu chỉ đứng một mình.

Thử so sánh với tranh vẽ gia đình cả trẻ Pháp, các nhân vật được xếp thành “hàng củ hành” trên một đường thẳng trong tư thế hơi cứng đờ. Người này đứng cạnh người kia, hình như không tham gia vào hoạt động chung. Mỗi thành viên trong hình như cấu thành một đơn vị tự lập và riêng biệt trước khi tạo thành nhóm. Cái tôi của trẻ Pháp dường như đơn lẻ và độc lập hơn. Cũng trên tranh của trẻ em Pháp, người ta thấy phần đông nhân vật được xếp cùng một hàng, được đặt “cùng một bậc và bằng nhau”. Có phải đó là cách để trẻ nói rằng mỗi người trong gia đình đều có trọng lượng và vị trí ngang nhau? Trong khi đó, sự phân bố nhân vật trên bình diện không gian khác nhau trong hình vẽ của trẻ Việt Nam làm nổi bật tính năng động của mối quan hệ thứ bậc giữa những thế hệ trong gia đình. Cách sử dụng không gian cũng là cách diễn đạt sự tôn trọng thứ bậc và sự phục tùng khi trẻ em được vẽ thấp hơn cha mẹ hoặc người cha thường có cử chỉ biểu tượng mạnh như thống trị, để tay lên đầu trẻ. Ngược lại, khi trẻ vẽ mình ở phía trên cha mẹ, đó có thể là biểu hiện của mong muốn vô thức được “vượt qua” người lớn.

d. Tính phóng chiếu trong phân tích tranh vẽ trẻ em

Đối với trẻ, vẽ hình là một cách trò chuyện, đa số trẻ thích vẽ. Nhờ có hình vẽ, nhà tâm lý có thể hiểu sự trưởng thành về trí tuệ của trẻ. Quan trọng hơn, các yếu tố phóng chiếu trong hình vẽ cho phép nhà tâm lý tìm hiểu về nhân cách và thế giới nội tâm của trẻ. Thật ra, khi nói về sự phóng chiếu trong hình vẽ, không dễ dàng phân biệt được trẻ thấy bản thân mình trong hình vẽ, trẻ thấy hình ảnh mà mình muốn trở thành trong hình vẽ hay trẻ cho rằng hình vẽ là cách người khác

nghĩ về trẻ. Chỉ quan sát và trò chuyện sau khi vẽ mới giúp nhà tâm lý phân biệt được ba trạng thái này.

Hình vẽ trước hết là sự phóng chiếu của hình ảnh bản thân, một hình ảnh vô thức gồm hai yếu tố: sơ đồ cơ thể và hình ảnh vô thức về cơ thể. Các yếu tố phóng chiếu khác mà nhà tâm lý cần lưu ý gồm có:

- Việc sử dụng màu: Màu sắc là cách biểu hiện xung năng, màu càng lạnh thì xung năng càng bị kìm chế, các màu sắc sỡ là các xung năng mạnh mẽ. Không có màu làm ta liên tưởng đến sự tránh né tình cảm.

- Sử dụng không gian: ví dụ những nội dung được vẽ bên trái thường có ý nghĩa quá khứ, bên phải biểu hiện tương lai, v.v.

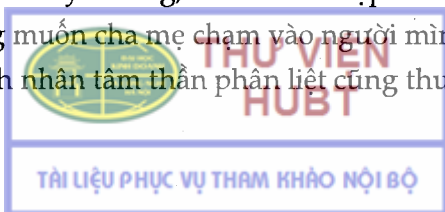
- Sử dụng các hình, nét vẽ: ví dụ nét vẽ đề mạnh cho thấy trẻ đang căng thẳng, đề nhẹ cho thấy sự thiếu tự tin, nét vẽ đi lên cho thấy xung năng sống, nét vẽ đi xuống cho thấy trẻ có khả năng bị trầm cảm, v.v.

- Những yếu tố được trẻ bộc lộ đặc biệt thông qua hình vẽ: ví dụ nhân vật được trẻ vẽ bao nhiêu tuổi, giới tính nào, có biểu hiện giận dữ hay không, có vũ khí gì không, hoặc đôi khi bông hoa là biểu hiện tình dục, trẻ kín đáo không vẽ bộ phận sinh dục nên vẽ gián tiếp qua biểu tượng bông hoa, v.v.

e. Tranh vẽ và các yếu tố tâm bệnh học

Hình vẽ của trẻ em cũng có thể giúp phát hiện một số yếu tố bất thường và bệnh lý. Chẳng hạn, các dấu hiệu trong hình vẽ cho thấy trẻ có bị lạm dụng: hình vẽ trống, chi tiết tính dục ko được miêu tả rõ ràng, thường biểu hiện gián tiếp (ví dụ như dương vật thường được biểu hiện thông qua hình vẽ tròn quanh bụng hoặc một chi tiết liên quan đến mắt...). Nhiều tác giả nghiên cứu về lạm dụng tình dục cho biết hình của người lạm dụng và bị lạm dụng khá giống nhau. Do đó, bên cạnh tranh vẽ thì yếu tố quyết định là hành vi của trẻ, cha mẹ thấy trẻ có vẻ đau khổ, cảm thấy lo lắng; khi trẻ kém tập trung học, không muốn tắm rửa, không muốn cha mẹ chạm vào người mình...

Tranh vẽ của bệnh nhân tâm thần phân liệt cũng thường có nhiều



chi tiết đặc biệt: hình lặp đi lặp lại, xoay đủ hướng, tỷ lệ kỳ lạ, miệng kỳ dị, có lỗ trên người, đầu thủng; “người có cánh”, các vết đâm thủng trên tường, vẽ hình người máy, robot... Những chi tiết này thường là biểu hiện của sự sợ hãi cao độ hoặc nỗi đau khổ tinh thần lớn.

5.5. ĐÁNH GIÁ-THĂM KHÁM TÂM LÝ NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

5.5.1. Hỏi chuyện lâm sàng

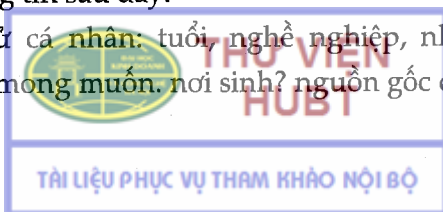
Giới thiệu

Hỏi chuyện lâm sàng thường được sử dụng chung cho bác sỹ tâm thần, nhà tâm lý và các bác sỹ được đào tạo về tâm lý. Cuộc hỏi chuyện diễn ra trước khi khám y khoa nhằm chuẩn bị, hoặc nhằm bổ sung sau khi khám, hoặc thuần túy hỏi chuyện lâm sàng mà không khám y khoa (ví dụ: phòng khám riêng của nhà tâm lý). Như vậy, không thể xem hỏi chuyện lâm sàng là khám y khoa. Trong hỏi chuyện lâm sàng, bệnh nhân không bị giới hạn trong vai trò thụ động như trong một cuộc thăm vấn thông thường hoặc trong một buổi khám bệnh, ở đó cách thức hỏi chuyện thường làm bệnh nhân có cảm giác như bị công an hỏi cung. Đối với nhà tâm lý, thân chủ là một chủ thể linh hoạt với cách giao tiếp riêng tư của họ, do đó “săn đuổi thông tin” là một hình thức nên tránh.

Khi hỏi chuyện lâm sàng tâm lý học, cuộc hỏi chuyện chủ yếu tập trung vào lắng nghe, trong đó thân chủ phải cảm thấy thoải mái tối đa về mặt vật chất (thời gian, nơi chốn) cũng như tình cảm (được lắng nghe, được thấu cảm, cảm thấy nhà tâm lý hiện diện và sẵn lòng dành thời gian cho mình). Thân chủ được tự do diễn tả như mong muốn, nhất là có thể thoải mái với các cơ chế phòng vệ tâm lý của mình (ví dụ thoải mái với những khoảnh khắc im lặng).

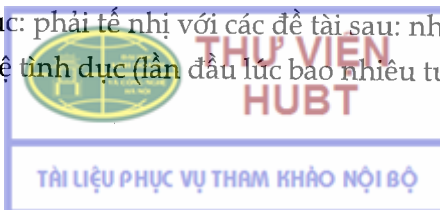
Trong các cuộc hỏi chuyện lâm sàng đầu tiên, nhà tâm lý nên thu thập các thông tin sau đây:

- Bệnh sử cá nhân: tuổi, nghề nghiệp, những khó khăn hoặc những mong muốn, nơi sinh? nguồn gốc cha mẹ? nơi sinh sống



thường xuyên? đời sống tuổi thơ? tuổi vị thành niên? con đường học vấn? những khó khăn?

- Về cha mẹ thân chủ: còn sống hay đã qua đời? hiện diện hoặc vắng mặt tại gia đình? nghề nghiệp? tuổi tác? sức khỏe? tính tình? họ hòa thuận như thế nào? cách quan hệ trong quá khứ và hiện tại của thân chủ với cha mẹ? thân chủ nghĩ mình giống ai hơn?
- Anh chị em: có bao nhiêu anh chị em? còn sống? qua đời? (vì sao, ở tuổi nào)? vị trí của chủ thể? giới tính, tuổi tác, nghề nghiệp, sức khỏe? đã kết hôn hay chưa? với ai? cuộc sống hôn nhân có hạnh phúc không? có con chưa? các mối quan hệ trong quá khứ và hiện tại với anh chị em?
- Chồng hoặc vợ hiện tại: tuổi tác, nghề nghiệp, sức khỏe, tính tình? ngày kết hôn? thời gian và điều kiện của đính hôn? họ quen biết nhau như thế nào? lúc mới kết hôn họ hòa thuận với nhau như thế nào? kể đó ra sao? ai đã quyết định kết hôn (một trong hai người phối ngẫu, cha mẹ, liên hệ đến đứa con sắp ra đời...)?
- Các nỗi lo lắng (sự kiện đáng tiếc, rắc rối) của vợ chồng (lo lắng thể chất: bệnh tật, lo lắng xã hội: thất nghiệp hoặc lo lắng tình cảm: quan hệ tình cảm ngoài vợ chồng)? một trong hai vợ chồng đã trải nghiệm như thế nào?...
- Con cái: bao nhiêu con, tuổi, giới tính, sức khỏe, học vấn hoặc nghề nghiệp? có phải là con mong muốn hay không? các vấn đề quan hệ với chúng và giữa chúng? việc chăm sóc như thế nào (ví dụ chúng tự lo, cha mẹ quyết định tất cả hoặc chính chúng tự quyết định)?...
- Sức khỏe hiện tại của thân chủ: trọng lượng có cân đối với chiều cao? đáng vẻ? các bệnh đã qua, các tai nạn xảy ra hoặc đã từng chịu phẫu thuật? Hiện tại, các rối loạn tiêu hóa, giấc ngủ, chán ăn? sử dụng thuốc lá, rượu, cà phê...
- Đời sống tình dục: phải tế nhị với các đề tài sau: những hấp dẫn tình dục, quan hệ tình dục (lần đầu lúc bao nhiêu tuổi? được trải



nghiệm như thế nào? từ đó, các sự việc xảy ra như thế nào), các mối liên hệ có thể xảy ra (với lý do nào? ví dụ để trốn cô đơn, để lấp vào khoảng trống tình cảm...)?

- Giấc mơ: không phải để diễn giải giấc mơ, nhưng cũng phải biết giấc ngủ và giấc mơ của thân chủ ra sao? thân chủ có nhớ đến các giấc mơ không? đến loại giấc mơ nào (ác mộng...)? giấc mơ nào thường trở về trong đêm? lúc trước? hiện tại?
- Những quan hệ xã hội: trong tương lai chủ thể muốn hoặc mong muốn làm nghề gì? quan hệ với cấp trên, với đồng nghiệp? thân chủ có bạn thật sự không hoặc chỉ bạn thường, ít hoặc nhiều, quá khứ, hiện tại? những sở thích và hoạt động giải trí được ưa chuộng (thể thao, hoạt động nghệ thuật)?

Nhà tâm lý lâm sàng có thể kết thúc trò chuyện bằng cách hỏi thân chủ: thân chủ thích nói gì nhất? thân chủ chờ đợi gì ở cuộc trò chuyện này? theo ý của thân chủ, điều gì không được hài lòng?

Hỏi chuyện lâm sàng cũng không phải là trị liệu tâm lý mà thường là buổi gặp mở đầu cho thân chủ cũng như cho nhà tâm lý, để từ đó đánh giá vấn đề và lựa chọn giải pháp can thiệp.

Minh họa lâm sàng: Bản mô tả vắn tắt sau buổi hỏi chuyện lâm sàng

Bà D.T. Ngọc, 44 tuổi, buôn bán nước mía ở TP HCM, đến khám ngày 29/12/2008 vì lo lắng cho con gái có những hành vi bất thường. Bà là con thứ nhất trong một gia đình có sáu người con. Bố, người gốc Nam Định, là bác sỹ theo bộ đội đi vào Nam. Mẹ làm ruộng vất vả. Từ 9 tuổi, bà phụ mẹ làm ruộng và bắt cua còng để phụ nuôi các em. Học văn hóa đến lớp 7/12. Lúc 12 tuổi, từ Nam Định, bà lên Hà Nội để giữ con của cậu khi cậu mợ ly dị nhau. Lúc 18 tuổi, bà theo một người dì vào Nam sau khi bố chết vì uống nhầm thuốc điều trị đau cột sống. Tại TP HCM, bà làm việc ở nhà máy thủy điện Trị An trong ba năm, sau đó là công nhân viên Sở Quốc phòng. Bà lấy chồng (cùng làm việc ở nhà máy thủy điện Trị An) lúc bà được 29 tuổi. Chồng là con trai út trong một gia đình có năm anh chị em (hai anh, một chị, một em gái

út bị bệnh tâm thần). Gia đình chồng khá giả, nhưng chồng không phải là người lao động chính. Gia đình chồng thuộc miền Trung (Hà Tĩnh), trong khi gia đình bà thuộc miền Bắc (Nam Định) nên khó hòa hợp nhau. Chồng nghe lời mẹ chồng hơn vợ, nên bà cảm thấy rất căng thẳng. Hiện nay, bà đang sống với cha mẹ chồng, chồng và ba con. Trong gia đình chồng, có một người bị bệnh tâm thần và một người đi xem xử bắn rồi về chết. Sau khi sinh con đầu lòng được ba tháng, bà giao con cho ông bà nội nuôi và trực đêm hai lần/tuần.

Trong cuộc trò chuyện lần đầu, bà cho biết cảm thấy căng thẳng vì người con gái đầu lòng 16 tuổi chống đối bà. Vào lớp 7, trẻ mê chơi điện tử đến quên ăn ngủ, bà khóa máy và còn phá cho hư máy. Mỗi năm con đòi mua xe đạp mới và điện thoại di động. Con muốn tổ chức sinh nhật nhưng không báo cho cha mẹ biết và tự động mời bạn tới nhà làm cho bà ngạc nhiên, khó chịu và đành mua thức ăn để tổ chức sinh nhật. Bây giờ trẻ đã bỏ học từ hai tuần nay và bỏ nhà đi nguyên tuần theo một chàng trai học lớp 12. Khi trở về nhà, trẻ không nói chuyện với ai, tự đâm tay vào tử cho chảy máu. Chồng của bà là một người ít nói và trút cơn giận lên con bằng cách đánh con. Bà buồn vì con không thực sự có mối quan hệ với bà, con quan tâm đến thú vật nhiều hơn bà và khóc khi chó chết. Nỗi lo lớn nhất hiện nay của bà là làm sao trao đổi được với đứa con gái ở tuổi vị thành niên. Bà có vẻ mệt mỏi, căng thẳng vì con. Bà khó ngủ trong đêm, cứ trằn trọc lo lắng cho con khi con bỏ nhà đi theo bạn trai. Bà cũng có những cơn đau đầu, nhưng bác sỹ không tìm ra được nguyên nhân. Cơn đau đầu có giảm khi bà dùng thuốc giảm đau, nhưng vài giờ sau thì tiếp tục đau lại.

5.5.2. Trắc nghiệm sơ đồ tư duy Young

a. Lý thuyết của Young về sơ đồ tư duy

Sơ đồ tư duy, theo Young, là những niềm tin (kiến thức) cơ bản giúp con người hiểu bản thân, thế giới và người khác. Những niềm tin này được xây dựng từ các trải nghiệm mà cá nhân có được trong cuộc



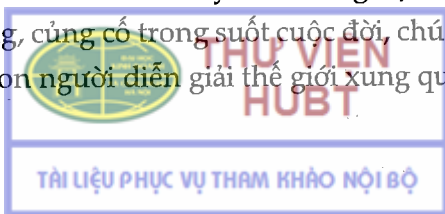
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sống, trong đó những trải nghiệm từ thời thơ ấu có vai trò đặc biệt quan trọng. Người có rối nhiễu tâm lý hoặc rối loạn nhân cách thường có những niềm tin cực đoan, tiêu cực, cứng nhắc và khái quát hóa. Tại một thời điểm cụ thể, tùy vào hoàn cảnh và sự kiện, một mẫu niềm tin có thể nằm yên, được kích hoạt hay nửa nằm yên nửa kích hoạt. Một khi được kích hoạt, mẫu niềm tin đó (hoặc tất cả các niềm tin) trở thành nền tảng cơ bản để cá nhân dựa vào đó giải thích và phản ứng với thực tại mà anh ta đang sống, chẳng hạn:

- Mẫu người phụ thuộc tin rằng mình bất tài và không thể tự xoay sở một mình. Vì vậy, anh ta thường có xu hướng tìm cách dựa dẫm thái quá vào người khác và tránh đưa ra quyết định hoặc tránh việc khó. Anh ta không đủ tự lập và không tìm cách phát triển khả năng ra quyết định.
- Mẫu người né tránh tin rằng anh ta không xứng đáng hưởng tình yêu, sự quý mến hay sự tôn trọng, anh ta tin rằng mình rất dễ bị tổn thương. Anh ta có xu hướng trốn tránh những mối quan hệ thân mật, sự bình phẩm và các cảm xúc khó chịu. Anh ta cũng không mấy cởi mở, không quyết đoán và thiếu khoan dung về mặt cảm xúc.
- Mẫu người ám ảnh-cưỡng bức tin rằng thế giới có thể trở nên lộn xộn bất cứ lúc nào, vì thế anh ta tạo ra rất nhiều quy tắc, trách nhiệm và sự kiểm soát. Anh ta thiếu linh hoạt, không thể vô tư lự và sống một cách tự nhiên, tự phát.
- Mẫu người ranh giới sở hữu nhiều niềm tin cứng nhắc và tiêu cực của các rối loạn nhân cách khác, điều này dẫn họ đến những hành vi cực đoan.

Young giới thiệu 15 kiểu sơ đồ tư duy mà theo ông là không thích nghi. Bất cứ ai cũng có thể trải nghiệm một hoặc một vài loại trong số những sơ đồ này, ở những mức độ khác nhau. Các mẫu sơ đồ phát triển khá sớm từ thời thơ ấu tùy vào trải nghiệm sống và chúng tiếp tục được xây dựng, củng cố trong suốt cuộc đời, chúng trở thành nền tảng hiểu biết để con người diễn giải thế giới xung quanh. Đối với cá nhân,



đó là những niềm tin vững chắc và không thể bác lại được. 15 kiểu sơ đồ tư duy đó được chia thành các nhóm lớn sau:

Niềm tin về sự chia ly và bị bỏ rơi

Cá nhân tin chắc rằng những nhu cầu về sự an toàn, ổn định, tình cảm, sự thấu cảm, thấu hiểu, tán thưởng và được tôn trọng của mình sẽ không bao giờ được thỏa mãn. Niềm tin vững chắc này có nguồn gốc gia đình sâu xa điển hình: đó là những cá nhân xuất thân từ gia đình có không khí chia ly, kèm theo các cơn bùng nổ, nhiều thay đổi, bỏ rơi và trừng phạt. Đó cũng là những gia đình có cha mẹ nghiêm khắc lạnh lùng và ngược đãi con cái.

Ở nhóm này có các kiểu sơ đồ cụ thể sau: ruồng bỏ/bất ổn; hoài nghi/lạm dụng; thiếu thốn tình cảm; không hoàn hảo/hổ thẹn; cô lập/tha hóa.

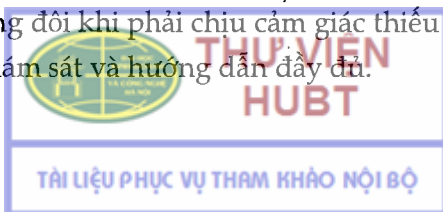
Thiếu tự lập và thiếu hiệu quả

Các đòi hỏi mà cá nhân có với bản thân mình cũng như với thế giới bên ngoài không tương thích với khả năng sống sót, hành động độc lập và đạt được thành công mong muốn của anh ta. Mẫu hình này liên quan đến kiểu gia đình “ngọt ngào”, nơi trẻ thường được bố mẹ bảo vệ quá mức, sự tự tin bị mòn dần và các mối quan hệ ngoài gia đình không được khuyến khích. Kết quả là trẻ không có mấy cơ hội học các kỹ năng xã hội.

Những sơ đồ tư duy trong nhóm này gồm có: phụ thuộc/thiếu kỹ năng; bảo vệ thái quá/nhân cách xói mòn; thất bại.

Thiếu giới hạn

Cá nhân có thể không thiết lập giới hạn với bản thân mình, vô trách nhiệm với người khác hay không có khả năng hoàn thành những mục tiêu dài hạn. Tính cách này có thể gây ra những vấn đề ảnh hưởng đến quyền lợi của người khác hoặc ảnh hưởng đến chính những mục tiêu của cá nhân. Các cá nhân này thường xuất thân trong những gia đình có cha mẹ nhu nhược, quá khoan dung, không thể áp đặt kỷ luật cho con cái. Hoặc là trẻ không được khuyến khích nhận lấy trách nhiệm, không được dạy rằng đôi khi phải chịu cảm giác thiếu tiện nghi, hoặc là trẻ không được giám sát và hướng dẫn đầy đủ.



Những sơ đồ tư duy trong nhóm này gồm có: quyền lợi bản thân/xâm lấn; thiếu khả năng tự kiểm soát bản thân/kỷ luật cá nhân.

Phụ thuộc vào người khác

Các cá nhân thuộc nhóm này thường thấy nhu cầu, mong muốn và phản ứng của người khác là vô cùng quan trọng, bởi họ mong mỏi có được tình cảm và sự tán thưởng của người khác, bởi họ sợ bị bỏ rơi hay bị trả đũa. Thông thường trong trường hợp này, cá nhân dồn nén cơn giận dữ của mình và không ý thức được điều đó. Họ không ý thức được tình cảm và những gì mình thực sự muốn. Đây là những cá nhân xuất thân từ các gia đình mà yêu thương là cái gì đó có điều kiện: để có cảm giác được bố mẹ yêu thương, để được bố mẹ tán thưởng, trẻ phải kìm nén xu hướng tự nhiên của mình. Nhu cầu của bố mẹ (về mặt tình cảm, xã hội, phong cách sống của họ) được đặt lên trên nhu cầu và phản ứng của đứa trẻ.

Những sơ đồ tư duy thuộc nhóm này: lệ thuộc/chinh phục; quên mình - hy sinh bản thân; lệ thuộc - tìm kiếm sự tán thưởng.

Thận trọng quá mức và ức chế

Người thuộc nhóm này có xu hướng kiểm soát phản ứng, cảm giác và các lựa chọn của mình một cách thái quá. Họ làm vậy để tránh sai lầm hoặc để duy trì những nguyên tắc cá nhân cứng nhắc trong hành vi và biểu hiện của mình. Để thực hiện được điều đó, họ thường phải hy sinh những khía cạnh khác của cuộc sống như vui chơi, giải trí, bè bạn hoặc hy sinh chính sức khỏe của mình. Họ là những người xuất thân trong các gia đình không có niềm vui, nơi lao động, nghĩa vụ, sự hoàn hảo, sự vâng lời, việc không được mắc lỗi quan trọng hơn nhiều so với hạnh phúc, niềm vui và cảm giác thư giãn. Sự bi quan và lo lắng thường xuyên hiện diện: mọi thứ có thể trở nên tồi tệ nếu như ta không tuyệt đối thận trọng.

Các sơ đồ tư duy trong nhóm này gồm có: sợ những sự kiện có thể tránh được/suy nghĩ tiêu cực; kiểm soát cảm xúc thái quá; các ý tưởng đòi hỏi/đòi hỏi ngày càng tăng; tư duy trừng phạt.



**THƯ VIỆN
HUBT**

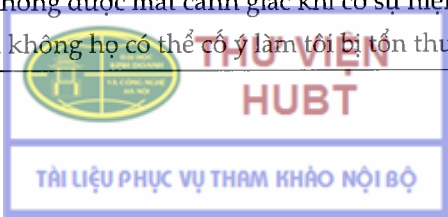
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b. Trắc nghiệm sơ đồ tư duy Young

Trắc nghiệm gồm 75 mệnh đề (câu hỏi), với mỗi mệnh đề khách thể trả lời theo một thang được cho điểm từ 1 đến 6, trong đó:

- 1 = hoàn toàn sai
- 2 = nhìn chung là sai
- 3 = có phần đúng nhiều hơn
- 4 = tương đối đúng
- 5 = nhìn chung là đúng
- 6 = hoàn toàn chính xác với tôi

1	Phần lớn thời gian, không có ai chăm sóc tôi hay chia sẻ với tôi, cũng không ai để ý xem điều gì xảy ra với tôi
2	Nói chung, mọi người không dành cho tôi tình cảm, sự nồng ấm và nâng đỡ
3	Trong đời mình, chưa bao giờ tôi cảm thấy mình là một người đặc biệt đối với ai
4	Nói chung, không có ai thực sự nghe tôi nói, hiểu tôi, hay cảm nhận được những nhu cầu và tình cảm thực sự của tôi
5	Tôi rất hiếm khi tìm được một người đủ mạnh mẽ, có thể cho tôi lời khuyên chín chắn và hướng dẫn tôi khi tôi không biết chắc mình phải làm gì
6	Tôi đeo bám những người ở gần mình bởi tôi sợ họ sẽ rời bỏ tôi
7	Tôi cần người khác đến nỗi chỉ riêng ý nghĩ mất họ cũng khiến tôi bận tâm
8	Tôi lo lắng khi nghĩ rằng những người tôi cảm thấy gần gũi có thể rời xa hoặc bỏ rơi tôi
9	Khi cảm thấy dường như có người sắp rời xa tôi, tôi trở nên tuyệt vọng
10	Đôi khi, tôi sợ việc bị người khác bỏ rơi đến nỗi tôi chủ động dứt bỏ họ trước
11	Tôi có cảm giác người khác lợi dụng tôi
12	Tôi nghĩ mình không được mất cảnh giác khi có sự hiện diện của người khác, nếu không họ có thể cố ý làm tôi bị tổn thương



13	Bị phản bội chỉ là vấn đề thời gian
14	Tôi thường hoài nghi động cơ của mọi người
15	Tôi thường rình xem động cơ mà mọi người che giấu là gì (các lý do bí mật nào...)
16	Tôi không ở trong môi trường của mình
17	Một cách sâu sắc, tôi khác với mọi người
18	Tôi biệt lập: Tôi là một người cô độc
19	Tôi cảm thấy mình ở ngoài lề
20	Tôi luôn có cảm giác mình ở ngoài các nhóm
21	Không một người đàn ông (phụ nữ) nào mà tôi từng thích có thể yêu tôi, một khi anh (cô) ta nhìn ra những khiếm khuyết của tôi
22	Không một người nào mà tôi từng yêu quý muốn ở cạnh tôi nếu họ thật sự biết tôi là người thế nào
23	Tôi không xứng đáng được hưởng tình yêu, sự chú ý hay sự tôn trọng của người khác
24	Tôi có cảm giác mình không thể được ai yêu
25	Tôi là người không thể chấp nhận được, tôi không thể để lộ mình với người khác
26	Phần lớn những điều tôi làm trong công việc (ở trường) không được tốt như người khác
27	Tôi không hề giỏi khi bị đòi hỏi phải thành công
28	Đa số mọi người đều giỏi hơn tôi trong công việc hay trong những lĩnh vực đòi hỏi thành công
29	Trong công việc, tôi không tài năng bằng mọi người
30	Trong công việc (hoặc ở trường), tôi không thông minh bằng đa số mọi người
31	Tôi cảm thấy mình không tài nào tự xoay sở được một mình trong cuộc sống hàng ngày
32	Tôi cho rằng mình là một người phụ thuộc trong cuộc sống hàng ngày
33	Năng lực tư duy/nhận thức của tôi kém người bình thường
34	Trong các tình huống thường ngày, nhận định của tôi không đáng tin cậy



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

35	Tôi không tự tin vào khả năng giải quyết vấn đề phát sinh trong cuộc sống hàng ngày của mình
36	Dường như tôi không thể chạy thoát khỏi cảm giác rằng một điều gì đó tồi tệ sẽ xảy ra
37	Tôi cảm giác một thảm họa (thiên nhiên, tội phạm, tài chính, y tế) có thể xảy ra bất cứ lúc nào
38	Tôi sợ bị tấn công
39	Tôi sợ bị mất hết tiền và trở nên trắng tay
40	Tôi lo mình mắc phải một căn bệnh nan y, mặc dù bác sỹ không đưa ra chẩn đoán gì
41	Không như những người khác bằng tuổi tôi, tôi không có khả năng tách mình ra khỏi bố mẹ
42	Tôi và bố mẹ tôi có xu hướng quá liên lụy đến nhau trong cuộc sống và trong các vấn đề của mỗi bên
43	Giữ kín những chi tiết của cuộc sống riêng tư, nhưng không làm người kia cảm thấy tội lỗi hay bị phản bội, quả là một việc rất khó đối với tôi và bố mẹ tôi
44	Tôi hay có cảm giác bố mẹ tồn tại thông qua tôi, rằng tôi không hề sống cuộc đời riêng của mình
45	Tôi thường cảm giác mình không hề có một bản ngã riêng biệt, luôn luôn lẫn lộn với bản ngã của bố mẹ hoặc của người nào đồng hành với tôi
46	Tôi nghĩ nếu tôi làm những điều mình muốn, tôi sẽ chỉ gặp toàn điều chẳng đâu vào đâu
47	Tôi nghĩ mình không có lựa chọn nào khác ngoài việc phục tùng những mong muốn của người khác, trong khi rồi họ sẽ lại bỏ rơi tôi hoặc bắt tôi phải trả giá theo cách này hay cách khác
48	Trong các mối quan hệ, tôi để cho người khác dẫn dắt
49	Tôi luôn để người khác lựa chọn thay cho mình, tương tự, tôi cũng chẳng thực sự biết mình muốn gì cho bản thân
50	Tôi gặp rất nhiều khó khăn trong việc làm cho người khác tôn trọng các quy định của tôi, hoặc làm cho họ quan tâm đến cảm giác của tôi

51	Rút cuộc tôi là kiểu người chỉ chăm chăm đi chăm sóc những người gần gũi mình
52	Tôi là người "tốt" bởi vì tôi nghĩ cho người khác nhiều hơn cho bản thân mình
53	Tôi quá bận rộn làm mọi việc cho người khác, đến nỗi tôi chỉ còn rất ít thời gian cho bản thân
54	Tôi luôn là người lắng nghe vấn đề của tất cả mọi người
55	Mọi người thấy tôi là người làm quá nhiều việc cho người khác mà quên đi những việc của bản thân mình
56	Thể hiện những tình cảm tiêu cực làm tôi rất không thoải mái
57	Tôi thấy lúng túng khi phải thể hiện tình cảm với người khác
58	Tôi thấy làm một người tự nhiên và nhiệt tình thật khó
59	Tôi kiểm soát bản thân ghê gớm đến nỗi mọi người cứ nghĩ là tôi không có cảm xúc
60	Mọi người cho rằng tôi là người "kìm nén" cảm xúc
61	Tôi phải là người giỏi nhất trong tất cả mọi việc, tôi không chấp nhận được việc đứng thứ hai
62	Tôi cố gắng làm tốt nhất có thể. Tôi không chấp nhận một kết quả "khá"
63	Tôi phải đương đầu với tất cả các trách nhiệm của mình
64	Tôi luôn luôn có áp lực phải thành công và hoàn thành đến nơi đến chốn mọi việc
65	Tôi không buông xuôi dễ dàng và không biện hộ cho các sai lầm của mình
66	Khi tôi muốn điều gì đó từ người khác, tôi rất khó chấp nhận câu trả lời "không"
67	Tôi đặc biệt, vì vậy tôi không chấp nhận phần lớn các giới hạn mà những người khác chấp nhận
68	Tôi ghét cảm giác bị ép làm gì, hoặc bị ngăn cản làm những việc mà mình muốn
69	Tôi cảm thấy mình không cần phải tuân theo những quy tắc thông thường mà người khác phải tuân theo
70	Tôi cho rằng những gì mình có thể đóng góp luôn có giá trị lớn hơn đóng góp của người khác

71	Hình như tôi không thể nào ép mình hoàn thành những việc vặt hay nhàm chán
72	Nếu tôi không thể đạt được mục đích, tôi có thể dễ dàng trở nên bất mãn và tôi sẽ bỏ cuộc
73	Tôi thường gặp khó khăn mỗi khi phải hy sinh một lợi ích trước mắt cho một mục đích lâu dài hơn (“thả con săn sắt, bắt con cá rô”)
74	Tôi không thể ép mình làm những việc mình không thích, ngay cả khi tôi biết việc đó có lợi cho bản thân
75	Tôi hiếm khi có khả năng giữ vững ý định của mình

75 mệnh đề được phân bố trong năm nhóm sơ đồ tư duy với các kiểu sơ đồ cụ thể như đã trình bày ở trên. Cụ thể như sau:

A. Niềm tin về sự chia ly và bị bỏ rơi

- 01 - 05: Thiếu thốn tình cảm
- 06 - 10: Bị ruồng bỏ
- 11 - 15: Hoài nghi/lạm dụng
- 16 - 20: Cô lập/bị loại ra khỏi nhóm
- 21 - 25: Không hoàn hảo

B. Thiếu tự lập và thiếu hiệu quả

- 26 - 30: Thất bại
- 31 - 35: Phụ thuộc/thiếu kỹ năng
- 36 - 40: Dễ bị tổn thương
- 41 - 45: Bám dính lấy người khác trong các mối quan hệ

C. Thiếu giới hạn

- 66 - 70: Quyền lợi bản thân/xâm lấn
- 71 - 75: Thiếu khả năng tự kiểm soát bản thân

D. Phụ thuộc vào người khác

- 46 - 50: Lệ thuộc/chính phục
- 51 - 55: Quên mình/hy sinh bản thân

E. Thận trọng quá mức và ức chế

- 56 - 60: Kiểm soát cảm xúc thái quá
- 61 - 65: Đòi hỏi cao



c. Giải thích kết quả trắc nghiệm

Để tìm ra sơ đồ tư duy cơ bản của khách thể, có hai phương pháp phân tích: định lượng và định tính.

Phân tích định lượng

- Riêng hai câu 5 và 6 được tính điểm trong tất cả các sơ đồ
- Với mỗi kiểu sơ đồ tư duy, tính tổng điểm thu được từ các câu hỏi trong sơ đồ, rồi cộng với điểm ở câu 5 và 6, sau đó chia trung bình cho số lượng câu hỏi có mặt trong sơ đồ
- Điểm trung bình của sơ đồ tư duy nào cao chứng tỏ ở khách thể có kiểu sơ đồ tư duy ấy

Phân tích định tính

Khi đã có điểm, chúng ta có thể tham khảo lại mô tả của từng nhóm sơ đồ tư duy để hiểu được vấn đề của khách thể. Chẳng hạn, nếu khách thể được 5 điểm ở nhóm Phụ thuộc vào người khác, điều này có nghĩa là ở khách thể kiểu sơ đồ tư duy này rất nổi trội. Nghĩa là ở khách thể, nỗi lo sợ bị bỏ rơi chiếm vị trí trung tâm. Sau đó, ta có thể so sánh những ghi nhận này với câu chuyện về gia đình mà khách thể chia sẻ để tìm xem nguyên nhân của vấn đề nằm ở đâu.

5.5.3. Trắc nghiệm về phong cách phòng vệ DSQ-40

a. Giới thiệu

Trắc nghiệm về phong cách phòng vệ (Defense Style Questionnaire - DSQ40) là công cụ dùng để khảo sát kiểu phòng vệ của khách thể, cho phép nhà tâm lý lâm sàng kết luận xem khách thể có phong cách phòng vệ trưởng thành, tâm căn hay không trưởng thành. Trắc nghiệm gồm 40 mệnh đề (câu hỏi) được giới thiệu dưới đây. Với mỗi mệnh đề thân chủ xác định mức độ đồng ý hay không đồng ý của mình.



		Hoàn toàn không đồng ý	Hoàn toàn đồng ý
1	Một trong những niềm thỏa mãn của tôi là giúp đỡ người khác, nếu tôi không được làm việc đó, tôi sẽ cảm thấy u uất		
2	Tôi có khả năng đặt vấn đề sang một bên, cho tới khi tôi có thời gian xử lý vấn đề đó		
3	Khi lo lắng, tôi thường tìm quên trong các hoạt động có tính xây dựng hoặc sáng tạo, chẳng hạn vẽ hay làm đồ mộc		
4	Tôi luôn tìm ra các lý do hợp lý cho những việc mình làm		
5	Tôi có thể tự cười nhạo bản thân mình một cách dễ dàng		
6	Người ta có xu hướng đối xử không tốt với tôi		
7	Khi có người tấn công và muốn cướp tiền của tôi, tôi muốn anh ta sẽ được trợ giúp nhiều hơn là bị trừng phạt		
8	Mọi người gọi tôi là con đầ điếu cắm đầu xuống cát. Nói cách khác, tôi có xu hướng lờ đi tất cả những điều khó chịu, như thể chúng chẳng tồn tại.		
9	Tôi không sợ nguy hiểm, như thể tôi là siêu nhân		
10	Tôi tự hào về năng khiếu chinh đốn, nhắc nhở người khác của mình		
11	Mỗi khi có gì đó làm tôi khó chịu, tôi thường phản ứng một cách bốc đồng		
12	Khi mọi việc của tôi không ổn, tôi có thể bi ỏm (về mặt thể chất)		
13	Tôi là một người rất rụt rè		

14	Tôi tìm thấy thỏa mãn trong giấc mơ nhiều hơn là trong thực tế		
15	Tôi có những tư chất đặc biệt, khiến tôi sống mà không có khó khăn gì		
16	Nếu mọi thứ của tôi không vào đúng trật tự, thì cũng luôn luôn vì những lý do hợp lý		
17	Tôi giải quyết các vấn đề của mình trong mơ nhiều hơn là ngoài đời thực		
18	Tôi chẳng sợ gì		
19	Đôi khi tôi nghĩ mình là thiên thần, nhưng cũng có lúc tôi thấy mình như ác quỷ		
20	Khi bị làm tổn thương, tôi trở nên hung hăng không giấu giếm		
21	Tôi luôn có cảm giác là trong những người quanh tôi, có ai đó làm thiên thần hộ mệnh cho tôi		
22	Với tôi, con người hoặc là tốt, hoặc là xấu		
23	Nếu ông chủ làm tôi bức mình, tôi có thể gây ra lỗi trong công việc, hoặc có thể làm việc thật chậm, để ông ta thiệt hại về tiền bạc		
24	Tôi biết một người biết làm tất cả mọi việc, một người không thiên vị và công minh		
25	Tôi có thể kìm chế cảm xúc của mình, nếu cảm xúc có nguy cơ ảnh hưởng đến việc tôi đang làm		
26	Tôi thường có khả năng nhìn thấy khía cạnh hài hước của một tình huống rắc rối		
27	Tôi bị đau đầu mỗi khi phải làm điều mà mình không thích		
28	Tôi thường bất ngờ với chính mình vì đã đối xử nhẹ nhàng với những người mà lẽ ra tôi có đầy đủ lý do để nổi giận với họ		



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

29	Tôi hoàn toàn tin rằng cuộc sống thật không công bằng với mình		
30	Mỗi khi biết rằng mình sắp phải trải qua một tình huống khó khăn, như một kỳ thi hay cuộc phỏng vấn xin việc, tôi thường cố gắng tưởng tượng xem tình huống đó sẽ diễn ra thế nào, và tôi hình dung ra những cách ứng phó của mình		
31	Các bác sỹ không bao giờ thực sự hiểu điều gì không ổn với tôi		
32	Sau mỗi lần thất bại trong việc bảo vệ quyền lợi của mình, tôi có xu hướng tự biện hộ và tự thuyết phục bản thân		
33	Lúc tôi trầm uất hay lo lắng, ăn uống làm tôi thấy dễ chịu hơn		
34	Người ta hay bảo tôi là tôi không bộc lộ tình cảm của mình		
35	Nếu tôi dự đoán được rằng mình sẽ buồn, tôi có thể đối phó với nỗi buồn đó tốt hơn		
36	Cho dù tôi có đòi hỏi đến thế nào, tôi cũng không bao giờ nhận được một câu trả lời thỏa mãn		
37	Tôi hay có cảm giác là mình chẳng cảm nhận được gì, ngay cả khi gặp phải một tình huống gây ra rất nhiều cảm xúc mạnh		
38	Tập trung vào việc hiện tại khiến tôi quên đi cảm giác buồn bã hay lo lắng		
39	Khi tôi gặp khủng hoảng, tôi sẽ tìm đến một người khác cũng đã từng gặp phải vấn đề tương tự		
40	Khi tôi có một ý nghĩ có tính chất gây hấn, tôi cảm thấy mình phải làm việc gì đó để bù đắp suy nghĩ này		



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các cơ chế phòng vệ tạo nên ba kiểu phòng vệ được đo bởi DSQ-40 và các mệnh đề tương ứng:

PHONG CÁCH TRƯỞNG THÀNH **Mệnh đề tương ứng trong bảng hỏi**

Thăng hoa	3.38
Hài hước	5.26
Dự phòng	30.35
Tự kiểm chế	2.25

PHONG CÁCH TÂM CĂN

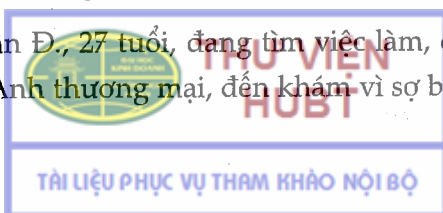
Hủy bỏ	32.40
Giả vờ tha	1.39
Lý tưởng hóa	21.24
Tổ chức phản ứng	7.28

PHONG CÁCH KHÔNG TRƯỞNG THÀNH

Phóng chiếu	6.29
Gây hấn bị động	23.26
Hành động	11.20
Cô lập	34.37
Tuyệt đối hóa - làm mất giá trị	10.13
Mộng tưởng hảo huyền	14.17
Chối bỏ	8.18
Chuyển di	31.33
Phân ly	9.15
Phân liệt (clivage)	19.22
Hợp lý hóa	4.16
Cơ thể/ thể chất hóa	12.27

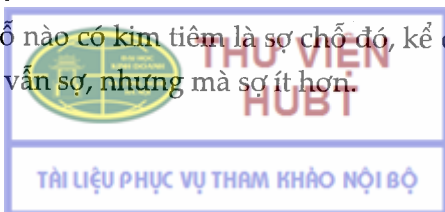
b. Minh họa lâm sàng

Bệnh nhân Đ., 27 tuổi, đang tìm việc làm, đã tốt nghiệp đại học ngành tiếng Anh thương mại, đến khám vì sợ bị mắc bệnh AIDS. Nỗi

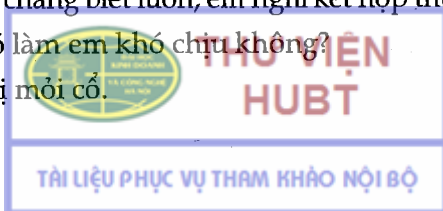


sợ này xuất hiện từ năm 2009, sau khi bệnh nhân xem phim về AIDS; từ khi thấy trong phim có người chích xì ke, hể cứ đi ra ngoài là bệnh nhân sợ có ai đâm kim tiêm vào mình. Dưới đây là trích đoạn buổi trò chuyện lâm sàng của bệnh nhân với nhà tâm lý; nhiều cơ chế phòng vệ khác nhau của bệnh nhân đã thể hiện thông qua lời nói.

- Em có ký ức gì về ống tiêm?
- Em không nhớ rõ.
- Có lần nào em bị bệnh mà phải chích thuốc hay sử dụng kim tiêm không?
- Không, chỉ khi em ra ngoài đường, nhìn thấy kim tiêm là em sợ.
- Em sợ khi nhìn thấy kim tiêm ở đâu, ở bệnh viện có sợ không?
- Ở bệnh viện thì không sợ, nhưng khi em đi ngang qua những nơi vắng người và nghĩ có kim tiêm là thấy sợ.
- Em có thể kể lại bối cảnh làm em sợ?
- Khi đi đường thấy kim tiêm là em né tránh, hoặc là khi thấy thì đứng nhìn thật lâu và nghĩ là phải cố không cho kim tiêm chạm vào người.
- Có khi nào không thấy kim tiêm, ở trong nhà mà em vẫn sợ?
- Không, chỉ ra đường em mới sợ.
- Trên đường, chỉ khi nhìn thấy ống tiêm mới sợ hay là không nhìn thấy cũng sợ?
- Khi ra đường qua những nơi dù không có ống tiêm, nhưng nghĩ là có ống tiêm nên em vẫn sợ.
- Nếu em đến những nơi trung tâm thành phố, như nhà hát lớn, thì có sợ không?
- Không, vì ở đó không phải là nơi người ta có thể chích xì ke.
- Chỉ có một số nơi làm cho em sợ thôi phải không?
- Em nghĩ là những nơi trung tâm thì các tệ nạn xã hội sẽ giảm bớt.
- Vậy là những chỗ nơi khả nghi thì em sợ, chỗ nào không khả nghi thì em không sợ?
- Em nghĩ đến chỗ nào có kim tiêm là sợ chỗ đó, kể cả những nơi không khả nghi vẫn sợ, nhưng mà sợ ít hơn.



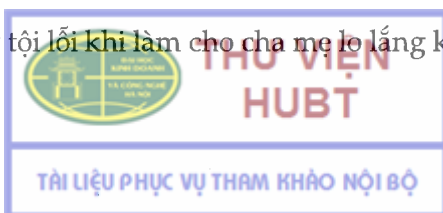
- Theo em, những khu phố nào là khả nghi?
- Những bụi cỏ rộng, rậm rạp, nhiều cây thì nơi đó có ông chích nhiều.
- Ở những khu phố khả nghi em có sợ bị cướp đồ không?
- Có.
- Nỗi sợ đó đã làm thay đổi cuộc sống của em như thế nào?
- Mỗi lúc ra đường là em sợ kim đâm phải, lúc nào cũng có cảm giác sẽ nhiễm bệnh AIDS.
- Tôi rất thông cảm với những căng thẳng và phiền muộn của em, tôi muốn hỏi thêm là bị như vậy ảnh hưởng thế nào đến cuộc sống của em: khả năng làm việc, khả năng giao tiếp?
- Em sợ quá nên phải ở nhà, không thể kết bạn (bạn gái) vì sợ.
- Ngày xưa em làm gì, bây giờ em không làm được chuyện gì?
- Ngày xưa đi học, từ lúc bị bệnh thì điều đó cản trở em muốn làm gì cũng không được.
- Em có nói là em không kết bạn gái được, tại sao?
- Em nghĩ rằng con gái không thích đàn ông yếu đuối, họ thích người mạnh mẽ và giỏi giang
- Tôi không nghĩ là như vậy! Trước đây em đã từng có bạn gái chưa?
- Chưa.
- Tôi nghĩ rằng các cô gái rất thích người đàn ông biết lắng nghe, mà khi trò chuyện với em thì tôi thấy rằng em thích trò chuyện và biết lắng nghe
- [im lặng]
- Trong tương lai em hình dung mọi chuyện sẽ như thế nào đối với em?
- Em chưa biết.
- Em nghĩ thế nào về việc điều trị chứng sợ bệnh AIDS và kim tiêm này?
- Em cũng chẳng biết luôn, em nghĩ kết hợp thuốc với điều trị tâm lý.
- Thuốc có làm em khó chịu không?
- Em chỉ bị mỗi cổ.



- Về điều trị tâm lý thì em thấy sao?
- Bác sỹ tâm lý nói em mua ống kim về nhà và tập nhìn, sờ vào cây kim, em cũng có làm nhưng không thường xuyên.
- Em có bớt sợ không?
- Có bớt chút xíu.
- Em bị bệnh từ 2009, điều gì làm em 2013 mới đến khám?
- Em sợ quá, quá hoảng loạn nên phải đi chữa, và cha mẹ em cũng thấy em có vấn đề.
- Em đang ở với cha mẹ phải không?
- Phải.
- Em có anh chị em không?
- Không có.
- Em là con duy nhất, việc đó có khó khăn gì đối với em không, ba mẹ có phải lo gì cho em không?
- Em được cưng, nhưng buồn vì không có anh chị em gì.
- Tôi cũng là con một nên tôi hiểu! Em có đồng ý thực hiện bảng câu hỏi sau đây không? Tôi và bác sỹ sẽ đánh giá lại, thông qua các câu trả lời của em, để đưa ra hướng điều trị cho em, giúp em giải quyết vấn đề của mình.

Sau khi bệnh nhân trả lời toàn bộ trắc nghiệm DSQ-40:

- Có khó không, câu nào em không biết trả lời thế nào?
- Câu 23.
- Kể từ 2009, cuộc sống của em có bị đảo lộn không?
- Có.
- Từ 2009 đến nay em có cảm giác con người em có thay đổi không?
- Không, cũng vậy.
- Nỗi sợ của em càng ngày càng hạn chế cuộc sống cá nhân và tình cảm của em, em có nghĩ như vậy không?
- Có.
- Em có cảm thấy tội lỗi khi làm cho cha mẹ lo lắng không?
- Không.



- Vậy là em chỉ bị đau khổ về một vấn đề thôi...
- [gật đầu]
- Hiện tại tình trạng của em rất khó khăn, việc điều trị chưa có hiệu quả nhiều với em phải không?
- [gật đầu]
- Theo em thì điều gì sẽ làm cho em khá hơn?
- Em đam mê làm ca sỹ, đứng trên sân khấu để chứng tỏ bản lĩnh của mình.
- Em có ca hát hay là học ca hát không?
- Em có học lớp luyện thanh.
- Vậy em có hát ở nhà hay là ở nơi khác không?
- Có.
- Mỗi lần hát em có thấy thoải mái không?
- Có.
- Hôm nay em đã điền vào bảng câu hỏi, tôi và bác sỹ sẽ xem và lượng giá lại, em có thể quay lại vào thứ 6 để trao đổi về bảng lượng giá không?
- Có.
- Em có thoải mái khi đi đến đây không?
- Có.

Giả thuyết	Cơ chế phòng vệ sử dụng
1. Lo âu	1. Tránh né
2. Ảnh hưởng	2. Giải thích hợp lý (lý do không có bạn gái)
3. Tự đánh giá thấp bản thân (không mạnh mẽ để có bạn gái)	3. Lý tưởng hóa (thích làm ca sỹ)
4. Thiếu tự tin (không dám có bạn gái,...)	4. Thăng hoa
5. Cô đơn	5. Cơ thể hóa (bệnh nhân mới cổ)
6. Đau khổ	6. Chối bỏ (bệnh nhân trả lời rằng mình không lo lắng gì)



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.5.4. Trắc nghiệm phóng chiếu TAT

Giới thiệu

TAT (Thematic Aperception Test) là trắc nghiệm phóng chiếu được sử dụng rộng rãi trong đánh giá nhân cách vị thành niên và người lớn, cụ thể là tìm hiểu cấu trúc nhân cách và sự vận hành tâm trí của cá nhân. Dưới dạng những tấm hình (ảnh chụp hoặc tranh vẽ) đen trắng, TAT cho phép khách thể nhìn hình và kể lại một câu chuyện theo ý mình.

Kết quả của trắc nghiệm không chỉ là câu chuyện được kể (nhà tâm lý cần phân tích), mà còn chính là quá trình kể chuyện của khách thể, quá trình trong đó, theo Shentoub, cái Tôi thực hiện được nhiệm vụ đề ra (hoàn thành câu chuyện) vì nó có khả năng giải quyết những căng thẳng nội tâm được kích hoạt bởi tình huống (nội dung tấm hình).

Một câu chuyện “thành công” là một hỗn hợp của cái có lý và cái phi lý, của sự phó mặc và sự kiểm soát, là một “huyễn tượng có ý thức”. Cần phải tránh hai điều: trước hết cần tránh sự xâm chiếm của huyễn tượng (vốn là cơ chế phòng vệ chống lại thực tế), và cũng cần tránh sự phòng vệ quá mức của thực tế (lý tính chống lại huyễn tượng). Điều cần lưu ý là hệ thống phòng vệ của một cá nhân cho phép nhà tâm lý phán đoán về khả năng thích nghi xã hội của cá nhân đó.

Thông qua câu chuyện mà khách thể kể, nhà tâm lý có thể xác định xung đột vô thức của khách thể và nguyên nhân của chúng. Thông thường, ở TAT, xung đột được bộc lộ thông qua cuộc chạm trán giữa những nhu cầu của nhân vật chính và áp lực đến từ những người xung quanh. Chẳng hạn, tấm hình số 4 đề cập đến xung đột về sự chia ly và cảm giác cô đơn trong mối quan hệ cặp đôi. Nếu khách thể là phụ nữ, đó có thể là nhu cầu được yêu, được che chở, áp lực ở đây là bởi người đàn ông muốn ra đi; khách thể nam lại có xu hướng thể hiện nhu cầu trốn thoát, tự lập, có cảm giác áp lực vì người phụ nữ muốn níu kéo. Như vậy, kết quả TAT không chỉ giúp tìm hiểu cấu trúc nhân cách của khách thể, mà còn làm sáng rõ mối quan hệ của khách thể với những người xung quanh anh ta.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

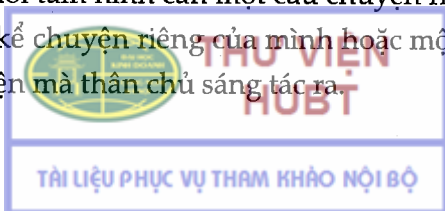
Trắc nghiệm có thể thực hiện được với trẻ từ tuổi vị thành niên (ngôn ngữ phát triển). Để thực hiện trắc nghiệm, nhà tâm lý cần chọn thời gian (lên kế hoạch, khi mình sẵn sàng đón tiếp thân chủ nhất), địa điểm thích hợp (phòng yên tĩnh, sáng sủa, chỗ ngồi hợp lý) để buổi làm việc không bị làm phiền (bởi người ra vào, chuông điện thoại...). Nhà tâm lý cũng cần chuẩn bị trước dụng cụ trắc nghiệm (các tấm hình đặt theo đúng thứ tự giới thiệu), giấy, bút, đồng hồ, v.v. Trong suốt buổi trắc nghiệm, nhà tâm lý cần giữ thái độ trung lập khoan dung bởi tất cả các tình huống trắc nghiệm đều vốn là những tình huống có tính chuyển dịch; thái độ trung lập sẽ giúp nhà tâm lý giữ được khoảng cách với lời nói của thân chủ, các giá trị đạo đức, tôn giáo và cả những cảm xúc của anh ta. Tất nhiên điều này không có nghĩa là nhà tâm lý trở nên thờ ơ và xa cách thân chủ.

Dụng cụ và cách tiến hành trắc nghiệm

Bộ trắc nghiệm đầy đủ gồm 31 tấm hình. Sau nghiên cứu quan trọng của Shentoub (1987), 16 tấm có ý nghĩa và thích hợp nhất được chọn để thực hiện trắc nghiệm. Đó là các tấm:

- Với tất cả các khách thể: 1, 2, 3 BM, 4, 5, 10, 11, 13 B, 13 BM, 19, 16
- Với khách thể nữ: 6GF, 7GF, 9GF
- Với khách thể nam: 6BM, 7 BM, 8BM

Các tấm hình đều thể hiện xung đột vô thức thông qua một tình huống mơ hồ gợi đến phức cảm oedipe, sự cạnh tranh, sự lo hãi, nỗi cô đơn, sự đồng tính, tính khiêu chiến, hung hăng... Lưu ý là khi làm trắc nghiệm, nhà tâm lý cần đưa ra ít nhất 10 tấm hình để khách thể kể chuyện. Trong đó, hình 16 luôn được đưa ra sau cùng. Khi bắt đầu với tấm hình thứ nhất, nhà tâm lý giới thiệu hình và nói với khách thể “với mỗi tấm hình, bạn hãy sáng tác ra một câu chuyện sống động nhất có thể, câu chuyện này có khởi đầu, diễn biến và kết thúc”. Hãy nhắc thân chủ rằng mỗi tấm hình cần một câu chuyện riêng biệt, rằng thân chủ không nên kể chuyện riêng của mình hoặc một bộ phim, đó phải là một câu chuyện mà thân chủ sáng tác ra.





Trong khi thân chủ kể và trong toàn bộ quá trình trắc nghiệm, ngoài bản thân câu chuyện mà thân chủ kể, nhà tâm lý cần ghi chép lại tất cả những biểu hiện bằng lời và không lời của thân chủ một cách khách quan: cần ghi chép đầy đủ những biểu hiện như nói nhịu, lỗi ngôn ngữ, ngữ pháp, khoảng im lặng, các câu hỏi, bình luận, cử chỉ, hành vi, nét mặt, thái độ... của thân chủ. Những can thiệp của nhà tâm lý, nếu có, cũng nên được ghi chép lại trong ngoặc kép bên cạnh các ghi nhận về thân chủ. Nhà tâm lý không cần thiết phải ghi chép một cách giấu giếm, nhưng cũng nên kín đáo, nhất là về nội dung những gì mình ghi chép. Thông thường, nhà tâm lý không sử dụng máy ghi âm để tránh làm thân chủ thấy không thoải mái.

Về mặt thời gian, cần lưu lại:

- Thời gian tiềm ẩn (từ lúc nhà tâm lý giới thiệu tấm hình cho khách thể đến lúc khách thể bắt đầu kể chuyện): khoảng thời gian này cho phép chúng ta đánh giá khả năng phản ứng của thân chủ.
- Sự hấp tấp vội vàng của thân chủ khi kể chuyện
- Xu hướng ức chế
- Nhu cầu suy nghĩ của thân chủ trước khi bắt đầu
- Thời gian tổng cộng (với một tấm hình và với toàn bộ trắc nghiệm)

Tất cả những yếu tố này cho thấy phản ứng của thân chủ trước ảnh hưởng của tấm hình và của các xung đột được tấm hình kích hoạt. Thông thường, một thân chủ mất khoảng 2-3 phút cho một tấm hình, trắc nghiệm được thực hiện trong một buổi duy nhất và buổi đó kéo dài khoảng 45-60 phút, tùy vào trạng thái cảm xúc và khả năng huyền tưởng của thân chủ.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Kết quả TAT có thể được phân tích bằng phương pháp định lượng hoặc định tính.

5.5.5. Trắc nghiệm phóng chiếu Rorschach

Giới thiệu chung

Rorschach (hay còn gọi là trắc nghiệm Vết mực loang) có lẽ là trắc nghiệm phóng chiếu được biết đến nhiều và rộng rãi nhất trong Tâm lý học. Được xây dựng bởi Hermann Rorschach vào năm 1921, trắc nghiệm này cho phép đánh giá cấu trúc nhân cách, sự vận hành thể giới vô thức, khả năng thích nghi với thực tế và cách giải quyết vấn đề của khách thể. Công cụ của trắc nghiệm là những tấm bìa, trên đó có hình vết mực loang ra theo kiểu đối xứng trên hai nửa tờ giấy (giới thiệu chi tiết ở phía dưới). Nhà tâm lý đưa cho khách thể xem tấm hình và hỏi đơn giản “đây là cái gì?”, hoặc “anh, chị nhìn thấy gì?”.

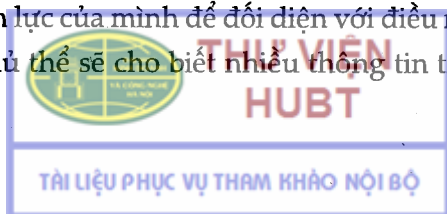
Nội dung các câu trả lời của khách thể cung cấp thông tin để nhà tâm lý đánh giá trí thông minh toàn diện và cách nhận thức thể giới của khách thể. Ngoài ra, nó còn cho thấy trí tưởng tượng, xung đột nội tâm, các cơ chế phòng vệ, đặc tính xúc cảm-tình cảm của khách thể. Phong cách trả lời và nội dung các câu trả lời của khách thể còn có khả năng chỉ ra những yếu tố bệnh lý như trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt, rối loạn hành vi...

Giới thiệu các tấm hình và nội dung ngầm ẩn

Mỗi tấm hình đều có chức năng biểu tượng, đều có một nội dung ngầm ẩn. Tùy vào trường phái Phân tâm nào mà ta xác định được nội dung này.

Tấm hình 1

- Theo trường phái Phân tâm học Mỹ: chủ thể sẽ huy động toàn bộ các nguồn lực của mình để đối diện với điều mới lạ, vì vậy câu trả lời của chủ thể sẽ cho biết nhiều thông tin thú vị liên quan đến



cách anh ta phản ứng trước những điều mới mẻ. Đây là tấm hình gợi sự tìm kiếm bản ngã, chủ thể sẽ nói nhiều về bản thân mình.

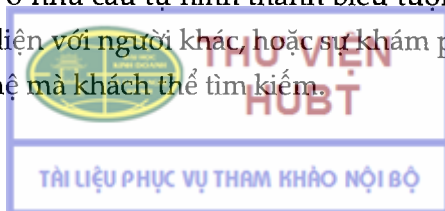
- Trường phái Phân tâm học Pháp: tấm hình gợi đến sự bắt đầu, nguồn cội, cái chưa biết, khiến chủ thể phải huy động các nguồn lực của mình, hoặc để đưa ra một câu trả lời có tính xã hội hóa, hoặc để bù đắp cho cảm giác khó chịu. Bố cục ba phần có thể gợi ra các tình huống liên cá nhân.

Tấm hình 2

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: màu đỏ của tấm hình có thể làm thức tỉnh ở nhiều người một trải nghiệm xung năng có tính thù địch, bạo lực hoặc tổn hại. Những câu trả lời mang yếu tố tính dục có thể là biểu hiện của mối lo lắng ở chủ thể, cũng như cách chủ thể phản ứng trước những điều mình bận lòng.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: theo cách cổ điển, màu đỏ trên tấm hình được giải thích như sự nhắc lại các xung năng bạo lực hoặc tình dục. Khả năng phân biệt xung năng thể hiện ở việc chủ thể có sắp xếp được những câu trả lời của mình hay không, sao cho tính bạo lực được thể hiện theo cách xã hội chấp nhận. Màu trắng ở trung tâm cũng có thể nói lên sự thiếu thốn, sự trống trải hay cảm giác mất mát (bị hoạn).

Tấm hình 3

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: cấu hình của tấm hình gợi lên những câu trả lời liên quan đến thái độ và các phương thức quan hệ liên cá nhân hướng đến người khác. Những câu trả lời có yếu tố tình dục cũng có thể xuất hiện ở tấm hình này bởi tính nhập nhằng của chi tiết thường được coi là con người.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: nội dung ngầm ẩn của tấm hình này nằm ở nhu cầu tự hình thành biểu tượng về bản thân mình khi đối diện với người khác, hoặc sự khám phá người khác và kiểu quan hệ mà khách thể tìm kiếm.



Tấm hình 4

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: tấm hình này thường gợi ra những hình ảnh to lớn, lực lưỡng, nặng nề, quyền lực và đôi khi có tính đe dọa. Các chủ đề liên quan đến vị thế của chủ thể trong tình huống (người nhận trách nhiệm hay người lệ thuộc) thường xuất hiện và bộc lộ thông qua những hiện tượng như cú sốc, sự cự tuyệt hoặc sự xuất hiện các nội dung bất thường. Hình ảnh được nhìn thấy thường là thuộc về giới nam (hay con đực) và trong nhiều trường hợp có thể hé mở thái độ của chủ thể dành cho những người đàn ông có ý nghĩa trong cuộc đời họ (người cha, chồng, bạn trai...).
- Trường phái Phân tâm học Pháp: những phản ứng liên quan đến quyền lực, sức mạnh, uy quyền. Các phản ứng trước những vị thế này có thể tích cực hoặc tiêu cực, đồng nhất hóa có thể diễn ra với đối tượng đô hộ hoặc đối tượng cam chịu, chủ thể cũng có thể giữ thái độ ủng hộ sức mạnh hoặc trốn chạy nó, trở nên thụ động.

Tấm hình 5



- Trường phái Phân tâm học Mỹ: tấm hình này ít mờ hơn so với những tấm khác, nó khiến người xem cảm thấy dịu đi. Các câu trả lời thường chuẩn về mặt hình thức, vì thế mà bức hình này được coi là bức hình nhấn mạnh mối liên hệ của khách thể với thực tế.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: nội dung của tấm hình gợi đến cảm giác tròn vẹn về mặt tinh thần và cơ thể. Cảm giác toàn vẹn này liên quan đến khái niệm biểu tượng về bản thân.

Tấm hình 6

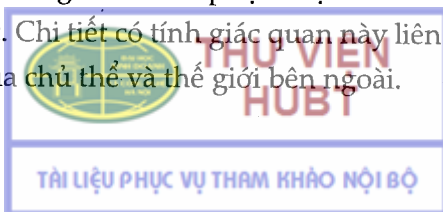
- Trường phái Phân tâm học Mỹ: khả năng gắn gũi về mặt tình cảm
- Trường phái Phân tâm học Pháp: tấm hình mở rộng sang nghĩa tình dục, biểu tượng dương vật hoặc bộ phận sinh dục nữ. Đây là tấm hình mang nặng yếu tố tính dục và/hoặc động lực.

Tấm hình 7

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: tấm hình gợi ra chủ đề liên quan đến nữ tính. Tuy nhiên, nó không phải là tấm hình gợi nhớ đến người mẹ mà làm hé mở ở khách thể những cảm giác hay thái độ liên quan đến phụ nữ và tính nữ nói chung. Tất nhiên, những hình ảnh có tính nữ mà khách thể nhìn thấy đều có thể liên quan đến biểu tượng về người mẹ của khách thể.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: biểu tượng của tấm hình rất liên quan đến tính nữ hoặc người mẹ. Thông qua các câu trả lời của mình, khách thể cho thấy quan điểm của mình về giới nữ, hình ảnh phụ nữ và hình ảnh người mẹ.

Tấm hình 8

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: nhiều khách thể cho biết mình thấy nhẹ nhõm khi nhìn tấm hình này và đưa ra những câu trả lời vô thưởng vô phạt. Những cá nhân có khó khăn trong việc tổng hợp các tình huống phức tạp có thể có cảm giác tiêu cực khi nhìn thấy tấm hình này, họ sẽ rất mất sức để tìm ra một câu trả lời không vô vị. Tương tự, những người có khó khăn trong việc quản lý cuộc sống tình cảm, tránh né các vấn đề đó cũng thường gặp khó khăn khi đối diện với tấm hình này.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: tấm hình đòi hỏi sự trao đổi và giao tiếp xã hội. Ý nghĩa của nó phụ thuộc vào cách chủ thể quan sát các màu sắc. Chi tiết có tính giác quan này liên quan đến tính dễ xúc động của chủ thể và thể giới bên ngoài.



Tấm hình 9

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: thể hiện khả năng của chủ thể trong việc quản lý các tình huống phức tạp. Tấm hình này ít khi nhận được các câu trả lời sáo rỗng. Nó cũng là tấm hình gợi lên ít nhất các câu trả lời có tính hệ thống hay thường gặp.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: chủ thể thường có xu hướng thoái lui, nhưng xu hướng này lại được bù đắp bởi một xung năng mạnh mẽ. Sự thoái lui được chủ thể trải nghiệm một cách tiêu cực hay tích cực liên quan đến biểu tượng người mẹ, được gắn với những huyền tưởng về sự mang thai và sinh nở.

Tấm hình 10

- Trường phái Phân tâm học Mỹ: tương tự tấm hình 1, trả lời cho câu hỏi “tôi là ai”.
- Trường phái Phân tâm học Pháp: tấm hình có hai đặc điểm: sự phân tán các đường nét và màu sắc. Nếu như sự thoái lui được cho phép, các màu sắc và chuyển động này sẽ phối hợp với nhau trong trí tưởng tượng có tính trẻ con của chủ thể. Chủ thể cũng có thể sẽ gạt đi việc các chi tiết được trải rộng ra bởi việc này gợi đến bạo lực nguyên thủy, và trong trường hợp này, sự phân tán tri giác trở thành dấu hiệu của vỡ vụn. Đây cũng là tấm hình cuối cùng của trắc nghiệm, nó gợi đến chủ đề chia ly (chẳng hạn, chủ thể có khó khăn trong việc chia tay sẽ cố gắng trả lời thật nhiều ở tấm hình này để không phải chia tay nhà tâm lý).

5.5.6. Trắc nghiệm nhân cách MMPI-2

MMPI là trắc nghiệm nhân cách được nhà tâm lý Starke R. Hathaway và bác sỹ tâm thần J. Charnley McKinley giới thiệu lần đầu tiên năm 1941. Trắc nghiệm được dùng để đánh giá rối loạn nhân cách và rối loạn tinh thần ở người lớn (trên 18 tuổi), có thể dùng cho cá nhân hoặc tập thể. Ngoài việc sử dụng trong y khoa, trong các phòng khám tâm lý, bộ test được sử dụng rộng rãi trong một số tình huống

khác như để tuyển dụng nhân viên, tham vấn hoặc ứng dụng vào các chương trình giáo dục.

Cần lưu ý là cho dù các thang trong bộ trắc nghiệm có tên của những hội chứng lâm sàng, trắc nghiệm này hoàn toàn có thể được sử dụng cho người “bình thường”. Các chủ đề được đề cập đến đặc biệt phong phú: sinh lý, tâm lý, thần kinh học, hành vi, xã hội, gia đình... Trắc nghiệm được thiết kế để tìm hiểu suy nghĩ, cảm xúc, thái độ và hành vi của cá nhân, nghĩa là tất cả các yếu tố cấu thành nhân cách. Kết quả của trắc nghiệm phản ánh các điểm mạnh và điểm yếu trong nhân cách của chủ thể; nó còn cho phép xác định một số vấn đề tâm bệnh hoặc thiếu năng trí tuệ do tổn thương hệ thần kinh.

Bộ MMPI-2 gồm 567 câu chia thành các thang sau đây:

- Các thang hiệu lực: có hai công dụng
 - + dùng để kiểm tra xem kết quả trắc nghiệm có đủ độ hiệu lực không (liệu người làm trắc nghiệm có đáng tin không, có trả lời một cách hợp tác chứ không phải ngẫu nhiên hay không)
 - + tìm hiểu phong cách trả lời của người làm trắc nghiệm (hợp tác, phòng vệ, v.v.)
- Các thang lâm sàng/nhân cách cơ bản: mỗi thang lâm sàng cơ bản được dùng để đánh giá một nét nhân cách chuyên biệt. Cụ thể như sau:
 - + Hs (Hypochondriasis): Thang loạn thần kinh nghi bệnh
 - + D (Depression): Thang trầm cảm
 - + Hy (Hysteria Scale): Thang Hysteria
 - + Pd (Psychopathic Deviate Scale): Lệnh lạc nhân cách bệnh
 - + Mf (Masculinity - Femininity Scale): Thang nam tính - nữ tính
 - + Pa (Paranoia Scale): Thang rối loạn nhân cách Paranoia
 - + Pt (Psychasthenia Scale): Thang suy nhược tâm thần
 - + Sc (Schizophrenia Scale): Thang bệnh tâm thần phân liệt
 - + Ma (Hypomania Scale): Thang hưng cảm nhẹ
 - + Si (Social introversion Scale): Thang hướng nội
- Các thang bổ sung: Trầm cảm chủ quan (Subjective depression),

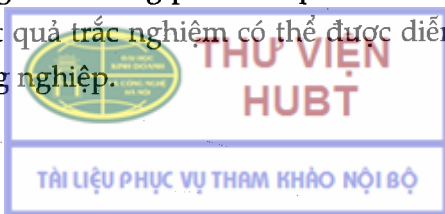
Chậm chạp tâm thần vận động (Psychomotor Retardation), Rối loạn chức năng cơ thể (Physical Malfunctioning), Trì trệ tâm thần (Mental Dullness), Thổi phồng cái tôi (Ego Inflation), Nhút nhát/ngượng nghịu (Shyness/Self-Consciousness), Né tránh xã hội (Social Avoidance), v.v.

5.5.7. Trắc nghiệm hoàn thành câu

Có thể coi trắc nghiệm hoàn thành câu là một dạng trắc nghiệm phóng chiếu. Được phát triển bởi nhà tâm lý học người Mỹ Morris I. Stein vào năm 1947, trắc nghiệm này ban đầu được dùng để đánh giá nhân cách lính Mỹ trở về sau chiến tranh một cách nhanh gọn và hiệu quả. Trắc nghiệm gồm phần đầu của các câu mà khách thể sẽ phải hoàn thành, ví dụ “Nó sẽ hạnh phúc hơn nếu...” hay “Tuổi thơ của tôi rất...”. Công cụ này cho phép đề cập và khám phá rất nhiều đề tài trong cuộc sống khách thể, nó cũng là công cụ hữu hiệu để làm “cố” cho buổi hỏi chuyện lâm sàng sau đó, đặc biệt khi khách thể là người không có thói quen nói về các vấn đề của mình.

Có rất nhiều lợi ích trong việc sử dụng trắc nghiệm này ở Việt Nam:

- Nó đòi hỏi công cụ hết sức đơn giản và rẻ tiền (giấy - bút).
- Hướng dẫn làm trắc nghiệm đơn giản và dễ hiểu đối với cả trẻ em lẫn người lớn (xem ví dụ phía dưới).
- Nhà tâm lý có thể thêm, bớt câu tùy theo tình huống của thân chủ.
- Trắc nghiệm cho phép tìm hiểu rất nhiều vấn đề: trầm cảm, lo lắng, tự đánh giá bản thân...
- Các chủ đề được đề cập đến bằng những câu gợi ý không gặp khó khăn trong thực tế văn hóa - xã hội Việt Nam.
- Để sử dụng trắc nghiệm, nhà tâm lý chỉ cần có kỹ năng và tư duy lâm sàng chứ không phải trải qua khóa đào tạo kỹ thuật gì đặc biệt. Kết quả trắc nghiệm có thể được diễn giải một mình hoặc với đồng nghiệp.



- Trắc nghiệm có thể được xây dựng cho mọi đối tượng, tùy theo vấn đề (nam giới, nữ giới, trẻ em, trẻ em có vấn đề học đường...)
- Trắc nghiệm có thể được dùng theo nhiều cách: trao đổi miệng nếu đó là trẻ chưa biết đọc, viết hoặc theo cách cổ điển (thân chủ tự điền phần câu cần hoàn thành). Thân chủ cũng có thể hoàn thành các câu tại chỗ hoặc mang về nhà.

Dưới đây là ví dụ về một trắc nghiệm hoàn thành câu:

Hãy hoàn thành các câu dưới đây theo ý của bạn một cách nhanh nhất có thể. Các câu đó có thể dài hoặc ngắn.

1. Nam không thể ngủ vì
2. Anh ấy sẽ không bao giờ quên.....
3. Điều ngăn cản anh ấy thành công.....
4. Đối với bạn bè, Nam
5. Không điều gì làm anh ấy giận dữ hơn.....
6. Điều thôi thúc anh ấy nhiều nhất
7. Nam nghĩ rằng tương lai của anh ấy
8. Khi anh ấy thất bại
9. Bố mẹ anh ấy không biết rằng
10. Khi anh ấy thấy những người khác thành công hơn mình
11. Giả như Nam có một sự lựa chọn.....
12. Nam rất phần nộ bởi.....
13. Anh ấy làm việc tốt hơn khi.....
14. Có lẽ Nam đã làm tất cả để quên.....
15. Anh ấy sẽ hạnh phúc hơn khi.....
16. Khi những khó khăn đã bắt đầu.....
17. Tuổi mà người ta hạnh phúc nhất
18. Trong giờ giải lao
19. Khi tôi lớn
20. Người ta thường cần đến.....



21. Khi tôi chỉ có một mình để làm việc.....
22. Điều làm tôi lo lắng nhất.....
23. Tôi có khả năng.....
24. Giả sử tôi bị đuổi học.....
25. Tôi không thích.....
26. Nghề hay nhất là.....
27. Thời thơ ấu của tôi đã.....
28. Không được coi thường.....
29. Trong lớp.....
30. Khi tôi đạt được mục đích của mình.....
31. Điều làm tôi đau khổ nhất chính là.....
32. Khi tôi có thể làm điều tôi muốn.....
33. Khi tôi không hiểu.....
34. Tôi nghĩ về tôi là.....
35. Tôi đã từng sợ.....
36. Tôi mong muốn hơn cả.....
37. Các hình phạt.....
38. Khi công việc làm tôi chán ngấy.....
39. Điều làm tôi lưu luyến nhất chính là.....
40. Thật tuyệt.....



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 6

TRỊ LIỆU TÂM LÝ

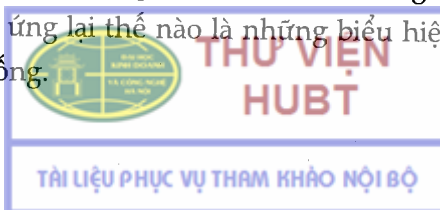
*Nicolas Bosc, Dana Castro, Véronique de Thuy-Croizé,
Camille Froidure, Bénédicte Grosjean, Dominique Sauveplane,
Alix Sebaux, Claude Sternis & Trần Thị Hồng Nhi*

6.1. KHÁI QUÁT VỀ TRỊ LIỆU TÂM LÝ

6.1.1. Thế nào là trị liệu tâm lý?

Trị liệu tâm lý là tổng hợp những phương thức tác động bằng các biện pháp tâm lý lên tư duy, đời sống tâm lý-tình cảm và hành vi của thân chủ. Vì vậy, khi thực hiện trị liệu tâm lý, nhà lâm sàng phải quan tâm đến tất cả những gì con người cảm nhận cũng như tất cả những ứng xử, phản ứng của anh ta, để tìm ra biện pháp nhằm cải thiện tình trạng mất cân bằng, bất thường hoặc đau khổ mà anh ta đang phải chịu đựng.

Trong quá trình sống, con người thường rơi vào trạng thái mất cân bằng khi có những biến cố lớn, đến bất chợt, làm thay đổi môi trường, nhịp sống của người đó. Chẳng hạn một người có thể trở nên mất tự chủ, lúc nào cũng trong tình trạng căng thẳng vì anh ta mới chuyển việc, phải làm việc trong môi trường cạnh tranh, ông chủ quá nghiêm khắc và công việc có nhiều áp lực; hay ví dụ những mất mát sau một thiên tai (mất người thân, tài sản...) cũng khiến con người suy sụp và đau khổ. Nhìn chung, căng thẳng, lo âu, trầm uất, sững sờ, lúng túng, không biết phải phản ứng lại thế nào là những biểu hiện của sự mất cân bằng trong cuộc sống.



Cần phải nhớ rằng ngoài tác động của yếu tố bên ngoài còn có nguyên nhân từ bên trong. Nguyên nhân từ bên trong là những đặc tính, quá trình tâm lý có sẵn và tự xuất hiện ở bên trong bản thân người đó. Các quá trình tâm lý của con người phát triển qua từng giai đoạn, nếu bị trục trặc ở một giai đoạn nào thì sẽ để lại dấu ấn ở giai đoạn đó. Trong đời người, có những giai đoạn mà ở đó con người được coi là dễ bị tổn thương hơn, chẳng hạn thời thơ ấu (0-6 tuổi). Thời thơ ấu là giai đoạn hình thành sự tự tin, sự tự đánh giá bản thân. Sự tự tin, hình ảnh bản thân là yếu tố giúp con người vượt qua những khó khăn, tác động đến môi trường xung quanh, cho phép người ta biết cách giao tiếp với những người khác. Sự tự tin còn biểu hiện qua tính tự lập, tự đứng một mình và đảm nhận những công việc, tự mình đối diện với những lo âu hoặc hụt hẫng về tâm lý. Tự tin còn có nghĩa là chủ động đưa ra sáng kiến hoặc hướng riêng để giải quyết khó khăn có thể xảy đến. Điều kiện để trẻ hình thành được sự tự tin trong giai đoạn này là trẻ phải có được cảm giác an toàn bên cạnh cha mẹ; cảm giác này tạo đà để trẻ khai phá thế giới xung quanh, dạy cho trẻ cách tác động đến môi trường xung quanh và thay đổi nó. Nếu chủ thể gặp phải tổn thương vào đúng giai đoạn xung yếu này, dấu ấn để lại khi lớn lên có thể là một nhân cách lệ thuộc, những rối loạn thích nghi, rối loạn hành vi, các rối loạn khí sắc như trầm cảm, lo âu, ám sợ...

Như vậy, để có thể tác động đến một người, giúp người đó vượt qua các vấn đề của mình, trị liệu tâm lý cần phải hiểu cả các giai đoạn phát triển của người đó và những sự kiện quan trọng đi kèm. Để thành công trong trị liệu tâm lý, cần nhớ rằng:

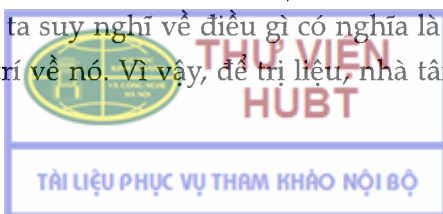
- Trị liệu tâm lý là làm việc với con người chứ không phải con bệnh. Nói đến con người là nói đến nhân cách. Chẳng hạn khi làm việc với một thân chủ bị rối loạn tâm căn hystery, nhà tâm lý không nên nhìn họ như một người bệnh hystery mà nên tìm hiểu xem họ sống một cuộc sống hystery như thế nào, các nét nhân cách của họ ra sao.

- Làm việc với con người là tìm hiểu tiểu sử của người đó, môi trường sống của họ, cuộc đời của họ, tầng lớp xã hội, nghề nghiệp, sở

thích và những điều họ mong muốn, quan tâm. Từ đó ta tìm ra những nguồn lực, những điểm tựa của người đó. Ta không nhấn mạnh vào triệu chứng của bệnh nhân mà là vào tổng thể con người và cuộc đời của họ.

Việc xây dựng lại tiền sử của thân chủ dựa trên những ký ức, quá khứ của họ sẽ giúp cho thân chủ dần dần tự tìm thấy quá khứ của mình, nói cách khác, bệnh nhân tự nhận ra mối liên hệ giữa quá khứ và hiện tại, ý nghĩa của quá khứ của chính anh ta. Đây là quá trình “diễn giải lại quá khứ của thân chủ”, là sợi chỉ đỏ xuyên suốt, là động lực giúp thân chủ thoát ra khỏi lo âu.

- Muốn diễn giải, dựng lại quá khứ của thân chủ, nhà tâm lý phải dùng đến lời nói. Lời nói là phương tiện để thân chủ biểu đạt những gì họ đã trải qua. Khi bệnh nhân lên cơn kích động, có nghĩa là họ không có cách nào bộc lộ được nỗi sợ hãi của mình; nhà tâm lý có thể giúp thân chủ bộc lộ nỗi sợ hãi bằng cách cùng thân chủ xây dựng lại, biểu tượng hóa các vấn đề và những nguyên nhân tiềm ẩn của vấn đề. Xin lấy một ví dụ khác: Một cô gái bị cưỡng dâm thường cảm lạnh. Nếu người này không nói được bằng lời thì cơ thể họ sẽ nói bằng những biểu hiện tâm thể như loét dạ dày, chán ăn... hoặc biểu hiện qua hành vi tác phong như tự tử... Nếu nhà tâm lý giúp cô gái này nói ra được sang chấn và những đau khổ, chịu đựng của mình thì rất có thể vấn đề sẽ không chuyển qua trạng thái tâm thể hóa hoặc rối loạn hành vi. Tương tự, những người nóng tính thường có ngưỡng chịu đựng thất bại trong cuộc sống thấp, để nâng sức chịu đựng của mình, có người dùng rượu hoặc đập phá, gây rối... vì họ không biết bộc lộ bất bình của mình bằng cách nào. Ngược lại, người có nhân cách chống đối xã hội nhưng nói ra được ít khi thể hiện xu hướng chống đối xã hội bằng hành động cụ thể hơn, vì họ đã nâng vấn đề của mình lên tư duy, suy nghĩ, lời nói. Như vậy, việc biến vấn đề của mình thành lời nói, xa hơn là thành tư duy, suy nghĩ, bản thân nó đã là một biện pháp giải tỏa cảm xúc cho cá nhân. Khi ta suy nghĩ về điều gì có nghĩa là ta đã thoát ra khỏi sự mù mờ tâm trí về nó. Vì vậy, để trị liệu, nhà tâm lý phải làm



việc với những nội dung tư duy, suy nghĩ của thân chủ, thông qua lời thân chủ nói.

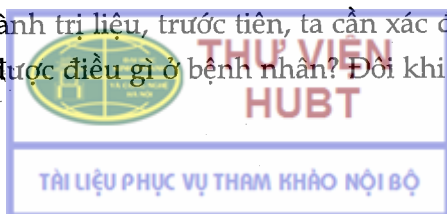
- Cảm xúc cũng là vấn đề mấu chốt của tâm lý trị liệu. Bởi quá khứ gắn chặt với cuộc sống hiện tại của thân chủ thông qua cảm xúc của thân chủ. Do đó, để làm việc với quá khứ, phải làm việc với cảm xúc của thân chủ. Gặp một bệnh nhân trầm cảm, ta giải thích như thế nào về cuộc sống buồn rầu của bệnh nhân? Ta có thể hiểu là họ chỉ bực lõ trước mặt ta, hay cảm xúc này xuyên suốt cuộc sống của họ? Hay có phải do buồn rầu nên họ khóc? Khi một bệnh nhân khóc thì sự khóc là phương tiện giải tỏa cảm xúc cho bệnh nhân này. Nhưng nếu bệnh nhân càng khóc càng buồn hơn thì có thể không phải họ buồn mà là họ thể hiện thông qua một cảm xúc khác. Vì vậy ta cần xem xét đến văn hóa của gia đình đó, nếu không sẽ có khả năng chẩn đoán sai. Về phía nhà tâm lý, nếu nhà tâm lý cảm thấy buồn trước mặt bệnh nhân, cần tự hỏi mình buồn vì chuyện gia đình của mình hay buồn vì đồng cảm với bệnh nhân. Nhà tâm lý cần phân tích cảm xúc của mình và nếu đó là cảm xúc riêng thì phải đặt nó qua một bên để toàn tâm toàn ý với bệnh nhân. Nhưng nếu buồn vì sự đồng cảm với bệnh nhân, hoặc chuyển dịch ngược, hoặc ta buồn vì ta không hiểu được bệnh nhân thì có nghĩa là khi đó ta đã có một hướng làm việc với bệnh nhân.

- Để tìm hiểu lời nói và cảm xúc của thân chủ, lắng nghe là phương pháp tiên quyết của trị liệu tâm lý. Tùy theo từng trường phái tâm lý mà nhà tâm lý biết mình nên lắng nghe gì từ thân chủ. Trường phái Phân tâm lắng nghe những điều từ vô thức, còn trường phái Hành vi lắng nghe những đau khổ thực tại của thân chủ... Trong mọi trường hợp, mục đích cơ bản là giúp thân chủ cải thiện tình hình.

6.1.2. Mục đích của trị liệu tâm lý

a. Những mục tiêu chung

Để tiến hành trị liệu, trước tiên, ta cần xác định mục tiêu trị liệu: ta muốn đạt được điều gì ở bệnh nhân? Đôi khi ta quá quan tâm đến



phương cách mà quên đi mục tiêu. Tuy nhiên, ta cần chọn lựa xem mục tiêu nào cần phải quan tâm và tùy theo bệnh nhân mà có mục tiêu thích hợp. Có các mục tiêu sau:

Giúp bệnh nhân giảm triệu chứng

Ở những bệnh nhân mà vấn đề của họ tiềm ẩn mối nguy hại cho xã hội cũng như cho bản thân họ, hoặc những bệnh nhân mà triệu chứng của bệnh khiến họ đau khổ trầm trọng, ta cần xoa dịu để họ cảm thấy dễ chịu hơn, sống hạnh phúc hơn. Có nhiều cách xoa dịu:

- Đề nghị bác sỹ tâm thần kê thuốc để nhanh chóng trấn áp triệu chứng, đặc biệt đối với những bệnh nhân loạn thần, hoang tưởng.

- Làm thay đổi hành vi theo trường phái tâm lý nhận thức - hành vi. Kỹ thuật của trường phái này có thể rất hiệu quả với những bệnh nhân có rối loạn ám ảnh sợ, ám ảnh cưỡng bức, ta không cần dùng đến thuốc.

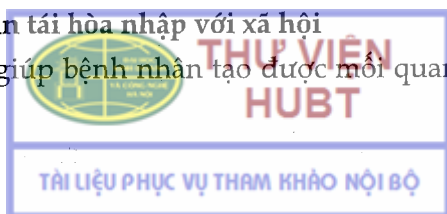
- Làm thay đổi ý thức theo trường phái tâm động học (phân tâm). Trường phái này có mục tiêu xa hơn là tìm và giải quyết nguyên nhân, chứ không chỉ đơn giản tìm cách làm thuyên giảm triệu chứng.

Giúp bệnh nhân tái hòa nhập với gia đình

Khi bệnh nhân được hòa nhập với gia đình sau khi trị liệu, họ sẽ lại gặp một số vấn đề, bởi vì trước đó, vì những khó khăn tâm lý, họ vốn đã có vấn đề với gia đình của mình rồi. Vì vậy, mục tiêu trị liệu là lấy lại con người xã hội của bệnh nhân, nhất là trong các mối quan hệ với gia đình họ. Muốn vậy, ta phải làm việc với gia đình, để những người trong gia đình học cách cư xử cũng như chấp nhận một số vấn đề ở người thân của mình. Bên cạnh đó, cần làm việc và chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân, nói trước một số biểu hiện và những khó khăn mà bệnh nhân sẽ có thể gặp phải để bệnh nhân có sự chuẩn bị trước và an tâm khi trở về với gia đình. Quá trình tái hòa nhập với gia đình diễn ra trôi chảy sẽ làm giảm biến chứng và tái bệnh ở bệnh nhân. Trong trường hợp ngược lại, bệnh nhân dễ rơi vào trạng thái thoái lui vì cảm thấy bị gia đình bỏ rơi.

Giúp bệnh nhân tái hòa nhập với xã hội

Làm cách nào giúp bệnh nhân tạo được mối quan hệ với những

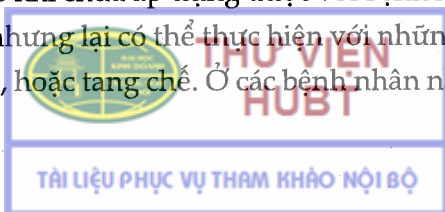


người khác và có những hành vi, tác phong phù hợp với xã hội? Chẳng hạn, nhà trị liệu có thể tập cho bệnh nhân thức-ngủ đúng giờ, tập cho họ giữ gìn vệ sinh, chăm sóc và dọn dẹp nhà cửa... Có thể có những bệnh nhân chưa bao giờ làm hoặc không được hướng dẫn để làm những việc này, nhưng cũng có những bệnh nhân vì vấn đề của mình mà tự tách ra khỏi xã hội và không còn quan tâm đến kỹ năng giao tiếp.

Ở Pháp có những căn hộ trị liệu tập thể, những bệnh nhân sống chung với nhau, có sự quản lý của một điều dưỡng. Mô hình này nhằm lôi họ ra khỏi sự cô lập và khỏi sự lệ thuộc với gia đình để bệnh nhân sống độc lập, nhưng trong nhóm xã hội nhỏ của họ. Những bệnh nhân này sẽ được tập thói quen chăm sóc cá nhân, họ phải đi chợ, nấu ăn, rửa chén... Những việc bình thường này cũng lôi bệnh nhân ra khỏi rồi nhiều, bệnh lý của mình. Căn hộ tập thể được xem như là nơi trung gian, là bước chuyển tiếp để bệnh nhân hội nhập với xã hội. Ở đây, ngoài người điều dưỡng còn có các nhà tâm lý trị liệu đến để giúp cho bệnh nhân nói chuyện, trao đổi với nhau (vì có những bệnh nhân chỉ im lặng làm việc của họ). Ngoài căn hộ tập thể, còn có sân vườn trị liệu, là nơi để cho bệnh nhân đến chăm sóc cây họ trồng, tạo ra cảnh quan đẹp. Mục đích là làm cho bệnh nhân quen với nhịp sống của xã hội, sự khác nhau của bốn mùa, cách sử dụng những dụng cụ lao động tay chân, nhớ lại các loại cây cũng như cách thức trồng..., từ đó hoạt động nhận thức của bệnh nhân được củng cố.

Giúp bệnh nhân sống tốt hơn

Chẳng hạn, trường phái Phân tâm muốn giúp thân chủ tìm ra ý nghĩa cuộc sống của mình, thông qua việc nói ra được những đau khổ và nhận biết các năng lực nội tại của mình. Lacan cho rằng mục đích của trị liệu tâm lý là làm sao để một người bệnh thụ động trở thành một chủ thể biết suy nghĩ, ham muốn và phát biểu được ý nghĩ của mình. Mục tiêu này có khi chưa áp dụng được với bệnh nhân loạn thần trong giai đoạn đầu nhưng lại có thể thực hiện với những bệnh nhân bị trầm cảm, hưng cảm, hoặc tang chế. Ở các bệnh nhân này, có những sự kiện



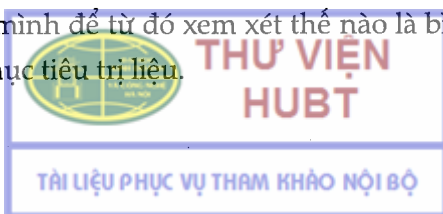
chấn động làm thay đổi cấu trúc nhân cách của họ, khiến họ không còn ý thức được bản thân mình nữa; do đó, công việc của nhà tâm lý là giúp họ tìm lại nhận thức về cuộc đời.

Như vậy, một trong những điểm giúp cho tiến trình trị liệu có sự phát triển là sự “tự hiểu” của thân chủ. Khi đó, thân chủ tự có trách nhiệm thay đổi mình. Đây là một khái niệm mang tính đạo đức trong trị liệu tâm lý. Đạo đức bởi ví dụ khi nuôi chó, muốn chó thay đổi sự phát triển tự nhiên, thay đổi bản năng của nó thì ta phải rèn luyện, nhưng thân chủ là con người, họ không chờ ta ra lệnh mà họ tự ra lệnh cho mình. Thông qua việc tìm cách thích nghi với bề tặc, khó khăn, thân chủ bắt đầu quá trình tự nhận thức bệnh của mình. Khi có sự thích ứng, tức là ở thân chủ đã có sự tái tạo nhận thức. Có một khó khăn là khi thân chủ thay đổi, chưa chắc cuộc sống đối với họ dễ dàng hơn, nhưng điều quan trọng là họ đã làm chủ họ và tự chịu trách nhiệm về mình (chạm trán với thực tại).

b. Những khó khăn để xác định được mục tiêu trị liệu

Thế nào là bình thường?

Tìm kiếm để hiểu khái niệm “bình thường” là một điều không dễ. Nói đến bình thường là nói đến sự hài hòa với những chuẩn mực xã hội. Dù ở trường phái nào, cách nhìn nhận bệnh nhân tâm thần cũng tiến triển theo thời gian. Chẳng hạn, trước đây người ta thường đầu súng để bảo vệ danh dự; hành động đó ngày xưa được xem là bình thường và được xã hội chấp nhận, nhưng xã hội ngày nay thì không. Hay ở những thế kỷ trước, người lãnh đạo là những chiến binh, họ có quyền đánh đập tù nhân và xem đó là chuyện bình thường. Nhưng ngày nay, một đứa trẻ đánh bạn, hành vi đó không được xem là bình thường. Hoặc đồng tính luyến ái là hành vi từng bị xem là tâm thần trong những thế kỷ trước, nay được nhìn nhận là bình thường, không phải bệnh lý... Do vậy, nhà tâm lý cần phải xác định vị trí, chỗ đứng về mặt lý luận của mình để từ đó xem xét thế nào là bình thường, bắt thường để đưa ra mục tiêu trị liệu.



Sự chối bỏ

Đây là hiện tượng phổ biến ở nhiều nước. Những người có bệnh tâm thần thường bị xã hội đánh giá thấp vì họ bị coi là không tiến lên trong cuộc sống. Điều này khiến chính thân chủ phủ nhận bệnh của mình và tìm đến nhà tâm lý rất trễ; họ nghĩ họ có thể tự vượt qua được.

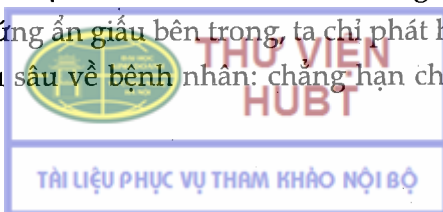
“Chối bỏ” là thuật ngữ được dùng trong Phân tâm học, chỉ sự cưỡng lại về mặt tâm lý của con người. Sự chối bỏ có thể xảy ra ở bản thân thân chủ, gia đình, xã hội và ngay cả trong nơi điều trị. Những bệnh nhân có bề ngoài ưa nhìn, trẻ trung, dễ thương thường tự chối bệnh vì họ lầm tưởng mình không bị bệnh. Khi đó chẩn đoán sẽ càng gặp trở ngại, mà nếu chẩn đoán sai thì trị liệu cũng sai theo. Một trường hợp khác, đó là sự biểu lộ triệu chứng ở những người lớn tuổi thường hay bị lầm tưởng là biểu hiện bình thường của người già. Vì vậy, cần nhớ rằng tùy theo tuổi và tùy từng trường hợp mà bệnh nhân có cách biểu lộ bệnh khác nhau. Để tránh tình trạng chối bỏ, không nhìn ra bệnh của bệnh nhân, nhà tâm lý phải thường xuyên nhắc bản thân rằng mình không thể nào hiểu biết hết mọi vấn đề, rằng mình có nhiều hạn chế và biết rõ những hạn chế đó là gì.

c. Xác định mục tiêu trị liệu dựa trên đánh giá, chẩn đoán

Có đánh giá, chẩn đoán rõ ràng, chính xác thì mới xác định được mục tiêu trị liệu. Thông thường, nhà tâm lý lâm sàng có ba công cụ chẩn đoán: hỏi chuyện lâm sàng, quan sát và trắc nghiệm tâm lý.

Để đánh giá, chẩn đoán chính xác, nhà tâm lý cần tìm ra triệu chứng và ý nghĩa của triệu chứng. Có những triệu chứng lộ ra bên ngoài nhưng cũng có những triệu chứng ẩn giấu bên trong. Những triệu chứng lộ ra bên ngoài gồm có sự hoang tưởng; sự căm lạng (bệnh nhân ngủ suốt ngày); bồn chồn kích động đứng ngồi không yên; những người hút cần sa nhiều thường có gương mặt đỏ, mắt lờ ra ngoài; người mắc bệnh chán ăn và có thân hình gầy như que củi... Còn những triệu chứng ẩn giấu bên trong, ta chỉ phát hiện ra khi:

- + Tìm hiểu sâu về bệnh nhân: chẳng hạn chỉ khi hỏi kỹ thì mới



phát hiện bệnh nhân có nghe tiếng nói bên tai, vì có trường hợp bệnh nhân bị ảo giác lâu năm, họ xem đó là chuyện bình thường nên không chủ động nói ra cho nhà tâm lý biết.

+ Tìm sự mâu thuẫn trong lời nói, biểu hiện hành vi của bệnh nhân: chẳng hạn một bệnh nhân nói “tôi bình tĩnh lắm” mà hai tay họ vịn xoắn vào nhau, ta thấy có sự mâu thuẫn giữa những điều bệnh nhân nói và ngôn ngữ cơ thể của họ.

+ Đồng cảm với bệnh nhân, tự đặt mình vào hoàn cảnh của bệnh nhân.

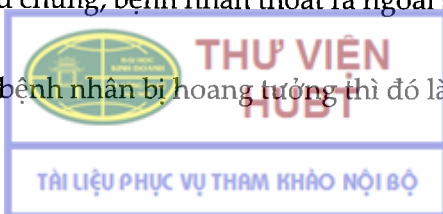
Khi đã tìm ra triệu chứng, trước khi tìm cách trấn áp, hãy tập trung suy nghĩ xem ý nghĩa của chúng là gì. Trong trị liệu phân tâm, triệu chứng bệnh là biểu hiện của sự đau khổ bị kìm nén lại. Theo đó, người ta không tìm cách làm thuyên giảm trực tiếp triệu chứng mà an ủi bệnh nhân để bệnh nhân tìm ra nguyên nhân của triệu chứng, thoát cảnh đau khổ quá đáng. Đối với một bệnh nhân nghiện rượu, để cắt triệu chứng, ta cần làm bệnh nhân ngưng uống rượu, nhưng về tâm lý lâm sàng ta cần đặt câu hỏi: Tại sao bệnh nhân uống rượu? Điều đó đem lại điều gì cho bệnh nhân? Có phải bệnh nhân đang gặp những khó khăn nào khác? Bệnh nhân có bị trầm cảm không? Bệnh nhân tự cảm thấy mình không có giá trị và uống rượu để tự hủy hoại bản thân?... Nói chung, mỗi triệu chứng đều có ý nghĩa của nó. Tự trung có ba ý nghĩa:

- Triệu chứng xuất hiện là cách bệnh nhân *thích nghi với hoàn cảnh*: là dấu hiệu báo động với gia đình, với mọi người rằng tôi đang có vấn đề; đây là cách bệnh nhân giao tiếp với người khác thông qua triệu chứng của mình.

Ví dụ: đứa bé đái dầm, triệu chứng đái dầm là thông điệp muốn nói rằng tôi đang ghen tức vì tôi có thêm một đứa em. Nếu đứa bé được điều trị thuốc thì sẽ hết đái dầm nhưng ghen tuông với em vẫn còn.

- Triệu chứng xuất hiện để *thay thế những đau khổ bên trong của bệnh nhân*: thông qua triệu chứng, bệnh nhân thoát ra ngoài sự đau khổ của mình.

Ví dụ: Nếu một bệnh nhân bị hoang tưởng thì đó là một điều may



mẩn vì nếu không, bệnh nhân sẽ trầm cảm và có thể dẫn đến tự tử. Do đó, có nhiều bệnh nhân cứ giữ khư khư triệu chứng của họ vì nó bảo vệ họ, vì họ phải có một cách để tồn tại và để biểu lộ sự đau khổ.

- Triệu chứng xuất hiện là sự *biến đổi từ một triệu chứng khác*: trong cuộc đời bệnh nhân, một số giai đoạn bị đè nén, kìm hãm lại sẽ tìm cách bộc lộ ra ngoài thông qua triệu chứng. Và những triệu chứng sẽ thay đổi: triệu chứng này sẽ thay thế triệu chứng khác.

Ví dụ: một người có ám ảnh sợ chó, có biểu hiện không dám nhìn chó. Theo Phân tâm học, không phải đơn thuần bệnh nhân sợ chó mà phải có cái gì đó đã xảy ra khiến bệnh nhân không muốn nhìn thấy con chó, nghe nói đến chó. Nhà tâm lý cần quan tâm đến ý nghĩa của nỗi sợ này ở bệnh nhân, bệnh nhân đã che giấu gì sau triệu chứng này.

6.1.3. Buổi gặp đầu tiên giữa nhà tâm lý và thân chủ

a. Mục tiêu của buổi gặp đầu tiên

- Xác định lý do đến khám và xác định yêu cầu của thân chủ

Xác định lý do đến khám tức là nghe và hiểu rõ yêu cầu của thân chủ hoặc của cha mẹ trong trường hợp thân chủ là trẻ em. Cũng cần xác định các yêu cầu ngầm ẩn bởi đôi khi đó là những khó khăn mà chính thân chủ và/hoặc phụ huynh cũng không biết và vì thế không nói ra. Cũng có khi lý do đến khám che giấu một vấn đề quan trọng hơn, chỉ có cuộc hỏi chuyện sâu và đầy đủ mới cho phép xác định điều đó.

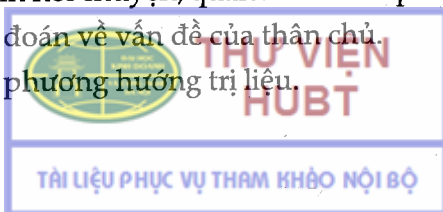
- Đưa ra giả thuyết về vấn đề của thân chủ

Những thông tin thu được từ buổi gặp đầu tiên cần đủ để cho phép nhà tâm lý đưa ra giả thuyết xem đâu là vấn đề, khó khăn tiềm tàng của thân chủ. Giả thuyết này có thể được kiểm tra lại ở buổi gặp thứ hai thông qua các trắc nghiệm.

- Chẩn đoán

Từ thông tin hỏi chuyện, quan sát và kết quả trắc nghiệm, nhà tâm lý đưa ra chẩn đoán về vấn đề của thân chủ.

- Xác định phương hướng trị liệu.



b. Những thông tin cần thu thập được trong buổi gặp đầu tiên

Để có thể xác định vấn đề của thân chủ, nhà tâm lý cần thu thập được càng nhiều càng tốt những thông tin về thân chủ. Các thông tin này liên quan đến:

- Những rối nhiễu hiện tại của thân chủ: lịch sử của các rối nhiễu này, cách thức xuất hiện, có vấn đề tương tự ở thành viên khác trong gia đình không, cường độ và tần suất.
- Gia đình: các con trong gia đình (giới tính, tuổi, vị trí của thân chủ trong các anh chị em), ai sống với ai, những vấn đề riêng nổi bật, cách cư xử giữa các anh chị em, có đứa con nào được đề cao hơn không, phản ứng của mọi người trong gia đình trước rối nhiễu của thân chủ, mối quan hệ của cha mẹ, nghề nghiệp và tính cách của cha mẹ, ông bà còn sống hay đã qua đời, có sống cùng không, mối quan hệ của thân chủ với ông bà, mối quan hệ của cha mẹ với ông bà, sự kiện nổi bật trong cuộc sống gia đình, phong cách giáo dục của cha mẹ.
- Điều kiện sống: điều kiện vật chất của gia đình, thu nhập có đảm bảo cuộc sống không, sống ở thành thị/nông thôn...
- Các giai đoạn phát triển (nếu thân chủ là trẻ em): thời kỳ mang thai, lúc sinh nở, lúc trở về nhà sau khi sinh, sự phát triển đầu đời của trẻ (mối quan hệ sớm với người xung quanh, những trao đổi có cảm xúc đầu tiên)...
- Vấn đề sức khỏe thể chất: của thân chủ và các thành viên trong gia đình thân chủ.
- Tính tình của thân chủ: thân chủ tự nhận xét, nhận xét của người khác (cha mẹ, anh chị em...).
- Tình huống ở trường (đối với trẻ em) hoặc nơi làm việc (đối với người lớn): thái độ với công việc, quá trình làm việc, khó khăn gặp phải...
- Các hoạt động ngoại khóa, vui chơi giải trí, tự phát triển bản thân...



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

c. Diễn biến của buổi gặp đầu tiên trong thực hành tâm lý lâm sàng

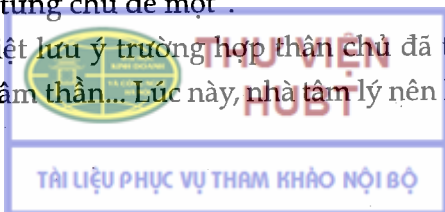
Ở buổi gặp đầu tiên, có thể có một số nhà tâm lý để cho thân chủ tự nói, cũng có thể nhà tâm lý là người chủ động đặt câu hỏi để tránh áp lực cho thân chủ nếu thân chủ không biết bắt đầu từ đâu. Nhà tâm lý có thể hỏi câu đơn giản đầu tiên “Anh/chị tìm chỗ có khó không?” rồi mới giới thiệu bản thân, giới thiệu về hình thức buổi gặp.

Sau đó nhà tâm lý đề nghị thân chủ: “Bây giờ anh chị có thể nói bất cứ điều gì/điều gì quan trọng đối với anh chị/điều gì anh chị thấy để nói, để bắt đầu...”. Nhà tâm lý dành khoảng 1h-1h30’ để tìm hiểu thân chủ sau đề nghị này. Khi kết thúc thời lượng này, cần nói “Có thể trong buổi hôm nay chúng ta vẫn chưa hiểu hết tất cả các vấn đề nhưng trong những buổi tiếp theo chúng ta sẽ dành thời gian để tìm hiểu chúng”.

Những câu nói ngắn gọn này mất ít thời gian nhưng có thể gây nhiều hiệu ứng tích cực cho thân chủ. Thông qua những thái độ, cử chỉ... của nhà tâm lý, thân chủ bắt đầu làm quen với một người lạ; thân chủ cũng thường xuyên quan sát và đánh giá nhà tâm lý là người thế này, thế khác. Sự chân thành và cởi mở của nhà tâm lý là điều rất quan trọng để thân chủ cởi mở. Có những thân chủ có nỗi sợ thường trực khi gặp nhà tâm lý vì không biết người mình phải đối diện là ai.

Trong buổi gặp, nhà tâm lý cần chú ý những câu đầu tiên của thân chủ vì nó thường liên quan đến những vấn đề trọng tâm. Cần ghi nhớ lại các lời đầu tiên đó. Tránh ngắt lời thân chủ trong lần gặp đầu tiên vì thân chủ có nhiều điều muốn thổ lộ. Thời điểm này rất quan trọng vì chưa bao giờ thân chủ có thể thổ lộ như vậy với ai. Nhà tâm lý không nên vì muốn nắm bắt nhanh vấn đề mà lại hỏi dồn dập. Trong suốt buổi gặp, nhà tâm lý cũng cần có các câu nói để nâng đỡ cho thân chủ, chẳng hạn “Hôm nay, mình đã đề cập nhiều chủ đề và đi từ chủ đề này sang chủ đề khác. Điều đó là bình thường. Sau này chúng ta sẽ lần lượt đề cập kỹ hơn từng chủ đề một”.

Cần đặc biệt lưu ý trường hợp thân chủ đã từng gặp chuyên gia tâm lý, bác sỹ tâm thần... Lúc này, nhà tâm lý nên hỏi thân chủ “Bạn đã



từng làm việc với chuyên gia tâm lý? Bạn cảm thấy thế nào?”, bởi khi thân chủ nói ra điều thích hay không thích đối với nhà tâm lý trước đó thì chúng ta cũng dễ dàng nhận ra nhu cầu của thân chủ và quan trọng là chọn được thái độ và phương pháp làm việc tốt hơn. Nếu thân chủ có thiện cảm với phương pháp trị liệu cũ thì chúng ta cũng có thể tham khảo điều đó.

Cuối lần gặp đầu tiên, nhà tâm lý cần phải nói lại cho thân chủ một số thông tin, quy định làm việc, khích lệ, trấn an thân chủ, chẳng hạn “Hôm nay bạn đã trao đổi rất nhiều, bạn đã phải kể nhiều về quá khứ và cuộc sống hiện tại của bạn, tôi hiểu rõ những điều mà bạn nói ngày hôm nay”. Các câu nói chủ yếu để thân chủ thấy chúng ta quan tâm, tập trung và đầu tư tâm trí vào câu chuyện của thân chủ. Cuối cùng, nhà tâm lý cần thảo luận với thân chủ cách thức của lần gặp sau.

6.1.4. Mối quan hệ giữa nhà tâm lý và thân chủ

a. Sự khác nhau giữa cách làm việc của bác sỹ tâm thần và nhà trị liệu

Bác sỹ tâm thần sử dụng phương pháp loại suy, có nghĩa là họ loại dần các nghi vấn để đi đến một chẩn đoán và quan tâm đến triệu chứng của người bệnh. Còn nhà trị liệu sử dụng phương pháp quy nạp, có cái nhìn tổng thể. Nhà trị liệu quan tâm nhiều đến quá trình sống, tiểu sử của bệnh nhân, quan tâm đến nhân cách, cấu trúc tâm lý của bệnh nhân ngoài bệnh lý mà họ đang có. Vì vậy, khi tiếp cận bệnh nhân, nhà trị liệu cần bình tĩnh đặt ra những giả thuyết để đi đến chẩn đoán. Có hai loại chẩn đoán: chẩn đoán bệnh mà bệnh nhân đang có và đánh giá tính cách cá nhân, các nguồn lực nội tâm của bệnh nhân. Hai chẩn đoán này luôn bổ sung cho nhau. Nhà trị liệu đưa ra được hai chẩn đoán là do khả năng quan sát và lắng nghe. Việc quan sát và lắng nghe sẽ giúp nhà trị liệu hiểu được bệnh nhân, nhìn thấy được những gì biểu hiện cụ thể trước mắt và những gì không biểu hiện ra. Nhà tâm lý lắng nghe những gì bệnh nhân nói và cả những gì mà bệnh nhân



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

không nói ra. Tùy vào loại người mà nhà tâm lý sẽ có những chiến lược lắng nghe khác nhau, mặc dù họ có cùng một triệu chứng. Khi quan sát và lắng nghe, nhà trị liệu phải làm cho bệnh nhân cảm thấy họ hữu dụng, họ đang được lắng nghe.

Để trị liệu được cho bệnh nhân, nhà tâm lý trước hết phải biết tự điều trị mình. Khi tiếp xúc với bệnh nhân, thường sẽ nảy sinh hai tình huống, đó là:

+ Sự xúc động trước hoàn cảnh của bệnh nhân: những câu chuyện của riêng nhà tâm lý sống lại khi nghe đến câu chuyện của bệnh nhân. Khi đó nhà trị liệu phóng chiếu cái tôi của mình vào bệnh nhân, lẫn lộn giữa vấn đề của bệnh nhân và của chính mình.

+ Nhà trị liệu tự khóa mình lại trước những xúc cảm của bệnh nhân do không chịu nổi những đau khổ của người khác nên “không muốn” nghe.

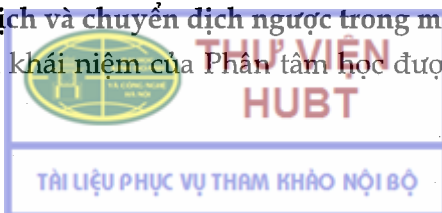
Để tránh nguy cơ đó, nhà trị liệu phải cần đến phương pháp giám sát, chia sẻ với đồng nghiệp để được giúp đỡ khi có vấn đề.

b. Mối quan hệ nhà tâm lý - thân chủ

Mỗi một trường phái có cách nhìn riêng về mối quan hệ giữa nhà tâm lý và thân chủ. Phân tâm học quan tâm đến sự chuyển dịch, còn trường phái hệ thống gọi là liên minh trị liệu. Một cách nói chung, mối quan hệ giữa nhà tâm lý và thân chủ được khai sinh ngay buổi đầu tiên khi hai phía gặp nhau. Nó được xây dựng từ lời nói, thái độ, cử chỉ... mà hai bên tương tác với nhau. Không phải chỉ có nhà tâm lý quan tâm đến tính cách thân chủ, chính thân chủ cũng luôn quan tâm đến nhân cách, tính cách của nhà tâm lý. Do đó nhà tâm lý cần có thái độ để cho thân chủ cảm thấy được an toàn, phải thể hiện được sự cân bằng về mặt tâm lý, phải duy trì được sự giao tiếp với thân chủ suốt buổi trị liệu bằng cách nhìn vào mắt nhau, lắng nghe, có thể xiết nhẹ tay thân chủ hoặc vịn vai khi thân chủ khóc.

Chuyển dịch và chuyển dịch ngược trong mối quan hệ trị liệu

Đây là hai khái niệm của Phân tâm học được nhắc đến rất nhiều



khi phân tích mối quan hệ trị liệu. Chuyển dịch chỉ hiện tượng mỗi quan hệ trị liệu gợi lại ở thân chủ những kỷ niệm thơ ấu như tình mẹ con, cha con, anh chị em...; ở phía thân chủ nảy sinh những tình cảm dành cho nhà tâm lý cũng giống như tình cảm dành cho người thân của mình. Chuyển dịch chỉ ảnh hưởng của mối quan hệ trị liệu lên thân chủ.

Chuyển dịch ngược chỉ quá trình ngược lại, đó là ảnh hưởng của mỗi quan hệ trị liệu lên nhà tâm lý. Tình huống, vấn đề, các kỷ niệm của thân chủ gợi cho nhà tâm lý nhớ đến những trải nghiệm của cá nhân mình, nhà tâm lý có nguy cơ phản ứng trước tình huống thân chủ kể như thể đó là câu chuyện của chính mình.

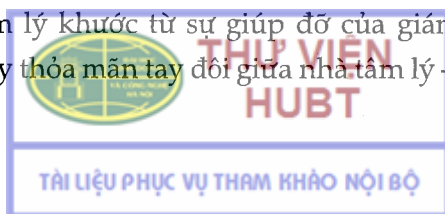
Chẳng hạn, trong trị liệu, chuyển dịch là khi bệnh nhân nói “Sao ông cư xử giống ba tôi?”. Hoặc nếu nhà tâm lý mất mẹ, khi nghe bệnh nhân trình bày về việc nhà có tang, nhà tâm lý tự nhiên cũng buồn, khóc, không phải vì xúc động cho thân chủ mà là xúc động cho bản thân mình. Vì vậy, nhà tâm lý cần phân biệt được cảm xúc của mình là cảm xúc cho thân chủ hay cho chính bản thân mình.

Những giới hạn trong mối quan hệ trị liệu

Đặt ra giới hạn là điều quan trọng khi nhà tâm lý chưa rõ về mình hoặc nhà tâm lý còn những lỗ hổng trong kiến thức. Kinh nghiệm cho thấy rằng nếu một nhà tâm lý không rõ ràng về khuynh hướng tình dục của mình thì không thể nào giúp đỡ được một thân chủ có vấn đề về tính dục (đồng tính hay bình thường) hoặc có những nhà tâm lý sợ chết, lo lắng sợ chết thì sẽ gặp khó khăn đối với những thân chủ lớn tuổi hoặc mắc bệnh hiểm nghèo. Khi đó nhà tâm lý không thể nào đưa bệnh nhân vượt khỏi những giới hạn mà họ ở trong đó.

Nhà tâm lý cũng nên ý thức về quan niệm về sự tự yêu mình, đó là khi anh ta tự thỏa mãn về bản thân mình, cho rằng trị liệu là một nghề cao quý, nó có thể giúp đỡ người khác và có vai trò gần với vai trò của nhà tu (ban phát cho người khác).

Đôi khi, nhà tâm lý khước từ sự giúp đỡ của giám sát viên. Đó thường là khi có nguy thỏa mãn tay đôi giữa nhà tâm lý – thân chủ. Bởi



vì vai trò của giám sát viên là theo dõi một cách khách quan, nhắc nhở nhà tâm lý khi nhà tâm lý quá gần bó với thân chủ hoặc gặp khó khăn trong quá trình điều trị.

Khi thân chủ nói với nhà tâm lý là họ không muốn trị liệu nữa, mặc dù họ rất muốn được điều trị, đó có thể là do họ sợ lành bệnh, đồng nghĩa với việc mất đi những lợi ích nào đó từ triệu chứng. Chẳng hạn, khi một đứa trẻ bị bệnh, ba mẹ thương yêu chăm sóc, lành bệnh đồng nghĩa với việc nó không còn được quan tâm chăm sóc như trước nữa.

Chức năng mẫu tử và chức năng phụ tử của trị liệu tâm lý

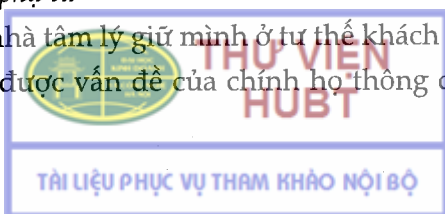
Chức năng mẫu tử

Đối với trẻ sơ sinh, mẹ có vai trò bảo bọc về tinh thần cũng như cơ thể. Lý thuyết về chức năng mẫu tử cho rằng đứa trẻ sơ sinh có cấu trúc tâm lý chưa phát triển hoàn chỉnh, vì vậy bà mẹ cho trẻ “mượn” cấu trúc tâm lý của mình. Nếu cấu trúc tâm lý của bà mẹ tốt, cỗ máy tư duy của bà mẹ tốt thì đứa bé tránh được cảm giác bị bỏ rơi, sau đó trẻ có thể từ từ xây dựng cấu trúc tư duy cho mình và phát triển. Tuy nhiên, cũng có những bà mẹ không làm được điều đó, khi đó đứa trẻ vẫn tự vận hành. Nếu một bà mẹ bị loạn thần, cấu trúc tâm lý của bà mẹ này bị suy yếu, tư duy, xúc cảm của bà lộn xộn, không có sự sắp xếp và thể hiện sự lo âu. Điều này sẽ ảnh hưởng đến cấu trúc tâm lý của trẻ, trẻ cũng thiếu tự tin và lo âu. Hiểu được như vậy để ta có thể ứng dụng vào môi trường trị liệu.

Dựa vào lý thuyết về chức năng mẫu tử, trong trị liệu, nhà tâm lý có lúc thực hiện chức năng suy nghĩ giùm bệnh nhân, cho bệnh nhân “mượn” cấu trúc tư duy của mình. Chẳng hạn, bệnh nhân bị loạn thần hoang tưởng nhưng nhà tâm lý chắc chắn là không bị hoang tưởng hoặc ít nhất ông ta có những lời nói, tư thế để trấn an bệnh nhân. Nhà tâm lý, với cấu trúc tâm lý bình thường, sẽ ở trong không gian hoang tưởng của bệnh nhân cùng với bệnh nhân.

Chức năng phụ tử

Đó là khi nhà tâm lý giữ mình ở tư thế khách quan, giúp cho bệnh nhân thoát ra được vấn đề của chính họ thông qua lời nói. Với chức

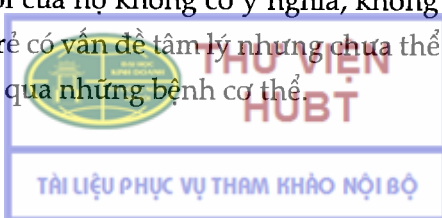


năng này, nhà tâm lý dường như muốn nói: “Nếu anh có khó khăn gì thì đừng manh động mà hãy chuyển qua tư duy”. Như vậy, nhà tâm lý như là một điều luật để cho bệnh nhân tuân theo, cũng như trong gia đình, người cha là đại diện cho những quy định, những trật tự, nội quy, quy định những đứa con được phép làm gì và không được phép làm gì.

Thông thường, mọi sự cấm đoán, gò bó đều làm cho bệnh nhân khó chịu. Tuy nhiên, cần hiểu rằng đối với những đứa trẻ bình thường thì những quy định, nội quy, trật tự đã đặt ra cho chúng một giới hạn, không phải muốn làm gì thì làm. Trong trị liệu tâm lý, giới hạn được thể hiện thông qua hợp đồng trị liệu. Đó là những quy định về ngày giờ khám, điều gì được làm và điều gì không được làm trong phòng tư vấn... Nếu bệnh nhân không tuân thủ những quy định thì nhà tâm lý phải cảnh báo cho bệnh nhân biết và khi đó, nhà tâm lý đang ở vào vai trò là người cha, người làm luật trong gia đình.

Vai trò của lời nói và sự biểu tượng hóa

Một trong những hỗ trợ quan trọng của tâm lý trị liệu là sự nói ra thành lời tất cả những đau khổ. Nói ra thành lời có nghĩa là bệnh nhân đã biểu tượng hóa được sự đau khổ của mình. Chẳng hạn, nếu như người bình thường có thể trao đổi suy nghĩ thông qua lời nói, thì giữa những bệnh nhân tâm thần nữ thường diễn ra các giao tiếp không thành lời như sự chạm vào nhau, vuốt ve nhau... (ngôn ngữ cơ thể). Đây là hai cách giao tiếp rất khác nhau. Vậy, trị liệu tâm lý là làm thế nào để những bệnh nhân tâm thần có thể trở lại bình thường và giao tiếp bằng ngôn ngữ. Khi một người có khả năng nói là họ đã chuyển những xúc cảm qua lời nói và có khả năng dùng những biểu tượng để minh họa lời nói của mình. Đối với những người bị loạn thần, họ bị suy yếu trong cấu trúc nhân cách nên không có khả năng biểu tượng hóa được những xúc cảm của họ. Những bệnh nhân hoang tưởng cũng nói nhưng những câu nói của họ không có ý nghĩa, không biểu đạt được điều gì. Những đứa trẻ có vấn đề tâm lý nhưng chưa thể chuyển thành lời nói thì sẽ thể hiện qua những bệnh cơ thể.



Các phương thức giao tiếp của nhà tâm lý

- **Cắt ngang, làm đứt quãng:** Việc này không nhằm làm tổn thương bệnh nhân mà giúp cho bệnh nhân không đi quá đà, ngăn trở một hành vi gây tổn thương cho bệnh nhân. Chẳng hạn một bệnh nhân có hành vi tự hủy hoại mình, nhà trị liệu phải ngăn cản ngay.

- **Chỉ huy:** Giới thiệu với bệnh nhân các nội dung của khuôn khổ trị liệu, chỉ cho bệnh nhân chỗ ngồi mà mình quy định cho bệnh nhân...

- **Kênh thông tin:** Trao đổi thông tin lẫn nhau giữa nhà tâm lý và bệnh nhân.

- **Kênh nuôi dưỡng mối quan hệ giao tiếp:** Người này đáp ứng lại nhu cầu của người kia.

- **Kênh giao tiếp về mặt cảm xúc:** Cho phép mỗi người có cảm xúc riêng của mình, trao đổi cảm xúc lẫn nhau, như sự đồng tình, sự hài hước...

Để giao tiếp được tốt, nhà tâm lý phải cùng pha với bệnh nhân và có thể sử dụng một hoặc nhiều kênh giao tiếp cùng một lúc. Tuy nhiên, mỗi người (bệnh nhân) đều có một kênh giao tiếp đặc trưng của mình. Vì vậy, nhà tâm lý cần phải biết sử dụng linh hoạt để tiện việc giao tiếp.

Ví dụ: một bệnh nhân *hystery* luôn muốn có sự quan tâm của người khác, tiền sử họ là người bị phản bội hoặc bị bỏ rơi. Do đó, kênh 4 là thích hợp nhất (kênh nuôi dưỡng mối quan hệ) vì sẽ làm cho bệnh nhân cảm thấy an toàn. Lưu ý: Trong trường hợp nhà tâm lý sắp chuyển công tác thì không nên nhận những bệnh nhân này. Vì khi đó, bệnh nhân sẽ cảm thấy mình bị bỏ rơi một lần nữa.

Ví dụ: bệnh nhân có nhân cách phi xã hội thường không thừa nhận chuẩn mực, luật lệ. Vì vậy, trong buổi tiếp xúc đầu tiên, kênh 5 là thích hợp nhất để thiết lập được mối quan hệ, sau đó đưa họ vào chuẩn mực nhất định.

Những bài tập thực hành về tư thế ngồi của nhà tâm lý và bệnh nhân

Bài tập 1: Đối với bệnh nhân sợ ngồi đối diện (né tránh sự trực diện), nhà tâm lý làm thế nào để bệnh nhân cảm thấy an toàn khi thực hiện trị liệu?



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong trường hợp đó, chấp nhận để bệnh nhân ngồi với tư thế quay ngang vuông góc với nhà tâm lý nhưng chếch về bên phải.

Bài tập 2: Tư thế của nhà tâm lý và bệnh nhân né tránh quan hệ xã hội?

Tư thế của bệnh nhân không muốn tiếp xúc (quay mặt ngang, không nhìn nhà tâm lý). Nhưng tư thế của nhà tâm lý muốn tiếp xúc. Trong trường hợp này, ta dung hòa bằng cách có một cái bàn ở giữa.

Bài tập 3: Tư thế tiếp xúc đối với bệnh nhân có nhu cầu tiến đến gần nhà tâm lý, muốn được gần bó, kết hợp với nhà tâm lý?

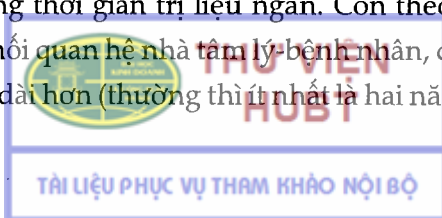
Khi đó, nhà tâm lý cần đặt ra một chuẩn mực để công việc của mình được tiến hành dễ dàng mà bệnh nhân không cảm thấy bị xúc phạm. Có thể là có một cái bàn ở giữa, nhưng phải giải thích cho bệnh nhân hiểu là không phải mình không muốn tiếp xúc mà là để tiện cho công việc như ghi chép hoặc nội quy của nơi làm việc phải như vậy...

6.1.5. Tiến trình trị liệu tâm lý

a. Hợp đồng trị liệu

Trước khi tiến hành trị liệu tâm lý, nhà tâm lý cần cùng với bệnh nhân thông qua hợp đồng trị liệu. Trong buổi khám đầu tiên, nhà tâm lý cho bệnh nhân biết mình làm chủ tình thế bằng cách ghi ra các nội dung của hợp đồng này (giờ giấc, tần suất...). Có như vậy mới khiến bệnh nhân cảm thấy tin tưởng, và sau khi rời phòng khám, bệnh nhân lại có thêm một kỷ năng (lên kế hoạch, tuân thủ các giới hạn...).

Hợp đồng trị liệu cần đề cập đến khuôn khổ trị liệu: giờ giấc, tần suất buổi khám, có cho phép bệnh nhân vắng mặt trong một số buổi khám hay không, tổng thời gian trị liệu 10 buổi hoặc sáu tháng hoặc hai năm... Nếu hết hợp đồng trị liệu mà ta thấy cần phải tiếp tục thì sẽ tạo một hợp đồng mới. Thông thường, trị liệu theo trường phái nhận thức - hành vi có tổng thời gian trị liệu ngắn. Còn theo trị liệu Phân tâm, phải xây dựng mối quan hệ nhà tâm lý-bệnh nhân, đào sâu tiểu sử nên quá trình trị liệu dài hơn (thường thì ít nhất là hai năm). Tuy nhiên,



thời gian trị liệu cũng còn tùy thuộc vào bệnh nhân, gia đình của bệnh nhân, cơ sở làm việc...

Hợp đồng là thương lượng, vì vậy nhà tâm lý phải thành thật và rõ ràng trong khi thương lượng với bệnh nhân về những gì ta có thể làm được, những gì không thể thực hiện được. Nhà tâm lý cần phải biết những giới hạn của phương pháp mà mình áp dụng và những trường phái mà mình đang theo. Sự khiêm tốn, tính hiểu biết giới hạn của mình giúp cho nhà tâm lý không rơi vào tình trạng suy kiệt.

Những ràng buộc trong hợp đồng:

+ nhà tâm lý không được có mối quan hệ cá nhân ngoài công việc với bệnh nhân

+ nơi chốn trị liệu, một cách lý tưởng, phải đảm bảo là một nơi duy nhất, bàn ghế, phòng ốc không thay đổi.

+ tính bảo mật (bảo đảm với bệnh nhân những nội dung trị liệu sẽ được giữ bí mật).

b. Tiến trình trị liệu

Trong trị liệu có hai giai đoạn chính, nhà tâm lý phải giúp thân chủ nhận diện được hai giai đoạn này:

- Xác định, nhận diện khó khăn, tình huống cần phải thay đổi, thay đổi bằng cách nào, bằng cái gì? Quan trọng là phải xác định cho được vấn đề gì cần xử lý?
- Dùng các công cụ, phương tiện để đạt mục tiêu đề ra.

Trong suốt tiến trình trị liệu, thường thì cuộc gặp đầu luôn chiếm một tiếng rưỡi đến hai tiếng. Với trường hợp không khẩn cấp, có thể hẹn các buổi tiếp theo với khoảng cách một buổi/tuần. Với trường hợp khẩn cấp, thời gian đầu có thể gặp thân chủ hai lần/tuần, nếu tiến triển tốt thì giãn dần. Tiến trình trị liệu có thể kéo dài 2-3 tháng. Nếu tiến triển tốt thì có thể giãn ra hai tuần một lần, tùy ý kiến của thân chủ. Chỉ ngưng tiến trình khi thân chủ không còn cần nhà tâm lý nữa, khi đó sẽ hẹn gặp một lần để tổng kết, nếu thấy tốt thì quyết định chấm dứt tiến trình.



**TRUNG TÂM
TÂM LÝ
HUBT**

Những điều cần lưu ý:

- Không nên nhầm lẫn. Cũng cần phải nhắc thân chủ về buổi hẹn sau để thân chủ nhớ.
- Nếu trong lúc điều trị, thân chủ gặp một biến cố (bệnh, tai nạn, tang chế, thiên tai, bệnh hiểm nghèo...) thì sẽ rất ảnh hưởng đến tiến trình theo dõi. Khi đó, cần trao đổi với thân chủ về chủ đề cần giải quyết để xác định vấn đề/khó khăn hiện tại. Mục tiêu trị liệu ban đầu có thể tạm gác lại.
- Khi thân chủ muốn gặp khẩn cấp (thân chủ tập trung vào bản thân, đôi khi muốn hẹn gấp trong ngày mà không có lý do gì đặc biệt, đơn giản là muốn nhà tâm lý sẵn sàng phục vụ), nhà tâm lý cần phải nói rõ: “Tôi chỉ làm việc theo hẹn”. Nhà tâm lý không nên để những trường hợp này điều khiển dẫn dắt, trừ khi đó là tình huống thật sự khẩn cấp thì có thể linh động giải quyết.
- Từ trị liệu cá nhân có thể biến thành trị liệu gia đình, trị liệu cặp đôi nhưng quan trọng là trước khi quyết định trị liệu cặp đôi hay gia đình, nếu xét thấy cần thiết sau 2-3 phiên trị liệu thì cần phải trao đổi với những người liên quan (không phải là thân chủ chính), để họ đến gặp nhà tâm lý 1-2 lần trước khi tiến hành điều trị chung, điều này không được để thân chủ chính biết trước.

Buổi thăm khám cuối cùng:

- Rà soát lại chủ đề trao đổi của những lần gặp trước
- Tổng kết lại toàn bộ tiến trình: Điều gì thân chủ/nhà tâm lý rút ra được? Cái gì đã đạt được? Cái gì chưa thể? Tại sao?
- Hướng về tương lai: Các dự kiến, dự án, kế hoạch của thân chủ.

Nên nêu ra một số điểm nhạy cảm mà thân chủ cần lưu ý. Bên cạnh đó vẫn có hướng mở rằng trong tương lai nếu có vấn đề cần nhà tâm lý thì thân chủ có thể liên lạc lại.



6.1.6. Những phương thức can thiệp của nhà tâm lý có tác động đến bệnh nhân

Tôn vinh, đánh giá cao một việc gì đó của người bệnh

Ví dụ bệnh nhân nữ 14 tuổi bị ảo giác, bệnh nhân luôn lo lắng vì học yếu môn Lý. Trong buổi tiếp xúc thứ hai, nhà tâm lý nói: “Tôi rất vui mừng vì em đã có cách khắc phục trong việc học môn Lý”. Câu nói đó nói lên sự quan tâm đến nỗi lo lắng của bệnh nhân và đánh giá cao bệnh nhân. Nhưng nếu nhà tâm lý nói “Việc học môn Lý không sao đâu, vấn đề cần thiết là ảo giác của em kia” thì thật là sai lầm. Khi đó, nhà trị liệu đã không đạt được liên minh với bệnh nhân vì môn Lý là nỗi lo lớn nhất của bệnh nhân.

Cấu trúc lại

Nhà tâm lý nói lại những điều bệnh nhân nói với mình theo một cách khác. Cấu trúc lại không phải là suy đoán, diễn dịch những lời nói của bệnh nhân. Ví dụ, khi bệnh nhân muốn khóc, bệnh nhân không nói gì mà lấy tay che miệng lại, mắt chớp liên tục - ngôn ngữ không lời xuất hiện trên gương mặt, ánh mắt và cử chỉ của bệnh nhân. Khi đó, nhà tâm lý nói “Tôi biết em rất buồn, những gì em đã trải qua làm cho em rất buồn”. Đây là cách dùng lời nói để cấu trúc lại hành vi phi ngôn ngữ. Hoặc chẳng hạn bệnh nhân nữ 14 tuổi nhập viện trong tình trạng hôn mê vì té từ trên cao xuống. Em đã thoát khỏi tình trạng nguy kịch tính mạng nhưng lại bị rối loạn lo âu. Em lo đã làm bố mẹ buồn, lo bố mẹ tốn nhiều tiền trong suốt quá trình mình nằm viện... Bệnh nhân nói: “Em lo buồn lắm, em sẽ cố gắng học để sau này kiếm tiền trả lại cho bố mẹ”. Nhà tâm lý cấu trúc lại “Như vậy là em thấy mình có trách nhiệm hoàn trả lại bố mẹ số tiền mà bố mẹ đã lo cho em”. Một ví dụ khác, bệnh nhân nói “Nếu em không học tốt sẽ không được vào trường chuyên, không trở thành bác sỹ để kiếm tiền báo đáp cho bố mẹ”, nhà tâm lý cấu trúc lại: “Đúng rồi, vì em là con gái lớn nên em thấy mình có trách nhiệm báo hiếu cha mẹ”. Ngược lại, nếu ta nói: “Em còn nhỏ mà sao nghĩ đến chuyện đó, không hợp với tuổi của em đâu” thì sẽ thất bại vì đã phủ nhận hoàn toàn mối quan tâm của bệnh nhân.

Việc cấu trúc lại lời nói của bệnh nhân giúp ta “gọi tên” được nỗi đau buồn của bệnh nhân, giúp bệnh nhân bước ra khỏi sự mù mờ của suy nghĩ và cảm xúc, đó chính là trị liệu.

Tìm hiểu

Sự hỏi han, tìm hiểu không phải là tò mò mà là cách giúp ta biết được cội nguồn của bệnh nhân, giúp ta có thêm có thêm thông tin cho việc trị liệu. Chẳng hạn một bé gái bị lạm dụng tình dục, ta có thể đặt những câu hỏi mở để bệnh nhân nói ra: Em có thể nói gì về câu chuyện đã xảy ra? Em có thể nói thêm một chút nữa được không? Tôi sẵn lòng ngồi nghe em kể, em có thể nói tôi nghe được không?

Đào sâu

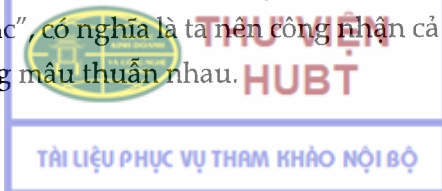
Khi phát hiện ra một vấn đề, một chi tiết quan trọng của bệnh nhân thì nhà tâm lý phải tiếp tục đào sâu. Ví dụ nếu phát hiện tầm quan trọng của mối quan hệ giữa bệnh nhân và người mẹ thì ta phải khai thác, đào sâu vào mối quan hệ này.

Lật lại vấn đề

Chẳng hạn, một bệnh nhân nam 20 tuổi bị rối loạn ám ảnh sợ nói “Con không muốn nói chuyện quan trọng đó cho cậu nghe”. Bệnh nhân nói với tâm lý lo âu trong khi tay vẫn nắm chặt tay của cậu mình. Ta thấy có chi tiết không ăn khớp là bệnh nhân không muốn chia sẻ nhưng lại cần sự hỗ trợ của cậu. Vậy điều bệnh nhân nói vẫn chưa phải là sự thật, bệnh nhân cần một cầu nối kết hai phần đối nghịch này.

Nhà trị liệu phản hồi “Em không tin cậu để nói với cậu những điều đó nhưng em lại nắm tay cậu. Một mặt không tin cậu nhưng mặt khác lại cần cậu. Em nghĩ gì về điều đó?”. Nhà tâm lý không phán xét bệnh nhân “Ừ, như vậy là sao?” mà tập trung tìm ý nghĩa khác của mâu thuẫn giữa hành vi và lời nói của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân nói “Em tin cậu nhưng cậu không phải là cha” thì khi đó nhà tâm lý sẽ làm việc về mối quan hệ cha-con của bệnh nhân này.

Lưu ý là khi lật lại vấn đề, nhà tâm lý cần sử dụng chữ “và” chứ không phải chữ “hoặc”, có nghĩa là ta nên công nhận cả hai vấn đề của bệnh nhân, dù chúng mâu thuẫn nhau.



Diễn giải

Diễn giải tức là tìm ra ý nghĩa, mối liên quan giữa những sự việc, hiện tượng ban đầu dường như không có mối liên hệ với nhau. Ta cần tìm mối liên hệ ở:

- + Những khoảng đời của bệnh nhân
- + Mối liên hệ của bệnh nhân với gia đình
- + Mối liên hệ giữa thế giới tinh thần của bệnh nhân với cơ thể của họ
- + Mối liên hệ giữa bên ngoài và bên trong bệnh viện (nơi bệnh nhân điều trị)
- + Giữa những người điều trị cho bệnh nhân (khoa-nhóm)
- + Giữa những người bị bệnh tâm thần để nối kết sự huyền tượng của bệnh nhân với những biểu hiện của người bệnh tâm thần.

Đánh giá để tạo độ an toàn cho bệnh nhân

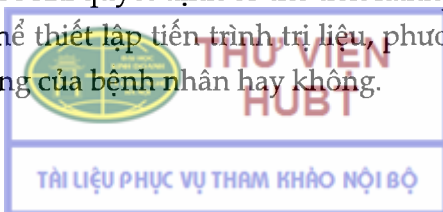
Những câu nói: “Điều em làm là tốt cho em” hoặc “Điều này không tốt cho em đâu, nó gây nguy hiểm cho em đó”... là những điều mang tính lượng giá. Ví dụ Kiều bị té, lo không học được, nhà tâm lý có thể nói: “Tôi là người chuyên về vấn đề này nên tôi biết, những người bị chấn động sợ hãi thường bị mất trí nhớ và nhiều người bị như vậy chứ không phải một mình em đâu. Vậy em không nên học bài quá khuya”. Mục đích của việc nói cho bệnh nhân biết điều đó để cho bệnh nhân đừng quá lo lắng và đừng học bài khuya. Không phải nhà tâm lý giảng đạo đức cho bệnh nhân mà là nhằm bảo vệ bệnh nhân.

Động viên và nâng đỡ

Không nên đưa ra lời khuyên ngay khi tiếp cận với bệnh nhân mà chỉ nên động viên để bệnh nhân có cảm giác được hiểu, được nâng đỡ.

6.1.7. Phân tích bệnh nhân

Khi một bệnh nhân đến gặp nhà tâm lý, cần phân tích những yếu tố sau trước khi quyết định có thể tiến hành liệu pháp tâm lý hay không và có thể thiết lập tiến trình trị liệu, phương pháp trị liệu phù hợp với đáp ứng của bệnh nhân hay không.



Triệu chứng

Là biểu hiện bên ngoài của người bệnh. Cùng một triệu chứng bệnh nhưng có thể ở trên nhiều bệnh nhân có nhân cách khác nhau. Ta cần phân biệt rõ triệu chứng bên ngoài và nhân cách bên trong của bệnh nhân để có thể quyết định liệu pháp thích hợp. Ví dụ một người trầm cảm đến với chúng ta, họ có thể là người có nhân cách ranh giới, hoặc lệ thuộc, hoặc dạng phân liệt. Nếu quyết định trị liệu tâm lý thì ta sẽ trị liệu như thế nào đối với người này?

Nhân cách

Mỗi một loại nhân cách đều có cách suy nghĩ, vận hành khác nhau.

Cá tính

Khí chất của con người là bất biến, nó hình thành và không thay đổi được trong quá trình phát triển. Ví dụ một người có tính cởi mở thì cho dù anh ta đang trong trạng thái trầm cảm, anh ta vẫn cởi mở. Hoặc một người có tính chất hướng nội mạnh thì họ sẽ luôn sống khép kín.

Các nguồn lực

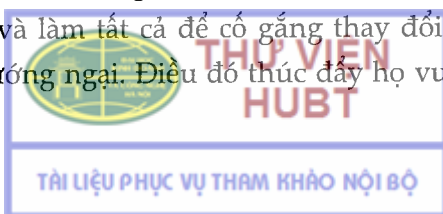
Nguồn lực của một cá nhân là khả năng trí tuệ, năng lực, khả năng bộc lộ những gì mình cảm nhận. Nguồn lực tác động lớn đến nhân cách một người. Ví dụ một người có biểu hiện triệu chứng trầm cảm, có nhân cách ranh giới và là người có tính hướng ngoại mạnh. Như vậy về mặt lâm sàng ta có một bệnh nhân luôn muốn tìm cảm giác mạnh, có thể tự gây tổn thương cho họ. Cũng với bệnh nhân này nhưng nếu về mặt nguồn lực, anh ta là một người kém phát triển trí tuệ thì đây là một bệnh nhân rất khó trị liệu.

Nguồn lực bao gồm:

- + Những gì tự nhiên người đó có.
- + Những gì tác động từ bên ngoài như học thức, kinh nghiệm sống... để tôi luyện những gì tự nhiên có.

Động cơ

Động cơ là tổng thể những sức mạnh bên trong thúc đẩy bệnh nhân phải thay đổi và làm tất cả để cố gắng thay đổi mặc dù xung quanh có những chướng ngại. Điều đó thúc đẩy họ vượt qua những

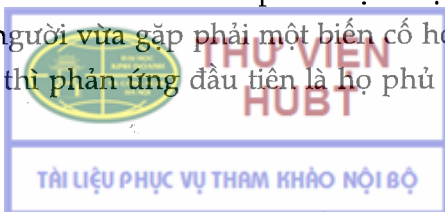


khó khăn trong quá trình trị liệu. Chẳng hạn một bệnh nhân nữ đến khám vì lý do nghiện rượu, cô ta không phải là người thường xuyên say xỉn nhưng uống rất nhiều. Khi đến, ta đánh giá bệnh nhân có triệu chứng lo âu, khí chất cởi mở, thích cảm giác mạnh, có nguồn lực, là người thông minh, trình bày vấn đề của mình với một ngôn ngữ rõ ràng. Vì đây là một bệnh nhân thông minh, nhà tâm lý nói cho bệnh nhân nghe về những điều cần phân tích. Sau khi nghe xong, cô ta suy nghĩ và nói: “Được, tôi sẽ trị liệu tâm lý để chứng minh cho bà thấy trị liệu tâm lý không tác động gì đến tôi cả”. Như vậy ta không nên tiến hành trị liệu đối với bệnh nhân này vì cô ta không có động cơ trị liệu.

Cơ chế phòng vệ

Cơ chế phòng vệ là những quá trình tâm lý diễn ra ở bệnh nhân, bệnh nhân sử dụng nó mà không ý thức được. Đó là những quá trình tâm lý nhằm làm giảm thiểu những căng thẳng nội tâm. Một số cơ chế phòng vệ tiêu biểu:

- Cơ chế hài hước: Một người có tính hài hước gặp khó khăn sẽ cảm thấy nhẹ nhàng hơn và vượt qua được.
- Cơ chế tự nội tâm hóa vấn đề: Người có cơ chế tâm lý này thường tự phân tích vấn đề của mình.
- Cơ chế giải thích hợp lý: Tìm lý do biện minh. Ví dụ một cô gái trẻ đến vũ trường nhưng không ai mời cô ra nhảy. Cô ta cảm thấy xấu hổ nhưng tự lý giải với mình là mình không thích nhảy, như vậy cô ta đã che giấu và làm giảm đi cảm giác xấu hổ vì mình không hấp dẫn đối với người khác. Nếu cơ chế phòng vệ này được sử dụng mãi thì cá nhân sẽ trở thành kiểu người luôn đổ lỗi cho bên ngoài và không dám gánh trách nhiệm nào cả. Cơ chế phòng vệ này thường xuất hiện ở những người có nhân cách phi xã hội. Trị liệu tâm lý sẽ rất khó đối với những người này vì họ luôn luôn tìm cách đổ lỗi cho người khác.
- Cơ chế chối bỏ: Là cơ chế phủ nhận thực tại đau đớn. Ví dụ những người vừa gặp phải một biến cố hoặc mất mát đột ngột bất ngờ thì phản ứng đầu tiên là họ phủ nhận nó. Cơ chế này



giúp cho người bệnh không bị suy sụp trước biến cố xấu đó. Một bệnh nhân bị tiểu đường nên phải lệ thuộc vào insulin. Khi mới phát hiện ra, bà ta đã khóc suốt ngày. Nhưng chỉ một tuần sau, người ta thấy bà thay đổi: tươi cười, đi dạo, thoải mái... Trong trị liệu tâm lý, điều này là bất thường vì tiểu đường là một bệnh mãn tính. Khi người ta hỏi, bà ta giải thích: "Tôi phải chú tâm giữ gìn 3-4 tháng rồi sau đó mọi chuyện trở lại bình thường thôi". Bệnh nhân chối bỏ bệnh tiểu đường là một bệnh mãn tính. Khi sử dụng cơ chế này, trước mắt bệnh nhân sẽ vui vẻ sống nhưng về sau sẽ có ảnh hưởng tiêu cực, trong ví dụ cụ thể này là bệnh nhân đã không điều trị, không tự chăm sóc mình. Những bệnh nhân tâm thần phân liệt hoặc rối loạn hoang tưởng luôn chối bỏ triệu chứng của mình, không chấp nhận mình có bệnh. Những bệnh nhân có cơ chế tâm lý này chấp nhận trị liệu tâm lý nhưng chấp nhận như bị bắt ép.

- Cơ chế tư duy hóa: Tất cả mọi chuyện sẽ chuyển thành suy nghĩ, ý tưởng nhưng không có cảm xúc. Họ tách biệt cảm xúc với tư duy. Cũng với một bệnh nhân bị tiểu đường, thay vì lo sợ, họ sẽ đi tìm những phương pháp điều trị. Họ tập trung suy nghĩ và không còn cảm xúc nữa. Mặt tiêu cực của cơ chế này là họ bóp nghẹt cảm xúc của họ và không diện kiến với cảm xúc mặc dù đó là cảm xúc đau khổ. Chẳng hạn, trong một gia đình có người bị tâm thần phân liệt, người thân của bệnh nhân hỏi tất cả mọi thông tin về bệnh nhưng khi được hỏi họ cảm thấy như thế nào về người bệnh tâm thần phân liệt thì họ nói không cảm thấy gì cả.
- Cơ chế tổ chức phản ứng: Nói hoặc làm ngược lại với những ham muốn thật của bản thân, do những ham muốn đó thường bị đạo đức xã hội cấm cản. Chẳng hạn, một đứa con luôn có xung đột với cha mẹ, tới mức chán ghét và khó chịu cha mẹ, nhưng do đó là những tình cảm bị cấm kỵ, nên luôn nói ngược lại rằng rất yêu cha mẹ.



THƯ VIỆN
HUBT

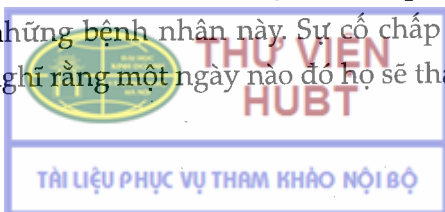
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Cơ chế lý tưởng hóa: Đề cao quá mức giá trị của bản thân hoặc của người khác, gán cho mình hoặc người khác những phẩm chất quá mức. Những người này tự bảo vệ họ, ít phê phán một cách trực tiếp. Trên thực tế, những người này luôn có mặc cảm mình thua kém người khác. Để bù trừ lại, họ cho mình một hình ảnh cao hơn người khác. Khi đó, họ luôn muốn người ta cư xử với họ ưu đãi hơn những người khác. Người có cơ chế phòng vệ này luôn tự cho rằng việc tìm đến nhà tâm lý là để tìm biện pháp tốt nhất, cách tốt nhất cho họ. Thái độ của họ khi tiếp xúc với nhà tâm lý là hỏi chức danh, nhiệm vụ của nhà tâm lý để xem nhà tâm lý này có đáng để họ tin tưởng hay không. Đến một lúc nào đó trong tiến trình trị liệu, nếu nhà tâm lý bình phẩm họ và lời bình phẩm này đánh trúng vào mặc cảm tự ti của họ làm cho họ cảm thấy bị tổn thương, họ sẽ có thái độ khinh khỉnh, coi thường nhà tâm lý và có khuynh hướng tìm người khác xứng đáng hơn, cao cấp hơn.
- Cơ chế dồn nén: Đẩy lùi hoặc giấu kín những ham muốn không thích hợp trong vô thức.
- Cơ chế giả vờ tha: Mong muốn giúp đỡ người khác để làm giảm sự sợ hãi, giải quyết xung đột nội tâm hoặc chống lại cảm giác tội lỗi của bản thân mình; khi hết mặc cảm tội lỗi, khi giải quyết được xung đột thì không còn vờ tha.
- Cơ chế phóng chiếu: Dem những suy nghĩ, mong mỏi của mình gán cho người khác.

Mỗi người có một kiểu phòng vệ riêng. Trong quá trình trị liệu tâm lý, phải để cho họ từ từ hiểu cơ chế tâm lý của mình và cố gắng làm hạn chế sự tiêu cực ở họ. Những cơ chế này làm cản trở bệnh nhân nói lên những điều đau khổ của mình.

Sự cố chấp của bệnh nhân

Tại sao việc đánh giá mức độ cố chấp của bệnh nhân lại quan trọng? Bởi vì thông qua đó ta có thể xem liệu tác động tâm lý sẽ khó khăn hay dễ dàng với những bệnh nhân này. Sự cố chấp thể hiện ở việc bệnh nhân không nghĩ rằng một ngày nào đó họ sẽ thay đổi. Có ba mức độ:



- Mức độ 1: là mức độ nhẹ nhất - bệnh nhân chưa có ý tưởng gì về việc cần phải thay đổi hay không.

- Mức độ 2: bệnh nhân biết được có thể làm cách này hay cách khác để thay đổi nhưng họ không áp dụng.

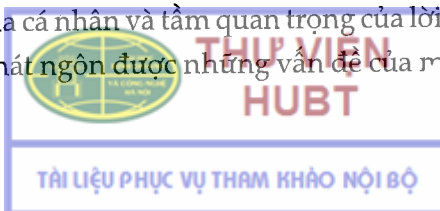
- Mức độ 3: là mức độ trầm trọng nhất, sự cố chấp thể hiện ở niềm tin và xác tín. Những người này biết rõ cần phải thay đổi và thay đổi cái gì nhưng họ không muốn làm. Điều tệ hại là khi gặp những bệnh nhân này, nhà tâm lý chỉ ra cho họ nhiều hướng để thay đổi nhưng họ không muốn thực hiện. Đối với một người quá cố chấp, nhà tâm lý không nên nói rằng họ sai mà phải tìm con đường vòng để tác động lên tâm lý họ.

6.2. CÁC TRƯỜNG PHÁI CHÍNH CỦA TRỊ LIỆU TÂM LÝ

6.2.1. Trường phái Phân tâm

Trường phái Phân tâm cho rằng mỗi người đều có một lịch sử phát triển của riêng mình, nhìn vào cuộc đời một người là nhìn vào quá khứ - hiện tại - tương lai. Ở quá khứ, trường phái này còn đi ngược xuyên thế hệ, tìm hiểu cha mẹ, ông bà... của bệnh nhân. Người sáng lập ra Phân tâm học là Freud. Theo ông, con người tự tạo ra bản thân mình trong lịch sử của chính mình. Những bệnh nhân của ông đều là người lớn và đa số là bệnh nhân nữ bị hysteria. Ông tự hỏi hysteria liệu có phải là hệ quả của những gì họ đã trải nghiệm trong quá khứ? Ý nghĩ này đối với bối cảnh lịch sử mà Freud đang sống lúc đó là rất táo bạo. Khi là bác sỹ tâm thần, Freud thường chữa cho những bệnh nhân bị rối loạn ngôn ngữ, mắc chứng không nói được. Ông nhận định có lẽ họ có vấn đề gì đó khi còn bé và ông cho rằng vấn đề đó nằm trong thế giới vô thức của người đó. Cõi vô thức của mỗi con người đều có liên quan đến quá khứ và tới thời điểm hiện tại, người đó vẫn không ý thức được nó. Một phần của quá khứ nằm trong ý thức (còn nhớ) và một phần nằm trong vô thức (không còn nhớ).

Phân tâm học có vai trò to lớn trong tâm lý lâm sàng vì nó nhấn mạnh vào tiểu sử của cá nhân và tầm quan trọng của lời nói. Nó khuyến khích bệnh nhân phát ngôn được những vấn đề của mình, đưa những



vấn đề đó từ tầng vô thức lên ý thức. Theo Phân tâm học, triệu chứng (hay sự phát bệnh) có nguyên nhân từ sự đè nén của vô thức. Bệnh lý của hôm nay là hệ quả của tất cả những gì xảy ra trong quá khứ. Do đó, trị liệu Phân tâm hướng đến việc tái hiện lại tất cả những kỷ niệm quá khứ còn nằm trong vô thức của người bệnh. Người ta gọi nhà trị liệu và thân chủ là người phân tích tâm lý và người được phân tích tâm lý.

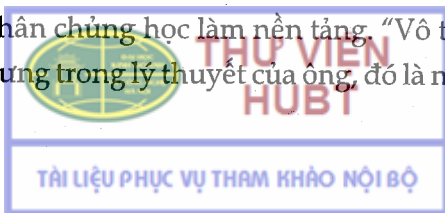
Lành bệnh, theo quan điểm của Phân tâm học, là khi bệnh nhân được giải phóng khỏi những xung đột tâm lý vô thức và bệnh nhân có thể nói thành lời những suy tưởng của chính mình. Ví dụ một bệnh nhân nữ bị cha lạm dụng tình dục khi còn nhỏ. Thông thường bệnh nhân sẽ giữ kín điều đó vì sợ cơn thịnh nộ của cha, vì sợ mẹ buồn, hoặc vì đó là một điều đáng xấu hổ. Khi lớn lên, bệnh nhân đó xuất hiện chứng đau đầu, đau dạ dày... và đến bệnh viện để chữa trị. Vậy khi nạn nhân không nói ra được điều đau khổ của mình (tổ giác kẻ đã xâm hại) thì những xung động đó quay ngược lại tấn công vào bên trong bản thân họ. Lúc này sự can thiệp của nhà trị liệu là nhằm giúp cho bệnh nhân hành động để tự giải phóng mình thông qua lời nói, có nghĩa là bệnh nhân đã dùng ngôn ngữ để thể hiện vấn đề của mình chứ không phải thông qua những biểu hiện của cơ thể.

Liệu pháp Phân tâm nên được áp dụng cho các bệnh nhân bị rối loạn tâm căn hysteria, tâm căn ám ảnh, những người rối loạn nhân cách ranh giới. Ngược lại, không nên áp dụng trong các trường hợp bệnh nhân loạn thần, đặc biệt là tâm thần phân liệt.

Từ học thuyết của Freud với các từ khóa là libido (xung năng tình dục) và inconscient (vô thức), đã xuất hiện nhiều tác giả Phân tâm học khác:

- Lacan tương đối trung thành với học thuyết của Freud.
- Adler phê bình Freud quá tập trung vào vấn đề tính dục, luận điểm chính của ông là mỗi một con người, trong việc xây dựng cấu trúc tâm lý của mình, đều có một khiếm khuyết nhỏ. Do đó người này khác người kia.

- Jung lấy nhân chủng học làm nền tảng, “Vô thức tập thể” là một khái niệm đặc trưng trong lý thuyết của ông, đó là những giá trị, những



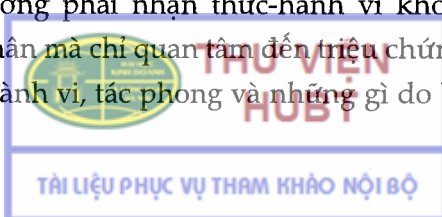
ký ức chung của nhân loại ảnh hưởng đến con người, đến cách ứng xử của con người mà con người không hề biết hay ý thức được. Theo ông, vô thức không phải là cái gì đó thụ động, mà nó có khả năng bộc lộ một cách sáng tạo để đối thoại với ý thức. Học thuyết của Jung còn đi sâu vào vấn đề tôn giáo, đến đây thì học thuyết của ông tách ra rất xa so với học thuyết của Freud.

6.2.2. Trường phái Nhận thức - hành vi

Lý thuyết Nhận thức - hành vi được khởi xướng từ những năm 50. Đây là trường phái đối kháng lại với trường phái Phân tâm, bởi một số nhà tâm lý nhận xét rằng nếu chỉ áp dụng liệu pháp Phân tâm thì thời gian trị liệu kéo dài và trị liệu không có kết quả đối với một số bệnh nhân và một số bệnh nhất định. Ban đầu, trường phái nhận thức-hành vi có tên là trường phái hành vi, hướng đến việc can thiệp làm thay đổi hành vi của cá nhân. Những tác giả khởi xướng lấy công trình nghiên cứu của Pavlov về phản xạ (kích thích → phản ứng) để xây dựng lý thuyết; Pavlov cho rằng nếu ta cứ lặp đi lặp lại (trong học tập) thì sẽ có kết quả (đáp ứng) tương ứng. Họ không quan tâm đến triệu chứng của người bệnh mà chỉ quan tâm tới hiệu ứng đáp lại của bệnh nhân. Muốn vậy, phải có những quá trình củng cố tích cực.

Thế nhưng một số tác giả khác lại cho rằng chỉ thay đổi hành vi không đem lại kết quả mỹ mãn, vì trong quá trình kích thích-phản ứng, người ta thấy có nhiều đáp ứng chứ không phải là một đáp ứng như Pavlov nói. Do vậy họ kết luận có một sự liên hệ giữa cảm xúc và nhận thức. Sự liên hệ này giúp đáp ứng lại hành vi của những bệnh nhân. Từ những ý tưởng đó, xuất hiện thêm hai chữ “nhận thức” trong trường phái này. Từ đây, trường phái nhận thức - hành vi ra đời, khởi xướng là Beck - nhà tâm lý học. Ông dựa trên quan điểm triết học: vật chất không mất đi mà chuyển từ dạng này sang dạng khác.

Nhìn chung, trường phái nhận thức-hành vi không quan tâm nhiều đến nguyên nhân mà chỉ quan tâm đến triệu chứng. Thông qua phân tích, ý tưởng, hành vi, tác phong và những gì do ba yếu tố trên



gây ra, trị liệu nhận thức-hành vi tìm cách biến đổi suy nghĩ của người bệnh, để họ tự hình thành những niềm tin mới. Phương pháp này nên được áp dụng cho các rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn ám ảnh sợ, rối loạn tình dục.

a. Trị liệu nhận thức-hành vi theo nguyên tắc của Beck

Lý thuyết của Beck

Beck cho rằng trong cuộc sống, khi con người gặp một tình huống nào đó, anh ta sẽ tư duy nó theo cách riêng biệt của mình, cách suy nghĩ này là kết quả của những kinh nghiệm sống mà anh ta đã có từ trước. Beck đã đúc kết và đưa ra một chuỗi các niềm tin lệch lạc dẫn đến cách tư duy méo mó về thực tại như sau:

1/ Nhận thức hạn hẹp về thực tại

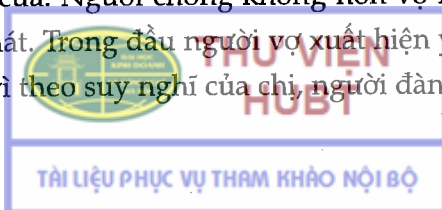
Cá nhân chỉ nhìn thấy một mặt, một khía cạnh của thực tại nhưng thường là khía cạnh tiêu cực.

Có một cặp vợ chồng mới cưới đi hưởng tuần trăng mật. Họ đi du lịch bằng xe ô tô. Hai người rất yêu thương nhau và thông cảm cho nhau. Đi được 100km thì xe bị nổ lốp, không thể đi tiếp được nữa. Thế là sinh chuyện cãi nhau. Người vợ trách chồng chảnh mắng, nhưng sau đó người chồng sửa được xe và họ lại đi tiếp. Tuần trăng mật diễn ra tốt đẹp, họ hài lòng về chuyến đi. Khi về đến nhà, những người bạn của người vợ hỏi thăm về chuyến đi thì chị ta nói với họ rằng đó là một chuyến đi tồi tệ, thảm họa, chị ta nói người chồng của mình là người không biết làm gì cả. Rõ ràng cô vợ có nhận thức hạn hẹp, chỉ nhìn vào khía cạnh tiêu cực mà không thấy tổng thể của thực tại.

2/ Sự suy diễn méo mó thực tại

Người diễn dịch méo mó thực tại là người không đặt mình vào vị trí khách quan để giải thích thực tại.

Cũng với cặp vợ chồng mới cưới trên, khi người chồng đi làm về, chị vợ ra mở cửa. Người chồng không hôn vợ mà đi vào phòng vừa thay đồ vừa hát. Trong đầu người vợ xuất hiện ý nghĩ “anh ấy không chào mình”, vì theo suy nghĩ của chị, người đàn ông về nhà phải hôn



vợ trước rồi mới thay áo. Trong suy nghĩ của chị ta không có quy trình ngược lại (thay áo rồi mới hôn vợ). Ở một người bình thường, nếu làm theo quy trình ngược lại thì không có gì trầm trọng. Nhưng người vợ này lại không như thế, từ đó dẫn đến có những hành vi không thích hợp. Sau khi thay áo xong, người chồng trở ra hôn vợ nhưng chị vợ không hôn đáp trả và im lặng suốt cả buổi tối. Khi chồng hỏi “tại sao mặt em không vui vậy?”, chị vợ chỉ trả lời “anh biết mà”. Người vợ tư duy chủ quan, cho rằng người chồng phải tự hiểu, nhưng trong thực tế chồng chị ta không biết điều gì diễn ra trong đầu vợ. Nếu cứ diễn đi diễn lại như vậy thì sẽ xuất hiện xung đột giữa hai vợ chồng.

3/ Khái quát hóa

Cá nhân sẽ kết luận về vấn đề từ một kinh nghiệm duy nhất, mà thường là kinh nghiệm tiêu cực.

Ví dụ một người sinh viên thi rớt môn Tâm lý học Đại cương ở năm thứ nhất. Từ đó người này có suy nghĩ mình sẽ không bao giờ trở thành người trị liệu tâm lý tốt. Và như vậy, ý tưởng này đã khống chế toàn bộ cách tư duy của người đó.

4/ Cực đoan

Những người này không bao giờ cho rằng có giải pháp trung dung mà họ thường cho rằng hoặc là phải thế này, hoặc là phải thế kia, hoặc được tất cả, hoặc mất tất cả.

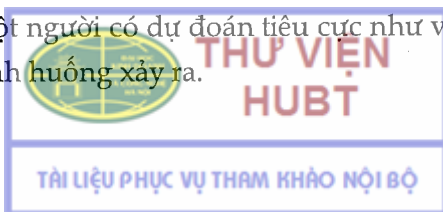
Trở lại ví dụ về cặp vợ chồng mới cưới nói trên, từ những ý tưởng tiêu cực về chồng, chị ta một mực muốn tìm cách giải quyết, chị ta nghĩ mình hoặc là ly dị hoặc là phải chịu đựng, chỉ có một trong hai con đường đó.

5/ Hay dán nhãn quá khứ của mình bằng những từ tiêu cực quá đáng

Một người trở nên giận dữ chỉ vì làm cháy một cái bóng đèn trong góc. Và họ nói về điều đó như thể một việc gì không thể chấp nhận được.

6/ Dự đoán trước tất cả mọi tiêu cực của sự việc

Việc dự đoán làm cho cá nhân chỉ nghĩ đến những khả năng đen tối cho tương lai. Một người cố dự đoán tiêu cực như vậy sẽ xuất hiện lo âu trước cả khi tình huống xảy ra.



7/ Tự vơ vào mình và chịu trách nhiệm một mình trong mọi tình huống

Cá nhân tự buộc tội, tự cho mình có lỗi, tự nhận hết trách nhiệm về những gì không thuận lợi, trôi chảy trong cuộc đời mình.

Ví dụ các bạn đến rủ một người đi chơi, nhưng khi mọi người đến nhà anh ta thì trời đổ mưa nên mọi người hoãn buổi đi chơi lại. Anh ta sẽ có suy nghĩ tại mình mà buổi đi chơi bị hoãn.

Những cơ chế tâm lý này có thể phát hiện được thông qua cách cá nhân dùng từ khi nói chuyện. Chẳng hạn người hay nói “xui xẻo”, “không làm được gì cả”, hoặc “không bao giờ”... để là người có căng thẳng lo âu. Những người hay dự đoán tiêu cực về tương lai và hay tự nhận lỗi dễ bị trầm cảm. Tất cả những suy nghĩ trên cộng lại sẽ làm cho con người rối loạn nhân cách. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng chỉ có thể xác định là bệnh lý khi những suy nghĩ đó đã định hình và lặp đi lặp lại, cá nhân không tự nhận thức được, không có óc phê phán khi bàn về những niềm tin đó, nhất là không có khả năng ngăn chặn mình suy nghĩ như vậy.

Các kỹ thuật trị liệu nhận thức - hành vi theo nguyên tắc của Beck

1/ Kỹ thuật thư giãn

Thường được sử dụng cho bệnh nhân có ám ảnh sợ với mục đích làm cho bệnh nhân giãn cơ, từ đó thư giãn về tâm lý, gần như thiu thiu ngủ, khi đó mới tác động lên nỗi ám ảnh sợ của họ.

2/ Kỹ thuật ngồi thiền

3/ Giao bài tập để bệnh nhân về nhà làm

Thông qua những bài tập, bệnh nhân sẽ hiểu rõ về mình hơn. Ta đề nghị bệnh nhân đem theo một cuốn sổ tay. Trong đó có những cột ghi ngày, những cảm xúc xuất hiện vào thời điểm đó, những suy nghĩ chợt đến và những suy nghĩ thay thế cho suy nghĩ trước.

Ngày	Cảm xúc	Suy nghĩ ngay tức thì	Suy nghĩ tích cực thay thế cho suy nghĩ trước
14/4/06	Tôi thấy lo âu nghet thở	Sợ con gái bị tai nạn	Khó có thể xảy ra, do mình lo quá thôi.

Nhà trị liệu cần hỏi bệnh nhân ý nghĩ nào đã làm cho anh có cảm xúc này? Câu hỏi này sẽ làm cho bệnh nhân suy nghĩ và tự tìm ra lý do nào làm bệnh nhân xuất hiện cảm xúc đó. Bệnh nhân luôn sử dụng quyển sổ tay này hàng ngày, ít nhất là một lần/ngày, đặc biệt là khi có những cảm xúc mạnh. Tuy nhiên không nên quá gượng ép mà phải để cho cho bệnh nhân cảm thấy tự nhiên. Lợi ích của quyển sổ là kể cả bệnh nhân chưa tìm ra ý nghĩ tích cực thay thế cho ý nghĩ tiêu cực thì sự lo âu đã được ngưng lại tại thời điểm đó. Tiến trình giảm sự lo âu ở bệnh nhân diễn ra như sau:

- Bệnh nhân đang lo âu. Bệnh nhân nhận biết được mình đang lo âu thì đó đã là một điều tích cực.

- Bệnh nhân biết mình có thể tìm chiến lược để kiểm soát nó. Bệnh nhân tự đề ra giải pháp, có thể là ý nghĩ hoặc hành vi.

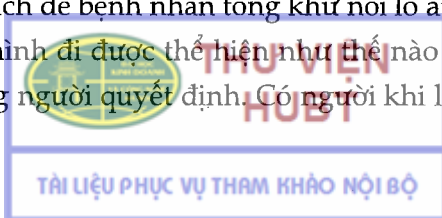
- Khi bệnh nhân tìm kiếm nguyên nhân gây lo âu là họ đang đề kháng lại sự lo âu đó và đã tự đề ra phương án cho mình. Khi đó, bệnh nhân đã đứng ra bên ngoài để nhìn lại sự lo âu của mình.

- Khi họ tự đề ra chiến lược cho mình thì lo âu giảm. Khi lo âu của họ giảm thì họ cảm thấy chiến lược của mình đề ra có hiệu quả.

Đối với những bệnh nhân cưỡng lại đề nghị của nhà tâm lý thì nhà tâm lý phải ngồi cùng bệnh nhân, giải thích từng mục một và cùng điền vào sổ với họ. Nếu họ nhất thiết không muốn dùng cuốn sổ, ta có thể hỏi bệnh nhân có cách làm nào khác không, vì có nhiều người không làm sổ nhưng họ tự thay thế những ý nghĩ ngay trong đầu mình.

Điều quan trọng là những ý nghĩ tích cực phải do bệnh nhân tự đề ra chứ không phải nhà tâm lý gợi ý cho bệnh nhân. Có như vậy mới tạo được sự năng động ở bệnh nhân, hơn nữa những ý nghĩ tích cực của nhà tâm lý chưa chắc phù hợp với bệnh nhân.

Những hành vi tích cực cũng có thể thay thế cho ý nghĩ tích cực. Chẳng hạn hành vi ngồi đánh máy mỗi khi có căng thẳng và âu lo ở một bệnh nhân là cách để bệnh nhân tổng khử nỗi lo âu đi. Cách tổng khử nỗi lo âu của mình đi được thể hiện như thế nào qua hành vi là do khí chất của từng người quyết định. Có người khi lo âu thì đi siêu



thị mua sắm, nhưng người khác thì gọi điện thoại cho bạn... Tuy nhiên, những ý nghĩ tích cực thay thế cho những ý nghĩ tiêu cực là tốt hơn.

Những người lo âu có thể lo âu bất cứ lúc nào. Còn những bệnh nhân trầm cảm nặng thì dễ có hoang tưởng loạn thần và thường có khuynh hướng tự sát. Nếu muốn áp dụng trị liệu nhận thức-hành vi với những bệnh nhân loạn thần, nên đợi qua cơn cấp tính, khi tình hình ổn định mới tiến hành. Điều trước tiên là làm cho bệnh nhân có cảm giác an toàn và làm cho họ thấy giá trị của họ. Mục đích của trị liệu là đồng hành, hỗ trợ và hướng dẫn họ.

4/ Kỹ thuật trò chơi sắm vai

Kỹ thuật này nhằm sửa chữa hành vi, đặc biệt đối với những người nhút nhát và có khó khăn trong mối quan hệ với người khác, từ đó giúp bệnh nhân ngày càng thoải mái hơn trong các mối quan hệ bình thường. Những người nhút nhát thường sợ phản ứng của người khác. Họ thường lý luận: tôi không dám nói vì sợ người khác bộc lộ thái độ đối với tôi. Beck nói đây là những người có suy nghĩ lệch lạc về người khác.

Để thực hiện trò chơi sắm vai, nhà tâm lý cùng bệnh nhân tưởng tượng ra khung cảnh làm cho bệnh nhân sợ. Trong hoạt cảnh đó, bệnh nhân sẽ sợ và bắt đầu nhập vai. Bệnh nhân sắm vai của mình còn nhà tâm lý sắm vai đối tượng làm cho bệnh nhân sợ. Mỗi một hoạt cảnh chỉ tập trung vào một vấn đề và diễn ra trong khoảng 5-10 phút.

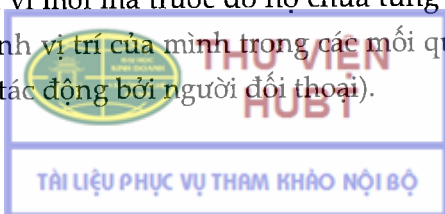
Hoạt cảnh ví dụ: nhân viên muốn gặp sếp xin tăng lương nhưng sợ sếp nổi giận. Mục tiêu của hoạt cảnh là gặp sếp xin tăng lương và người nhân viên dám làm mà không nghĩ đến hậu quả của nó. Trước hết, ta xét đến tính khí của đối phương (sếp), lường trước những phản ứng của người đó để có kịch bản hợp lý. Ta chuẩn bị cho bệnh nhân những ngôn từ của họ để họ nói với sếp, thái độ, dáng vẻ của người đó (tuân theo những nguyên tắc về giao tiếp). Nhà tâm lý giúp cho thân chủ giữ được bình tĩnh và nhắc nhở họ một vài điều cần tránh. Giữ bình tĩnh bằng cách lặp đi lặp lại nhiều lần thông điệp, khẳng định sự cần thiết một cách ngắn gọn, biết chấp nhận và thừa nhận quan điểm của người

khác nhưng vẫn giữ quan điểm của mình. Bên cạnh đó, cần tránh lý luận với đối phương (ông chủ), không nên nói: “Đúng, nhưng mà...” vì càng lý luận thân chủ sẽ càng mệt mỏi và cung cấp thêm cho đối phương sức mạnh để trấn áp mình (người đối diện sẽ dễ dàng tìm ra lỗi của mình).

Tính nghịch lý của những người lo sợ là mặc dù đã biết trước đối phương sẽ nổi giận khi mình nói, nhưng khi giáp mặt với sự giận dữ, họ vẫn sợ, vẫn bị bắt ngờ như thường. Ta cần làm cho họ thấy tính nghịch lý này để họ hiểu rõ hơn và chuẩn bị tinh thần chờ đón nó. Chẳng hạn như với một người có tính khí lạnh đậm, ta chuẩn bị kịch bản sau: Khi bệnh nhân nói, ông chủ im lặng như một sự khiêu khích để bệnh nhân mất tự chủ. Càng im lặng thì sự mất tự chủ càng tăng lên. Mục đích của hoạt cảnh này là ta giúp bệnh nhân giữ được bình tĩnh và không để mất tự chủ. Khi đó, ta sử dụng kỹ thuật chấp nhận, hướng dẫn bệnh nhân sau khi để đạt nguyện vọng thì nói: “Khi nào ông rảnh, tôi có thể gặp ông lần nữa”. Như vậy là ta đạt được hai mục tiêu, đó là bệnh nhân đã nói được những gì mình muốn nói nhưng không tự đặt mình vào tình trạng nguy hiểm.

Giữa hoạt cảnh, ta có thể cắt ngang để phân tích và sau đó hoạt cảnh có thể tiếp tục. Khi phân tích, nhà tâm lý đánh giá nhưng không phê phán bệnh nhân, cần bình luận một cách trung lập, khách quan, ví dụ: “Anh nói nhưng thái độ anh không phù hợp, anh không dám nhìn thẳng vào mắt ông chủ. Hoặc anh nhìn thẳng vào mắt ông chủ nhưng anh nói lấp bắp, điều đó cũng cho thấy anh đang sợ.”

Nhà tâm lý cũng có thể cùng bệnh nhân thực hiện việc đảo vai khi chơi trò chơi sắm vai. Trở lại ví dụ nêu trên, nhà tâm lý để thân chủ đóng vai ông chủ, sẽ thấy bản thân ông chủ cũng cảm thấy căng thẳng khi nhân viên đến đòi tăng lương. Đặt mình vào vị trí của người khác ta sẽ thấy đỡ sợ hơn, làm giảm căng thẳng. Điều quan trọng trong trò chơi sắm vai là giúp cho bệnh nhân dám đối diện với vấn đề (dám làm), học được hành vi mới mà trước đó họ chưa từng làm, học được phương pháp xác định vị trí của mình trong các mối quan hệ (không sợ gì cả, không sợ bị tác động bởi người đối thoại).



b. Trị liệu nhận thức - hành vi theo lý thuyết của Young

Young là nhà Tâm lý học Nhận thức - hành vi. Ông áp dụng luận điểm của Beck và vay mượn một số kỹ thuật của trường phái Phân tâm để xây dựng cơ sở lý luận của mình. Luận điểm mà ông lấy của Beck liên quan đến sự hình thành các niềm tin gắn chặt vào một giai đoạn phát triển nào đó. Từ đó, ông phát triển lý thuyết về đứa trẻ trong nội tâm mỗi người. Tại một thời điểm nào đó của tuổi thơ, khi ta còn là một đứa trẻ, nếu có điều gì đó khiến cách tư duy thế giới của ta bị lệch lạc, thì sự lệch lạc này sẽ duy trì đến lớn. Young nói "mỗi người lớn trong ta có một trẻ nhỏ, nếu đứa trẻ này bị tổn thương thì nó vẫn tồn tại trong ta". Ông đánh thức cho bệnh nhân thấy được hình ảnh đứa trẻ nhỏ trong họ bị tổn thương rồi từ đó giải thích được sơ đồ tư duy tạo nên sự lệch lạc trong suy nghĩ của bệnh nhân ở hiện tại.

Như vậy, sơ đồ tư duy, theo Young, là những niềm tin (kiến thức) cơ bản giúp con người hiểu bản thân, thế giới và người khác. Những niềm tin này được xây dựng từ các trải nghiệm mà cá nhân có được trong cuộc sống, trong đó những trải nghiệm từ thời thơ ấu có vai trò đặc biệt quan trọng. Người có rối nhiễu tâm lý hoặc rối loạn nhân cách thường có những niềm tin cực đoan, tiêu cực, cứng nhắc và khái quát hóa.

Young giới thiệu các kiểu sơ đồ tư duy mà theo ông là không thích nghi. Bất cứ ai cũng có thể trải nghiệm một hoặc một vài loại trong số những sơ đồ này, ở những mức độ khác nhau. Các mẫu sơ đồ phát triển khá sớm từ thời thơ ấu tùy vào trải nghiệm sống và chúng tiếp tục được xây dựng, củng cố trong suốt cuộc đời, chúng trở thành nền tảng hiểu biết để con người diễn giải thế giới xung quanh. Đối với cá nhân, đó là những niềm tin vững chắc và không thể bác lại được. Các kiểu sơ đồ tư duy đó được chia thành năm nhóm lớn sau:

Niềm tin về sự chia ly và bị bỏ rơi

Ở nhóm này có các kiểu sơ đồ cụ thể sau: ruồng bỏ/bất ổn; hoài nghi/lạm dụng; thiếu thốn tình cảm; không hoàn hảo/hổ thẹn; cô lập/tha hóa.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thiếu tự lập và thiếu hiệu quả

Những sơ đồ tư duy trong nhóm này gồm có: phụ thuộc/thiếu kỹ năng; bảo vệ thái quá/nhân cách xói mòn; thất bại.

Thiếu giới hạn

Những sơ đồ tư duy trong nhóm này gồm có: quyền lợi bản thân/xâm lấn; thiếu khả năng tự kiểm soát bản thân/kỷ luật cá nhân.

Phụ thuộc vào người khác

Những sơ đồ tư duy thuộc nhóm này: lệ thuộc/chinh phục; quên mình-hy sinh bản thân; lệ thuộc-tìm kiếm sự tán thưởng.

Thận trọng quá mức và ức chế

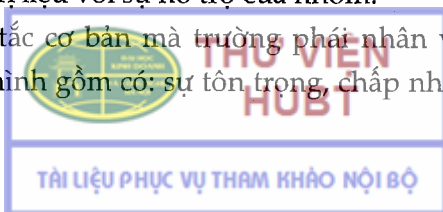
Các sơ đồ tư duy trong nhóm này gồm có: sợ những sự kiện có thể tránh được/suy nghĩ tiêu cực; kiểm soát cảm xúc thái quá; các ý tưởng đòi hỏi/đòi hỏi ngày càng tăng; tư duy trừng phạt.

6.2.3. Trường phái nhân văn

Trường phái tâm lý nhân văn ra đời khi Maslow muốn tìm một phương pháp thay thế Phân tâm học. Tác giả có ảnh hưởng lớn trong tiếp cận Nhân văn là Carl Rogers. Ông không chọn Phân tâm học hay nhận thức-hành vi mà lấy việc thân chủ tiến triển làm mục đích trị liệu. Theo ông, điều cơ bản là bản chất con người luôn vươn tới cái tốt đẹp để tìm ý nghĩa cuộc sống và tìm cách hòa nhập với xã hội, con người phải được yêu thương và tôn trọng vô điều kiện. Trường phái nhân văn, vì thế, coi con người là trung tâm của trị liệu, coi việc quan trọng mà trị liệu đạt được là thiết lập được mối quan hệ nhà tâm lý-thân chủ chứ không phải giải quyết triệu chứng của thân chủ.

Những kỹ thuật trị liệu của trường phái nhân văn (tâm kịch, Gestalt, thư giãn, v.v.) có mục đích chung là làm giải tỏa, bộc lộ những dồn nén của thân chủ, từ đó giúp thân chủ nhận ra tiềm năng của mình. Nhân văn cũng là trường phái đầu tiên đặt ra phương pháp trị liệu nhóm, nghĩa là trị liệu với sự hỗ trợ của nhóm.

Những nguyên tắc cơ bản mà trường phái nhân văn đề ra cho các nhà tâm lý của mình gồm có: sự tôn trọng, chấp nhận bệnh nhân



vô điều kiện; sự thấu cảm; sự trung lập-khoan dung; sự chân thành; không định hướng.

Trị liệu nhân văn thường được cho là phù hợp với những thân chủ trẻ tuổi, hợp tác và tích cực trong việc trị liệu, muốn giải quyết vấn đề nhanh chóng. Tuy nhiên, nó không thích hợp với những trường hợp lo âu cực độ hay trầm cảm lâu ngày.

6.3. CÁC HÌNH THỨC VÀ KỸ THUẬT TRỊ LIỆU TÂM LÝ PHỔ BIẾN KHÁC

6.3.1. Trường phái hệ thống

Người sáng lập ra trường phái này là Watzlawick, nhà tâm lý học người Mỹ. Ý tưởng của ông là có nhiều yếu tố tác động lên vấn đề, không phải chỉ một mình người bệnh có vấn đề mà là cả một hệ thống gây ra vấn đề đó, hệ thống này có thể là một gia đình, một cơ quan hay một khoa, phòng ban... Và người bệnh không phải là bệnh nhân mà là “bệnh nhân chỉ định” của hệ thống đó. Ví dụ, theo quan điểm của Watzlawick, một đứa bé chán ăn không phải vì tự nó chán ăn mà là cả gia đình làm cho nó chán ăn. Chính cơ chế hoạt động của gia đình đó có vấn đề và đã tạo nên triệu chứng ở đứa bé này. Nếu không làm việc với cả gia đình thì sau này nếu đứa bé có em, “bệnh nhân chỉ định” rất có thể lại chuyển sang đứa em. Vậy, theo trường phái hệ thống, *khi một người bị bệnh là cả hệ thống đó bị bệnh*. Chính vì thế mà khi làm việc với bệnh nhân, tiếp cận hệ thống thường làm việc với cả gia đình bệnh nhân.

Làm việc với gia đình trong trị liệu hệ thống

Khi làm việc với gia đình của bệnh nhân, những điều nhà trị liệu hệ thống cần lưu ý gồm có:

Tìm hiểu chung về gia đình

- Gia đình tự giới thiệu mình như thế nào?
 - Gia đình gồm những ai và những ai sống chung một mái nhà?
- Những người nào có mặt trong buổi trị liệu? Những người nào vắng mặt và vắng mặt vì lý do gì?

- Bề ngoài của gia đình như thế nào? Cư xử của những người trong gia đình ra sao?

Ví dụ cần quan sát:

- + Những người nào thường xuyên ngồi cạnh nhau ở các phiên trị liệu?
- + Có những ai không bao giờ ngồi cạnh bà mẹ?
- + Ai luôn kiểm lý do để không tham dự buổi trị liệu?
- + Người nào mở đầu câu chuyện?
- + Người nào không bao giờ nói hoặc rất ít nói?
- + Người nào có thái độ xung động, đá vào gầm bàn hoặc công kích hướng vào nhà tâm lý?...

Khai phá được vấn đề của gia đình đó

- Người nào có những vấn đề gì và những vấn đề đó có vị trí quan trọng thế nào với họ? Ví dụ một bé gái nói nó thấy mối quan hệ của các thành viên trong gia đình là rất quan trọng, nhưng anh nó thì không nghĩ thế, theo anh nó điều đáng để nói đến là sự loạn luân của em gái với cha.
- Những thành viên trong gia đình nói với nhau về vấn đề của gia đình, của mỗi thành viên như thế nào? Ví dụ: Về sự ngược đãi trong gia đình, người anh nói rất nhiều, người em không nói gì, mẹ tỏ ra bứt rứt, còn người cha sĩ nhục nhà tâm lý.
- Thái độ của những người trong gia đình với nhau.
- Những cảm xúc họ bộc lộ ra. Chẳng hạn người thì nổi giận, người thì khóc...
- Ý nghĩa của triệu chứng là gì? Trở lại ví dụ về đứa bé chán ăn, ta cần tìm xem chán ăn đã mang lại điều gì cho đứa bé? Có thể thông qua việc chán ăn, nó muốn củng cố uy quyền của mình trong gia đình (mọi người phải lo lắng, chăm sóc cho mình)? Có thể tạo điều kiện cho anh trai tha hồ đi chơi? Hoặc để em trai nhỏ tha hồ đi đá bóng?

Giao tiếp giữa các thành viên trong gia đình

- Nhịp điệu trao đổi với nhau như thế nào? Có tự do thoải mái



trong khi nói chuyện với nhau? Ví dụ: những người trong gia đình nói về cái gì? Cái gì không thể nói? Những cảm xúc, những điều cấm kỵ? Những lúc tỏ ra không muốn biểu lộ ra bên ngoài?

- Chất lượng giao tiếp: giao tiếp không lời, có lời? Cách giao tiếp có phù hợp không? Có quá bộc trực hoặc quá phê phán? Có sự khen ngợi lẫn nhau không?
- Cách giao tiếp trực tiếp hay gián tiếp (giao tiếp thông qua người thứ ba)?
- Sự lắng nghe: trong gia đình mọi người lắng nghe nhau như thế nào? Có hay ngắt lời? Ngắt lời có phải thói quen? Phản ứng của các thành viên khi bị ngắt lời?

Cơ cấu và phân chia vai trò trong gia đình

- Ai đảm bảo thu nhập, tài chính, cung cấp tiền bạc, ai làm nội trợ, đóng vai trò chăm sóc trong gia đình (bố hoặc chị...?)
- Ai lo giáo dục, học hành trong gia đình, học hành, ai thiên về giải trí...?
- Ai là người quản lý tất cả mọi hoạt động trong gia đình.

Sự liên minh quyền lực

Gia đình là một hệ thống, trong hệ thống đó có nhiều tiểu hệ thống: một tiểu hệ thống là cặp vợ chồng gồm cha-mẹ, một tiểu hệ thống khác là những anh chị em trong gia đình, một tiểu hệ thống khác nữa là ông bà... Mỗi một tiểu hệ thống đều có ranh giới phân biệt và có sự quan tâm đến nhau trong gia đình. Tuy nhiên, sự quan tâm khác với một liên minh. Giữa cha-mẹ có sự liên minh ngang hàng. Giữa các anh-chị-em có một liên minh ngang hàng trong trật tự. Đây là những liên minh hàng ngang lành mạnh.

Ví dụ 1: Cha quan tâm đến con gái bằng một tình cảm tích cực - đây là một liên hệ đặc biệt và không có trở ngại gì trừ khi liên minh này trở thành liên minh hàng ngang.

Ví dụ 2: Cha và con bàn bạc riêng với nhau chuyện mua nhà khi vẫn có sự hiện diện của mẹ. Như vậy cha đã đặt liên minh với con gái (điều này không thể được). Người ta gọi đây là một liên minh không

lành mạnh. Bởi vì mối liên minh giữa cha-con là mối liên minh hàng dọc.

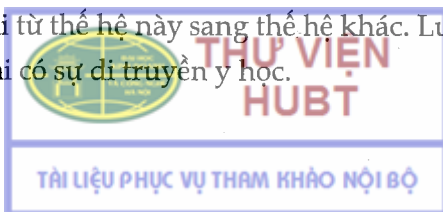
Liên minh mang tính loạn luân là liên minh theo chiều dọc, ví dụ giữa cha-con, nó sẽ làm suy giảm liên minh giữa cha-mẹ. Những liên minh thiếu lành mạnh có thể giữa ông bà-cha-cháu... Ở những gia đình đa thế hệ, ta có thể nghi ngờ có rất nhiều mối liên minh theo chiều dọc, không lành mạnh mà đôi khi chính những người trong gia đình không cho đó là điều quan trọng, ví dụ liên minh giữa mẹ-con trai, cha-con gái... Những liên minh như vậy có khả năng làm nảy sinh những vấn đề rất trầm trọng.

Ngoài ra, trong gia đình còn có thể chia “phe”: nhiều người cùng liên minh chống lại một hoặc nhiều người khác. Vì vậy, chúng ta cần xem sự phân bố quyền lực diễn ra như thế nào. Và giữa hai hệ thống cha-mẹ và con cái thì hệ thống nào nắm quyền lực. Bên cạnh đó, cũng phải xét đến bản chất của những ranh giới gia đình. Có những gia đình đặt ranh giới rất nghiêm khắc, những người con trong gia đình đó không thể phá vỡ và bước ra bên ngoài. Ta có thể ví gia đình này là gia đình “cửa đóng then cài”, và đây là gia đình có nguy cơ gặp nhiều vấn đề lớn. Ngược lại, có những gia đình lại quá dễ dãi, ranh giới mong manh, những thành viên trong gia đình có thể ra bên ngoài một cách thoải mái. Những gia đình này lại có nguy cơ mất đi bản sắc riêng của mình.

Trong những hệ thống dễ xuyên thấu, con cái có tư thế ngang hàng với cha mẹ, trật tự tôn ti trong gia đình bị đảo lộn, ranh giới giữa các tiểu hệ thống không chắc chắn trong khi ranh giới với bên ngoài lại quá chặt, khiến cho những nhân viên xã hội, những nhà tâm lý khó có thể xâm nhập vào.

Cây phá hệ

Cây phá hệ là công cụ hữu hiệu khi tiến hành trị liệu hệ thống. Nó được chỉ định khi gia đình có một hiện tượng lặp đi lặp lại xuyên thế hệ, ví dụ như một triệu chứng, một rối nhiễu, một sự cố, hoặc một tai nạn xảy ra lặp đi lặp lại từ thế hệ này sang thế hệ khác. Lưu ý là chống chỉ định cây phá hệ khi có sự di truyền y học.



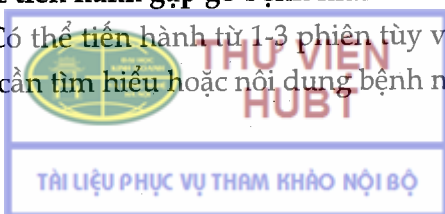
Những vấn đề về tâm lý cũng có thể di truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác. Một số sang chấn từ thời ông bà không được giải quyết sẽ chuyển sang thế hệ kế tiếp. Khoa học tâm lý phá hệ dựa trên giá trị gia đình - giá trị trung thành. Mặc khác, trường phái trị liệu hệ thống công nhận có một giá trị gia đình trong vô thức, đó là trong một số gia đình có những bí kịch nhưng họ không thể bộc lộ với nhau mà chỉ có một hoặc hai người biết. Những người trong cuộc bị đè nén nặng nề về mặt tâm lý khi giữ những bí mật đó và nó sẽ được chuyển sang thế hệ kế tiếp dưới dạng những rối loạn về cơ thể hoặc rối loạn về tâm lý.

Một ví dụ về trường hợp này như sau: một cặp vợ chồng có đứa con trai đầu lòng chết sau khi sinh. 10 tháng sau, họ sinh một bé gái và đứa bé này mang tên của người anh đã chết. Tiếp sau đó bốn năm họ lại sinh một bé trai. Ở đứa bé gái đã nảy sinh nhiều vấn đề, đứa bé sẽ tự hỏi nó là ai? Nó là nó hay là anh của nó? Sự ra đời của nó có phải là để thay thế người anh đã chết? Tại sao cha mẹ lại lấy tên của anh đặt cho nó, có phải là để kỷ niệm sự kiện đau buồn? Nếu vậy thì cha mẹ đâu có vui với sự ra đời của nó? Ta có thể phân tích rằng đứa bé này được sinh ra trong hoàn cảnh bi kịch - cha mẹ vẫn còn đau buồn vì cái chết của đứa con đầu tiên, vì vậy sự ra đời của nó không phải là cuộc sống của nó mà là của người khác. Trong trị liệu hệ thống, những đứa trẻ như thế này được gọi là "bệnh nhân thay thế". Vì vậy, trước hết cần phải trị liệu cha mẹ của những đứa trẻ đó để họ chôn vùi nỗi buồn của sự mất mát. Ngoài ra, cần lưu ý rằng những đứa trẻ là những bệnh nhân thay thế, do sự đau khổ tích tụ, khi lớn lên thường có khuynh hướng tự sát hoặc bị loạn thần, hoặc trở thành nghệ sỹ vì muốn tìm quên nỗi đau trong nghệ thuật.

Khi vẽ cây phá hệ, nhà tâm lý cần ghi lại sở thích, các loại hình giải trí, nguồn gốc, tôn giáo, những tai nạn hoặc sang chấn đã trải qua, những thành công trong cuộc đời, những điều có ý nghĩa trong cuộc đời của một người.

Các bước tiến hành gặp gỡ bệnh nhân

Bước 1: Có thể tiến hành từ 1-3 phiên tùy vào diễn biến các phiên và nội dung cần tìm hiểu hoặc nội dung bệnh nhân cần bộc lộ.



- Phiên 1: Nhà tâm lý gặp riêng bệnh nhân từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

Nên để bệnh nhân vẽ ra cây phả hệ của mình. Nếu bệnh nhân quên tên một người thân, ta cần ghi nhận lại sự “quên” này vì có thể đó là một bí mật của gia đình. Cũng cần ghi nhận cảm xúc của bệnh nhân khi vẽ cây phả hệ nhưng ta không phân tích nó. Nhà tâm lý cũng có thể gợi ý cho bệnh nhân đi tìm những gì mà họ chưa biết trong gia đình mình. Họ có thể đi tìm ông bà mình để hỏi...

- Phiên 2: tìm mối liên hệ và sự kiện của những người trong gia đình. Bệnh nhân tự tìm mối liên hệ đó và suy luận. Khi họ đã đạt đến sự tư duy, phân tích, là ta có thể bước sang bước 2 của tiến trình trị liệu.

Bước 2:

Bệnh nhân nhận ra giá trị trung thành của gia đình nhưng nhận ra mình không cần phải trả giá để trung thành với giá trị đó.

Ở đây ta thấy công dụng của cây phả hệ:

- Giúp ta hiểu cấu trúc của gia đình đó, những mô hình bất thường hoặc những triệu chứng lặp đi lặp lại trong gia đình... đó là những tiêu chí để ta đánh giá.
- Giúp ta hiểu sự thích ứng của gia đình trong từng giai đoạn phát triển của cuộc sống, sự lặp đi lặp lại xuyên thế hệ và ảnh hưởng của những biến cố tiểu sử của gia đình đó lên cuộc sống của họ, ví dụ như những sang chấn, cái chết, sự mất mát...
- Ghi nhận cách sống của gia đình đó khi có những biến cố xảy ra, những biến cố đó xảy ra vào ngày nào. Cũng ghi nhận những biến cố xảy ra bên ngoài gia đình, về mặt chính trị, xã hội, kinh tế...

Đây là những thông tin quan trọng cho phép ta giúp đỡ bệnh nhân. Không phải ta làm sống lại nỗi đau của họ mà là giúp họ nói lên được nỗi đau đã qua đó với một cảm xúc mới, ta giúp họ sang trang mới.

Kỹ năng của nhà trị liệu hệ thống

- Nhà trị liệu cần cố gắng tạo sự liên hệ với những thành viên trong gia đình.
- Nhà trị liệu hệ thống phải năng động, chú ý quan sát tất cả các



biểu hiện trong giao tiếp, trò chuyện, ứng xử... của các thành viên trong gia đình với nhau.

- Phải có khả năng tạo sự chấn chỉnh theo hướng tích cực.
- Phải có tư duy lãnh đạo, dẫn dắt, nhưng khác với sự chỉ huy dẫn dắt của liệu pháp hành vi. Trong trị liệu hệ thống, giá trị là những lời nói, nhà trị liệu dẫn dắt để họ nói, qua đó làm xuất hiện các chủ đề mới và thành viên gia đình nói về vấn đề mới này. Bên cạnh đó, trị liệu hệ thống cũng quan tâm đến hành vi. Vì vậy những bài tập về nhà là những bài tập nhằm thay đổi hành vi.

Chỉ định của liệu pháp hệ thống

- Những xung đột thuộc về giao tiếp trong gia đình.
- Những bệnh lý liên quan đến sự gắn bó giữa cha mẹ và con cái.
- Những rối loạn hành vi trong gia đình và ngoài gia đình.
- Những bệnh lý mới xuất hiện gần đây (chứ không hẳn từ rất lâu). Ví dụ như chứng chán ăn.
- Tất cả những bệnh lý gây căng thẳng trên gia đình.
- Khi những liệu pháp trị liệu cá nhân thất bại.
- Khi sự truyền giảm vấn đề của một người gây bất ổn cho những người khác trong gia đình.
- Khi có một bệnh lý mà bệnh lý đó đóng một vai trò quan trọng trong sự vận hành của gia đình.

Mình họa lâm sàng

Thư, một bệnh nhân 8 tuổi, đến khám vì bị ám ảnh sợ. Bệnh nhân sợ bạn bè, sợ chị và sợ bản. Khi đến khám, bệnh nhân vẫn căng thẳng, thụ động và hung hãn. Bệnh nhân chỉ gật đầu hoặc lắc đầu khi trả lời nhà tâm lý. Khi bắt bình, bệnh nhân bầu chân xuống đất. Sự im lặng của Thư như một áp đặt quyền lực lên những người xung quanh và đồng thời cũng nói lên mình muốn được bảo vệ. Vì vậy nhà tâm lý cần có những cử chỉ cho bệnh nhân hiểu là bệnh nhân không phải là người có quyền lực nhất ở đây. Ta biết, những đứa trẻ câm lặng thường là những đứa trẻ lo lắng. Vậy, trước hết ta cần đánh vào chức năng của thái độ câm lặng nói Thư bằng cách nói với em rằng khi một người

không nói (câm lặng) có nghĩa là muốn người khác nói thay mình, và người nói thay đó (mẹ) phải là người mà Thư tin cậy. Việc này sẽ làm cho Thư phải suy nghĩ về niềm tin mà mình dành cho mẹ. Sau đó, nhà tâm lý cần tìm hiểu và phân tích:

- Những tương tác qua lại giữa Thư và gia đình, cách vận hành của gia đình đó. Gia đình phản ứng như thế nào trước sự câm lặng hoặc giận dữ của Thư? Mềm mỏng hay khoan dung? Và những người trong gia đình có phản ứng như thế nào về thái độ của những người khác trong gia đình với Thư?

+ Sự khoan dung của gia đình là lợi ích thứ phát của việc câm lặng. Đây có thể chính là điều mà Thư muốn để giữ lại triệu chứng của mình.

+ Sự leo thang trong gia đình: người nào càng biểu hiện lo âu nhiều thì càng được chăm sóc. Thư biết sự lo lắng của mẹ và ta đặt giả thuyết là trong gia đình, Thư và mẹ có sự leo thang về lo âu. Vì vậy, nếu nhà tâm lý làm giảm sự lo âu ở mẹ thì lo âu của Thư sẽ giảm.

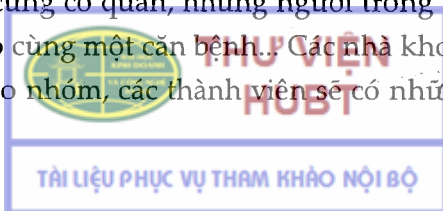
- Nguồn lực và khả năng của gia đình: là những năng lực của cha mẹ, xã hội. Đối với Thư, mẹ em là người can đảm, trí thức, có khả năng bảo bọc cho con mình. Còn về mặt xã hội, Thư không có bạn bè, trong ý tưởng Thư muốn tặng quà cho bạn nhưng chưa thực hiện hành động đó, vì vậy đây chưa phải là kỹ năng xã hội (kỹ năng xã hội là kỹ năng *biết và hành động*).

- Làm cách nào để gia đình thay đổi? Nếu người mẹ không nhận ra hoặc chối bỏ triệu chứng của con mình thì gia đình này chưa thể biến chuyển.

6.3.2. Trị liệu nhóm

Giới thiệu

Trị liệu nhóm là kiểu trị liệu có hình thức một nhóm bệnh nhân tụ họp xung quanh một hoặc nhiều nhà trị liệu. Nhóm bệnh nhân có thể là những người cùng cơ quan, những người trong cùng gia đình hoặc những người có cùng một căn bệnh... Các nhà khoa học đúc kết rằng khi tham gia vào nhóm, các thành viên sẽ có những thái độ rất



khác nhau: người thì tập trung thực hiện bài tập, nhiệm vụ được giao; người thì quan tâm đến trạng thái cảm xúc của những người khác; người sẵn sàng đáp ứng yêu cầu của người khác; người sẵn sàng trả lời các câu hỏi. Trong công việc của nhóm, có người thiên về tổ chức chung, có người quan tâm đến cách giải quyết vấn đề, có người sẵn sàng nâng đỡ tinh thần người khác, có người chỉ ngồi đó hỏi phải làm sao, có người luôn tìm kiếm sự trợ giúp của người khác, có người đóng vai khôi hài để làm dịu bầu không khí, có người luôn nghiêm túc, nghiêm nghị, và tất nhiên có người suy nghĩ tích cực thì sẽ có người suy nghĩ tiêu cực. Thông thường, trong nhóm, người suy nghĩ tiêu cực nhất sẽ làm xáo trộn vận hành của nhóm. Người hay giải thích đi giải thích lại, hay than vãn có nguy cơ làm tinh thần nhóm đi xuống. Khi một nhóm được thiết lập, ta sẽ thấy có một *nhân cách nhóm* dần dần hình thành, về lâu về dài sẽ lẫn át các nét tính cách riêng của những thành viên.

Trị liệu nhóm có một số ưu điểm so với các kiểu trị liệu khác:

- Nhà tâm lý có dịp quan sát trực tiếp bệnh nhân, các hành xử, các phản ứng của bệnh nhân với nhiều người khác, với xã hội.
- Giúp bệnh nhân có cơ hội phát biểu công khai khó khăn, yếu kém của mình, trong khi bình thường bệnh nhân giấu kín. Đôi khi trong đám đông, các cá thể có thể thực hiện một hành động mà khi một mình họ không làm.
- Giúp cho bệnh nhân cảm thấy được người khác chấp nhận, không còn hổ thẹn chuyện của mình và như vậy ít cảm thấy bị đơn độc.
- Giúp bệnh nhân khám phá ra rằng có nhiều người khác gặp phải vấn đề như mình, có cùng tâm trạng với mình.
- Giúp bệnh nhân tái hòa nhập xã hội, trước hết thông qua hòa nhập với mọi người trong nhóm nhỏ.

Về mặt kỹ thuật, không có mô hình hoặc phương pháp chuyên biệt cho trị liệu nhóm, kỹ thuật áp dụng cho nhóm đa dạng và dựa trên các lý thuyết đã có (trị liệu Hệ thống, Hành vi - Nhận thức, Phân tâm...).

Các trung gian trị liệu dùng cho nhóm có thể là lời nói, hoạt động nghệ thuật (họa, nhạc...), hoạt động biểu hiện cơ thể (khiêu vũ, kịch...)

Trị liệu nhóm thường được chỉ định cho những người lo hãi khi cảm thấy không thoải mái trong trị liệu cá nhân (chỉ có hai người và một mình đối diện với nhà trị liệu). Sự hiện diện của người khác có tác dụng hỗ trợ và trấn an họ. Ngược lại, không nên áp dụng trị liệu nhóm cho các bệnh loạn thần nặng, các rối loạn nhân cách và những người không thể tuân thủ luật lệ, quy tắc chung của nhóm. Nhà trị liệu cũng có thể đề nghị bệnh nhân trị liệu cá nhân song song với trị liệu nhóm.

Mình họa lâm sàng

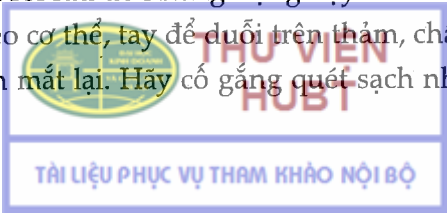
Alice là một bệnh nhân tâm thần phân liệt. Cô là con của một phụ nữ làm nghề mại dâm và cô được nuôi trong nhà tu kín. Cô vẫn thường cho rằng cha mẹ mình là Chúa và Mẹ toàn năng. Cô phát bệnh thực sự khi mẹ bề trên chết. Nhà tâm lý đề nghị cô tham gia vào nhóm vẽ tranh trong bệnh viện tâm thần. Ban đầu, cô rất ít tới và tỏ ra hung hăng. Dần dần cô bắt đầu vẽ, các hình dạng cô vẽ rất thô sơ, trong khi cô viết rất tốt. Dần dần, cô có những tiến triển tích cực.

David là một bệnh nhân tự kỷ trẻ, khá hung hăng. Mẹ David cũng là bệnh nhân của bệnh viện tâm thần cho người lớn, bà của anh cũng qua đời tại bệnh viện tâm thần này. Tham gia trị liệu trong nhóm vẽ tranh, David dần dần vẽ và có thể biểu đạt các nhân vật một cách thô sơ qua tranh vẽ, anh dần trở nên ít bạo lực hơn với các bệnh nhân khác.

6.3.3. Liệu pháp thư giãn

Bài tập thư giãn được giới thiệu dưới đây là thư giãn theo kiểu Jacobson.

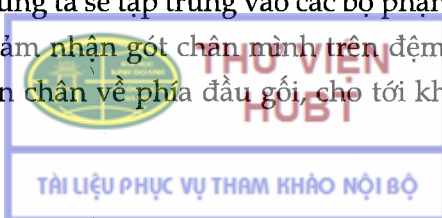
“Để buổi thư giãn diễn ra hiệu quả, hãy chọn một nơi yên tĩnh với ánh sáng yếu. Nằm duỗi thẳng người một cách từ từ. Chọn lấy tư thế thuận lợi nhất, hãy quên đi những gì làm bạn khó chịu... Hãy chọn một tư thế thật thoải mái rồi sau đó không động đậy nữa. Duỗi thẳng bàn tay, cánh tay dọc theo cơ thể, tay để duỗi trên thảm, chân hơi dang ra một chút. Hãy nhắm mắt lại. Hãy cố gắng quét sạch những suy nghĩ



đi qua tâm trí mình. Không nghĩ đến bất kỳ điều gì, các bạn chỉ nghe giọng tôi thôi, như các bạn nghe thấy trong một giấc mơ. Hít thở nhẹ nhàng. Hãy cố gắng tận dụng những giây phút thư giãn này, những giây phút đem lại cho bạn sự dễ chịu, thoải mái. Cố gắng lắng nghe cơ thể mình, cảm nhận những cảm giác của cơ thể bạn. Hãy tập trung mọi sự chú ý của bạn lên cơ thể. Hãy cảm nhận những gì đang diễn ra trên cơ thể bạn. Cùng lúc đó, hãy cảm nhận và định ra những điểm tiếp xúc của cơ thể bạn với tấm đệm. Hãy định vị những phần tiếp xúc mạnh nhất xuống giường, bắt đầu từ gáy - vai - lưng - các cơ mông - đùi - các bụng chân và gót chân. Các bạn sẽ tập trung vào những cảm giác khác nhau của cơ. Sự co cơ và sự giãn cơ, sự căng lên và sự thả lỏng... Cái hay là các bạn phân biệt được giữa hai cảm giác, và cảm nhận rõ ràng sự khác biệt giữa cảm giác khó chịu và cảm giác dễ chịu.

Bài tập đầu tiên: các bạn hãy nắm bàn tay lại và đồng thời tránh làm mình bị đau cho tới khi xuất hiện cảm giác của căng thẳng khó chịu ở phía cuối cánh tay. Dành một khoảng thời gian cần thiết để nắm bắt sự căng thẳng, sự co cơ ở phía cuối cánh tay... Thời gian đủ để nắm bắt được sự căng cơ và sự khó chịu... Một khi các bạn đã nắm bắt được nó, các bạn hãy thả lỏng từ từ nắm tay và đồng thời cảm nhận các cơ của cánh tay dưới được thả lỏng ra và trở nên mềm dẻo, mềm.... Hãy cố gắng cảm nhận cảm giác được xoa dịu và sự giảm nhẹ này... Chúng ta sẽ thử lần hai. Hãy cố gắng nắm tay lại, tránh làm bạn bị đau cho tới khi có cảm giác căng khó chịu ở cánh tay dưới. Dành một khoảng thời gian đủ để nắm bắt được sự căng và sự khó chịu... Một khi đã nắm bắt được nó, các bạn hãy thả lỏng từ từ nắm tay ra và cố gắng cảm nhận các cơ của cánh tay dưới được thả lỏng và trở nên mềm dẻo, mềm... Hãy tận hưởng cảm giác được xoa dịu và sự giảm nhẹ này... Các bạn sẽ cảm nhận cơ thể mình hoàn toàn thả lỏng trên đệm. Các bạn sẽ cảm nhận cơ thể mình một chút như nó đang lún vào trong đệm, như kiểu cơ thể rất nặng.

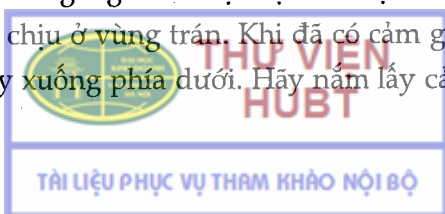
Bây giờ chúng ta sẽ tập trung vào các bộ phận phía dưới, vào chân. Hãy cố gắng cảm nhận gót chân mình trên đệm. Các bạn sẽ cố gắng hướng đầu bàn chân về phía đầu gối, cho tới khi cảm giác có sự khó



chịu, căng ở bụng chân... Ngay khi cảm nhận thấy sự khó chịu và sự căng này, hãy từ từ đưa chân trở lại vị trí ban đầu... Cố gắng cảm nhận các cơ, bụng chân trở nên mềm dẻo... Các bạn sẽ cảm thấy sự giãn cơ sau khi có sự căng và sự khó chịu... Chúng ta sẽ thử lại lần thứ hai. Các bạn sẽ hướng các đầu bàn chân về phía đầu gối cho tới khi cảm nhận thấy sự khó chịu, sự căng ở bụng chân... Ngay khi cảm nhận thấy sự khó chịu và sự căng này, hãy từ từ đưa chân trở lại vị trí ban đầu... Cố gắng cảm nhận các cơ, bụng chân trở nên mềm dẻo... Các bạn hãy tận hưởng sự giãn cơ sau khi có sự căng và sự khó chịu. Hít thở nhẹ nhàng. Các bạn sẽ cảm nhận thấy cơ thể mình được thả lỏng hoàn toàn trên đệm. Các bạn sẽ cảm nhận cơ thể mình có vẻ như hơi lún vào trong đệm, như thể cơ thể rất nặng và có trọng lượng.

Bây giờ các bạn sẽ tập trung vào các bộ phận phía dưới một lần nữa, và các bạn cố đẩy các đầu bàn chân về phía tường, không làm mình bị đau, cho tới khi cảm nhận thấy một sự khó chịu, một sự căng cơ. Ngay khi cảm thấy sự khó chịu và sự căng cơ này, hãy thả lỏng một cách chậm rãi các bàn chân về vị trí ban đầu... Chúng ta sẽ thử lại một lần nữa. Các bạn cố đẩy các đầu bàn chân về phía tường, không làm mình bị đau, cho tới khi cảm nhận thấy một sự khó chịu, một sự căng cơ. Ngay khi cảm thấy sự khó chịu và sự căng cơ này, hãy thả lỏng một cách chậm rãi các bàn chân về vị trí ban đầu... Hít thở nhẹ nhàng, sâu. Hãy cảm nhận cơ thể mình đang dần được thả lỏng trên giường như thể nó ngày càng trở nên nặng hơn và ì ạch hơn.

Bây giờ hãy cảm nhận các cảm giác trên khuôn mặt. Cố gắng đẩy lông mày lên phía trên, cho tới khi có hình nếp gấp. Cố gắng cảm nhận sự khó chịu trên trán. Hãy cảm nhận cảm giác khó chịu ở vùng trán. Khi đã có cảm giác này, hãy thả lỏng từ từ lông mày xuống phía dưới. Sự thả lỏng là một cảm giác dịu nhẹ của vùng trán đang trở nên mềm mại hơn. Một lần nữa hãy cố gắng đẩy lông mày lên phía trên, cho tới khi có hình nếp gấp. Cố gắng cảm nhận sự khó chịu trên trán. Hãy cảm nhận cảm giác khó chịu ở vùng trán. Khi đã có cảm giác này, hãy thả lỏng từ từ lông mày xuống phía dưới. Hãy nắm lấy cảm giác dịu nhẹ

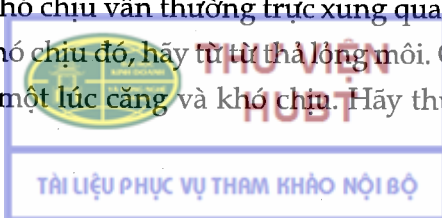


này ở vùng trán. Thả lỏng những chỗ căng và khó chịu. Cơ thể bạn được thả lỏng trên giường. Bạn cảm nhận thấy những điểm tiếp xúc của cơ thể mình với đệm, gáy, vai, lưng, cơ hông, đùi, các bàn chân và gót chân.

Lần này hãy cố gắng nghiêng rặng cho tới khi có cảm giác khó chịu ở hàm, không tự làm mình đau. Nghiêng hàm dưới và hàm trên cho tới khi có cảm giác căng và co cơ ở hàm. Khi cảm nhận thấy cảm giác này, hãy từ từ thả lỏng hàm. Để thả lỏng tốt, hãy mở miệng và hé môi ra một cách từ từ. Các bạn sẽ cảm nhận thấy cảm giác nhẹ nhàng, dịu nhẹ. Cơ của các bạn sẽ được thả lỏng ra, trở nên mềm hơn. Một lần nữa hãy thử nghiêng rặng cho tới khi có cảm giác cơ ở hàm căng ra. Khi có cảm giác đó, hãy từ từ thả lỏng cơ hàm. Để thả lỏng cơ đúng, hãy mở miệng từ từ và hé nhẹ nhàng hai môi. Hãy cảm nhận cảm giác dịu nhẹ mềm mại. Các cơ thả lỏng. Hít thở nhẹ nhàng, sâu. Cảm nhận toàn bộ cơ thể của bạn được buông thả trên giường, giống như nó ngày càng trở nên nặng hơn, ì hơn.

Hãy cố gắng tập trung sự chú ý vào miệng, môi bạn. Sau đó cố mím môi lại, giống như bạn đang muốn giấu chúng, có nghĩa ở dưới miệng. Các bạn sẽ cảm nhận sức căng, sự căng cơ xung quanh môi. Khi các bạn thấy cảm giác này, hãy từ từ đưa môi về vị trí bình thường. Để thực sự giãn cơ, hãy mở nhẹ miệng và hé nhẹ môi. Các bạn sẽ thích cảm giác thoải mái và dịu nhẹ. Cơ của các bạn được thả lỏng, mềm hơn. Một lần nữa hãy thử mím chặt môi, giống như bạn đang muốn giấu chúng đi. Các bạn sẽ cảm nhận thấy sức căng, sự căng cơ xung quanh môi. Khi các bạn thấy cảm giác này, hãy từ từ đưa môi về vị trí bình thường. Để thực sự giãn cơ, hãy mở nhẹ miệng và hé nhẹ môi. Các bạn sẽ thấy rõ sự khác biệt so với cảm giác khó chịu, căng thẳng.

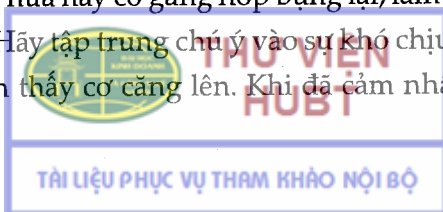
Các bạn sẽ tập trung một lần nữa vào vùng miệng, vào môi. Lần này hãy thử như việc bạn muốn nói "O", chữ "O". Môi bạn mở nhẹ ra bên ngoài. Sự khó chịu vẫn thường trực xung quanh môi bạn. Khi cảm nhận thấy sự khó chịu đó, hãy từ từ thả lỏng môi. Các bạn sẽ nhận thấy sự giãn cơ sau một lúc căng và khó chịu. Hãy thử một lần nữa giống



như việc bạn muốn nói chữ “O”. Môi bạn mở nhẹ ra bên ngoài. Sự khó chịu vẫn thường trực xung quanh môi bạn. Khi cảm nhận thấy sự khó chịu đó, hãy từ từ thả lỏng môi. Các bạn sẽ nhận thấy sự giãn cơ sau một lúc căng và khó chịu. Hít thở nhẹ nhàng. Các bạn sẽ cảm nhận thấy cơ thể mình được thả lỏng hoàn toàn trên đệm. Các bạn sẽ cảm nhận thấy cơ thể mình như thể nó đang lún vào trong đệm, như thể nó rất nặng và ì.

Thử tập trung hết sức vào vùng bụng. Cố gắng cảm nhận các cảm giác ở vùng bụng. Để giúp làm việc đó, hãy để tay phải lên bụng, và cố gắng đẩy bụng lên phía trên. Căng bụng lên giống như sau một bữa ăn no. Các bạn sẽ cảm nhận thấy sự khó chịu ở bụng. Các bạn phải cảm nhận rõ sự căng thẳng này ở vùng bụng. Sau đó hãy từ từ thả lỏng bụng. Các bạn sẽ thấy một cảm giác dịu nhẹ, giãn cơ, một cảm giác thoải mái. Các cơ ở bụng trở nên mềm hơn. Bạn sẽ thử một lần nữa đẩy bụng lên phía trên. Căng bụng lên giống như sau một bữa ăn no. Các bạn sẽ cảm nhận thấy sự khó chịu ở bụng. Các bạn phải cảm nhận rõ sự căng thẳng này ở vùng bụng. Khi đã cảm nhận thấy điều đó, hãy từ từ thả lỏng bụng. Các bạn sẽ thấy một cảm giác dịu nhẹ, giãn cơ, một cảm giác thoải mái. Các cơ ở bụng trở nên mềm hơn. Các bạn có thể để lại tay lên đệm. Hít thở sâu, nhẹ nhàng. Hãy cảm nhận rõ cơ thể mình đang dần buông xuôi trên giường, như thể cơ thể bạn ngày càng nặng hơn, ì ạch hơn. Hãy cố gắng cảm nhận cảm giác giống như sự nghỉ ngơi, yên tĩnh. Cố gắng cảm nhận cơ bắp mềm hơn.

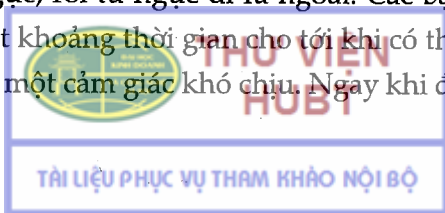
Bây giờ chúng ta sẽ làm bài tập ngược lại. Các bạn sẽ hóp bụng lại, làm bụng hõm sâu lại xuống phía đệm. Hãy tập trung chú ý vào sự khó chịu ở vùng bụng. Các bạn sẽ cảm nhận thấy cơ căng lên. Khi đã cảm nhận rõ cảm giác đó, hãy thả lỏng vùng bụng một cách từ từ, thật từ từ. Bụng bạn được giãn ra. Các bạn sẽ thấy cảm giác lúc ban đầu. Hãy cảm nhận rõ sự khác biệt giữa sự căng và sự giãn. Các bạn sẽ nhận thấy rõ sự thoải mái. Một lần nữa hãy cố gắng hóp bụng lại, làm bụng hõm sâu lại xuống phía đệm. Hãy tập trung chú ý vào sự khó chịu ở vùng bụng. Các bạn sẽ cảm nhận thấy cơ căng lên. Khi đã cảm nhận rõ cảm giác



đó, hãy thả lỏng ở vùng bụng một cách từ từ, thật từ từ. Bụng bạn được giãn ra. Các bạn sẽ thấy cảm giác lúc ban đầu. Hãy cảm nhận rõ sự khác biệt giữa sự căng và sự giãn. Các bạn sẽ nhận thấy rõ sự thoải mái. Hãy hít thở nhẹ nhàng, từ từ. Hãy cảm nhận rõ cơ thể bạn đang dần buông xuôi trên giường, giống như nó ngày càng trở nên nặng hơn.

Bây giờ chúng ta sẽ cố gắng cảm nhận sự hít thở bình thường. Chúng ta sẽ không thay đổi nhịp thở, nhưng chúng ta sẽ quan sát những gì đang diễn ra lúc hít thở. Hít thở bình thường và yên tĩnh. Để làm được điều đó, hãy để tay trái lên sườn, và tay phải lên bụng. Cố gắng cảm nhận những gì đang diễn ra khi bạn hít thở. Hai tay không động cùng lúc mà cử động tay trước tay sau. Hít vào đằng mũi. Thở ra đằng miệng. Cử động của tay cũng theo thế. Hãy dành thời gian để cảm nhận sự chuyển động. Hít thở bình tĩnh, nhẹ nhàng. Hít vào đằng mũi, thở ra đằng miệng. Làm từ từ để cảm nhận thấy sự chuyển động. Hai tay không cử động cùng một cách, cùng một lúc mà tay trước tay sau. Hít thở nhẹ nhàng. Các bạn có thể đặt lại tay dọc theo cơ thể. Cơ thể vẫn thả lỏng trên giường. Bạn sẽ cảm nhận thấy cơ thể hoàn toàn được thả lỏng trên giường. Các bạn sẽ thấy cơ thể mình như đang hơi lún vào trong đệm, như thể cơ thể rất nặng và ì.

Chúng ta sẽ một lần nữa tập trung và hơi thở, nhưng trước khi bắt đầu, bạn sẽ cố gắng hít thở sâu và ngăn không khí trong một vài giây trong phổi. Bây giờ bạn sẽ hít và vào ngăn không khí cho tới khi có thể cảm nhận thấy cảm giác tức thở ở ngực. Một cảm giác khó chịu. Ngay khi đã cảm nhận cảm giác này ở lồng ngực và ở ngực, hãy thả không khí ra một cách từ từ. Các bạn sẽ để không khí đi qua. Điều này sẽ giúp bạn có cảm giác dịu nhẹ, thoải mái sau sự khó chịu, sau sự căng thẳng. Các bạn lấy lại hơi thở bình thường, nhẹ nhàng. Chúng ta sẽ làm lại bài tập này lần thứ hai, nhưng lần này hãy cố gắng cảm nhận các cảm giác ở lồng ngực và bụng. Hãy theo không khí xuống bụng rồi sau đó đi lên lồng ngực, rồi từ ngực đi ra ngoài. Các bạn sẽ hít vào và ngăn không khí một khoảng thời gian cho tới khi có thể cảm nhận một cảm giác tức ngực, một cảm giác khó chịu. Ngay khi đã cảm nhận cảm giác



này ở lồng ngực và ở ngực, hãy thả không khí ra một cách từ từ. Các bạn sẽ để không khí đi qua. Điều này sẽ giúp bạn có cảm giác dịu nhẹ, thoải mái sau sự khó chịu, sau sự căng thẳng. Các bạn lấy lại hơi thở bình thường, nhẹ nhàng. Các bạn sẽ thấy cơ thể mình dần buông xuôi trên giường như thể nó trở nên nặng nề hơn. Hãy cố gắng cảm nhận một cảm giác nghỉ ngơi, yên tĩnh. Hãy cảm nhận các cơ mềm mại hơn.

Bây giờ chúng ta sẽ thử cái mà người ta gọi là hít thở bụng sâu. Nếu bạn muốn, để cảm nhận tốt hơn bài tập này, các bạn đặt tay phải lên bụng. Điều quan trọng là phải cảm nhận được bụng phồng lên và xẹp xuống. Các bạn hít vào sâu và đồng thời làm bụng phồng lên vì không khí. Căng bụng lên vì không khí và xẹp bụng lại để cho không khí ra hết ngoài bằng miệng không dừng chút nào, một cách rất chậm rãi. Sau đó lấy lại hơi thở bình thường một cách tự phát, nhẹ nhàng và không gò ép. Chúng ta bắt đầu lại. Bạn hãy hít thở sâu và bụng căng không khí. Hít vào hết cỡ rồi sau đó thở ra rất từ từ, không dừng và cho không khí ra bằng miệng. Sau đó lấy lại hơi thở bình thường, một cách yên lặng. Bạn sẽ cảm nhận thấy cơ thể mình buông xuôi, thả lỏng trên giường, như thể cơ thể trở nên nặng hơn, ì hơn. Hãy cảm nhận các cơ mềm dẻo hơn.

Bây giờ chúng ta sẽ thử xem lại thời gian của một hơi thở bình thường. Một hơi thở bình thường bao gồm tám nhịp. Bốn nhịp để hít vào và bốn nhịp để thở ra. Tôi sẽ đếm cho các bạn, giữa một và bốn các bạn hít vào, giữa bốn và tám các bạn cho không khí ra ngoài theo nhịp đếm của tôi. Không được đi quá nhanh, cũng không quá chậm. Hít thở, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Không quá nhanh, không quá chậm. Sau đó các bạn lấy lại hơi thở bình thường, một cách yên tĩnh, bình lặng. Hãy cảm nhận cơ thể mình đang buông xuôi, được thả lỏng trên giường như thể nó trở nên nặng hơn. Hơi giống như việc các bạn đang nằm trên bãi biển, ngày càng lún vào trong cát. Một cảm giác yên lặng, dễ chịu. Cố gắng cảm nhận từng bộ phận của cơ thể. Các cơ trên cơ thể bạn. Cơ thể ngày càng được thả lỏng. Cơ thể hơi được buông xuôi. Như thể cơ thể bạn được tắm đệm hít vào. Cảm giác nghỉ ngơi, yên tĩnh. Các bạn thấy



TRUNG TÂM
TÂM LÝ
HÀ NỘI

cơ thể mình được thả lỏng, mỗi bộ phận của cơ thể đều bình thản. Các bạn thấy rõ các cơ của mình ngày càng mềm hơn. Cảm giác thoải mái dễ chịu. Cơ thể bạn hoàn toàn yên lặng. Một cảm giác hòa bình. Hãy để cơ thể mình được yên tĩnh, thoải mái. Hãy cảm nhận sự nhẹ nhàng và sự yên tĩnh. Cơ thể bạn hoàn toàn được buông xuôi, thả lỏng và yên tĩnh. Cảm giác thoải mái dễ chịu và nhẹ nhàng.

Bây giờ, theo nhịp độ riêng của mình, ngay khi các bạn thấy gần, các bạn có thể dần dần chạm vào những gì xung quanh bạn. Làm từ từ và khi bạn thấy sẵn sàng, hãy mở mắt với một cử động của cánh tay và bàn chân. Và bạn từ từ đứng dậy.”

6.4. CÁC TRUNG GIAN HAY PHƯƠNG TIỆN TRỊ LIỆU

Trung gian trị liệu là công cụ, chứ không phải là mục tiêu trị liệu. Thông thường, các trung gian trị liệu chia ra thành ba nhóm: nhóm hướng đến sự cảm nhận cái đẹp (hội họa, sản phẩm cắt dán, tạo hình, v.v.); nhóm các nghệ thuật cơ thể (hề, kịch, chơi con rối, âm nhạc, leo tường, chạy bộ, thể thao, nhảy, v.v.) và nhóm chữ viết. Ba nhóm công cụ trị liệu này lại có thể được sử dụng theo hai cách, cho cá nhân hoặc cho nhóm.

Các trung gian thay đổi theo nền văn hóa, theo lứa tuổi, theo đặc thù của vấn đề thân chủ gặp phải. Vì vậy việc lựa chọn công cụ nào, theo cách nào, là cân nhắc và quyết định của nhà tâm lý, sau khi xem xét tất cả các yếu tố liên quan.

6.4.1. Không gian trị liệu

Không gian trong phòng tư vấn khác với không gian mà bệnh nhân sống bên ngoài, cũng không giống không gian trong gia đình (tổ kén) mà bệnh nhân sống. Không gian ở phòng tư vấn là không gian chuyển tiếp. Ở đây, người bệnh thử phát triển một mối quan hệ mới với nhà tâm lý và với những người khác (trong trị liệu nhóm chẳng hạn). Bệnh nhân nói về bản thân và thể hiện bản thân nhưng không có

sự hiện diện của người thân hay người quen. Và ở đây, bệnh nhân sẽ tự nghĩ ra một cách cư xử khác cho cuộc đời của họ - đó chính là không gian trị liệu. Vì vậy, không gian trị liệu cho phép một người bắt đầu làm một điều gì đó khác đi với họ trước đây và sau đó bệnh nhân tự trải nghiệm những điều đó trong cuộc đời thật của họ.

6.4.2. Hội họa trị liệu

Hội họa trị liệu là cách giúp bệnh nhân bộc lộ vấn đề, tâm tư của mình thông qua tranh vẽ. Ví dụ khi biểu hiện đau khổ trong chiến tranh, bệnh nhân thường dùng màu đỏ hay vẽ súng... Hội họa mang tính biểu tượng về những vấn đề rất nhạy cảm, những vấn đề không hiện hữu bề mặt ở bệnh nhân. Tham gia vào hội họa trị liệu, theo cách nào đó, bệnh nhân cũng như những nhạc sỹ thể hiện ý nghĩ thông qua nốt nhạc trên khung nhạc.

Ví dụ một bệnh nhân tâm thần phân liệt nặng đã tham gia hội họa trị liệu. Trong bức tranh thứ nhất, anh chưa nửa trang trống ở trên, những nét vẽ bằng màu đen không rõ, vỡ vụn. Sang đến bức thứ hai, anh sử dụng kín hết cả tờ giấy. Ở bức thứ ba, anh vẽ tập trung vào giữa tờ giấy hình giống như một quả tim đang đập. Bức thứ tư, anh vẽ hai khuôn mặt. Bức thứ năm, anh vẽ ở giữa tờ giấy và dùng cọ vẽ để diễn đạt ý tưởng, bức vẽ của anh thể hiện sự phân định được ranh giới giữa những nét chính với những khoảng trắng xung quanh. Ở bức thứ sáu, anh vẽ người nhưng rất trừu tượng. Sang đến bức thứ bảy, hình người được anh vẽ trông như những hình khối hình học. Thông qua quá trình vẽ tranh của bệnh nhân tâm thần phân liệt này, ta thấy sự phát triển khả năng làm chủ tư duy của anh. Điều quan trọng là ta cần đặt câu hỏi cho bệnh nhân sau mỗi tranh được vẽ: tại sao bệnh nhân lại vẽ chi tiết này, tại sao ở đây, tại sao màu này... Tất cả những câu hỏi này là để bệnh nhân hiểu mình hơn, thấy được sự tiến triển, sự thay đổi cấu trúc tâm lý của chính mình.

Trong hội họa trị liệu, nhà tâm lý không nên diễn giải bức tranh



của bệnh nhân mà chỉ nên sử dụng nó như một công cụ trị liệu. Ngoài ra, nhà tâm lý cần đảm bảo tính bảo mật của các bức vẽ. Nếu công bố, phải có sự đồng ý của bệnh nhân.

6.4.3. Trò chơi trị liệu

Quan sát trong một buổi trị liệu bằng trò chơi, ta thấy khi một đứa trẻ tái tạo trò chơi chiến tranh, thì đó chỉ là tái tạo chứ không phải chiến tranh trong thực tế. Muốn thực hiện được liệu pháp trò chơi, nhà tâm lý phải có kỹ năng chơi đùa với trẻ. Ngoài ra, nhà tâm lý cần chuẩn bị các đồ chơi phong phú để áp dụng khi thực hiện trò chơi trị liệu (búp bê, bộ đồ xếp hình nhà, các hình người...). Trò chơi trị liệu cũng có thể dùng đến các trò chơi sắm vai.

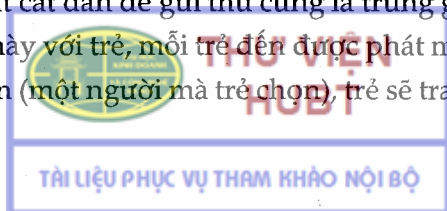
6.4.4. Trị liệu thông qua việc viết

Việc viết là trung gian phù hợp cho cả trẻ em và người lớn, được áp dụng cho người biết viết và cả người mù chữ bằng cách thích nghi các vật liệu, người khó khăn trong việc viết có thể nhờ nhà tâm lý hoặc người dẫn dắt nhóm trị liệu (nếu là trị liệu nhóm) viết lại. Trong xưởng viết, có lời hướng dẫn nhưng mỗi người có thể viết một cách tự do. Mỗi người cần được viết trong một không gian riêng tư.

Có thể dùng việc viết với mục đích kết nối liên hệ xã hội. Tại Pháp, những người vô gia cư được một tổ chức xã hội tiếp đón trong một xưởng viết, tổ chức vào ban đêm, hai buổi/tuần. Ý nghĩa trị liệu của việc này nằm ở chỗ những người vô gia cư thường không coi trọng chính bản thân họ, nên được viết và được nghe là điều quan trọng đối với họ, giúp họ tìm lại bản thân mình.

6.4.5. Một số trung gian trị liệu khác

Nghệ thuật cắt dán để gửi thư cũng là trung gian trị liệu. Ta có thể sử dụng cách này với trẻ, mỗi trẻ đến được phát một bao thư có địa chỉ của người nhận (một người mà trẻ chọn), trẻ sẽ trang trí bao thư để gửi



đi. Bên trong viết vài chữ, trẻ không biết viết thì vẽ hình tặng, ví dụ tặng người nhận.

Âm nhạc rất thường được sử dụng như một trung gian trị liệu. Nhà tâm lý có thể cho bệnh nhân nghe nhạc, hoặc khuyến khích bệnh nhân bộc lộ thông qua âm nhạc (hát, sử dụng nhạc cụ...).

Một trung gian khác là viết sổ du lịch, trong đó bệnh nhân được đề nghị vẽ hoặc viết lại những gì mình nhìn thấy trong quá trình đi du lịch.

Thú vật, thú nuôi cũng có thể coi là trung gian trị liệu. Bởi trẻ có khó khăn trong quan hệ giữa người với người thì có khi lại cảm thấy thoải mái hơn khi giao tiếp với thú nuôi (chó, mèo, ngựa...).

6.5. TRỊ LIỆU TÂM LÝ THEO LỨA TUỔI

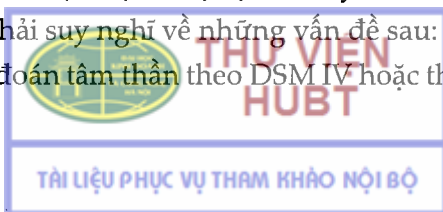
6.5.1. Trị liệu tâm lý trẻ em

a. Nhận xét chung về trị liệu tâm lý cho trẻ em

Đối tượng đến trị liệu tâm lý có thể là trẻ bị ngược đãi trong cuộc sống (nạn nhân của những gia đình thiếu thốn tình cảm và bị bạo hành, ly tán, bạo lực), trẻ gặp sang chấn tâm lý. Các trẻ này thường rất đau khổ về tinh thần và nỗi đau đó được biểu lộ qua một số triệu chứng mà thường đó là lý do đến khám (như hiếu động, thiếu tập trung, khó khăn trong học tập ở trường, rối loạn ngôn ngữ...). Cũng có những trẻ có khiếm khuyết bẩm sinh hoặc bị tật nguyên sau một tai nạn; các trẻ này đau khổ vì không thể sống như các trẻ cùng lứa tuổi, các em đau khổ vì ánh nhìn của trẻ khác. Khách thể trẻ em của trị liệu tâm lý còn có thể là trẻ mất lý tính, sống giam mình trong thế giới tưởng tượng và không có khả năng tiếp cận với thực tế. Các nhà trị liệu còn tiếp nhận những trẻ bị bệnh tật thách thức, bị mất người thân, tự hỏi đâu là niềm vui trong cuộc sống, tự hỏi về sự hiện hữu và cái chết.

Làm việc với trẻ em, đặc biệt là trị liệu tâm lý cho trẻ em, đòi hỏi nhà tâm lý lâm sàng phải suy nghĩ về những vấn đề sau:

- Ngoài việc chẩn đoán tâm thần theo DSM-IV hoặc theo một bảng

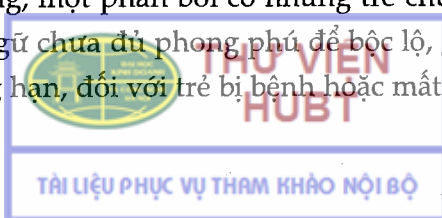


phân loại tương tự, cũng cần để ý đến giả thuyết đưa ra sau khi tiếp xúc lâm sàng, lưu ý kỹ các chẩn đoán phân biệt và thật cẩn trọng trong lựa chọn trắc nghiệm thích hợp.

- Sự gò bó về thời gian là một yếu tố cần phải vượt qua. Rất thường xảy ra tình huống thời gian khám bệnh không đủ để làm hết những gì nhà tâm lý muốn, phụ huynh ở xa không thể trở lại khám thường xuyên, hoặc kinh tế gia đình khó khăn không cho phép phụ huynh đưa con đến trị liệu đầy đủ. Nhà tâm lý lâm sàng sẽ gặp tất cả các điều nêu trên và điều này làm cho công việc chăm chữa trị liệu gặp khó khăn. Vì thế, nhà tâm lý phải suy nghĩ, sáng tạo ra những cách thực hành trị liệu khác như khám một lần trong ngày, tiếp cận theo kiểu hợp đồng, giới thiệu trung tâm gần nhà.....

- Một số tiếp cận trị liệu không phải lúc nào cũng thích nghi về mặt văn hóa. Trị liệu nhận thức-hành vi cho kết quả trong thời gian ngắn, làm giảm triệu chứng và khiến cho cả bệnh nhân lẫn nhà trị liệu hứng thú, giải quyết tạm thời lo lắng trước mắt. Tuy nhiên, để xử lý vấn đề tận gốc rễ, trị liệu Phân tâm với cách tấn công vào vô thức vẫn là lựa chọn tốt. Ngoài ra, dường như, trong truyền thống văn hóa Việt Nam, giá trị về lòng trung thành với gia đình được đặt nặng hơn sự phát triển tính độc lập của cá nhân. Sự tự chủ cá nhân là điều thường thấy ở người phương Tây hơn. Vì thế, thực hành trị liệu gia đình (trị liệu hệ thống) có vẻ được đón nhận dễ dàng ở Việt Nam. Một khía cạnh khác liên quan đến văn hóa, đó là công việc trị liệu thông thường được thực hiện thông qua việc làm biểu lộ cảm xúc và những suy nghĩ của bệnh nhân để từ đó tìm ra mối quan hệ nguyên nhân-hệ quả và ý nghĩa của triệu chứng. Câu hỏi đặt ra là liệu tiếp cận này có khả thi không trong một nền văn hóa mà sự bộc lộ cảm xúc không được khuyến khích như văn hóa Việt Nam?

- Khi trị liệu tâm lý cho trẻ em, các trung gian trị liệu đóng vai trò rất quan trọng, một phần bởi có những trẻ chưa/không có ngôn ngữ hoặc ngôn ngữ chưa đủ phong phú để bộc lộ, giải tỏa các vấn đề của mình. Chẳng hạn, đối với trẻ bị bệnh hoặc mất người thân, búp bê có



thể trở thành trung gian trị liệu hiệu quả. Đó là vật mà nhà trị liệu có thể dùng để tiếp đón trẻ, bắt chuyện với trẻ, giải thích cho trẻ điều gì đó, an ủi và trấn an trẻ. Về phía trẻ, trẻ có thể dùng búp bê để làm phương tiện diễn tả, nói lên sự đau đớn của mình, búp bê trở thành dụng cụ phóng chiếu tâm tư tình cảm của trẻ.

- Đối với trẻ em, nhà trị liệu cần đặc biệt ân cần, quan tâm và luôn lưu ý đến các nỗi lo sợ của trẻ, đảm bảo luôn đồng hành cùng trẻ, coi trẻ là trọng tâm của việc trị liệu. Điều này không có nghĩa là nhà tâm lý trị liệu quên đi sự hiện diện của cha mẹ trẻ.

b. Trị liệu tự kỷ ở trẻ em

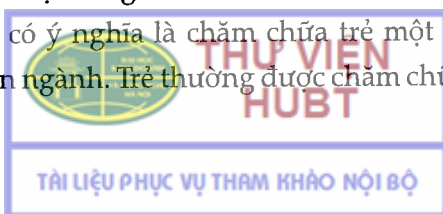
Tâm lý trị liệu dùng trong chăm chữa trẻ tự kỷ rất đa dạng, có thể là trị liệu cá nhân hoặc nhóm, có thể áp dụng nhiều mô hình lý thuyết khác nhau, nhiều trung gian trị liệu khác nhau (trò chơi, hội họa, âm nhạc...).

* *Tâm lý trị liệu cá nhân* thường được áp dụng cho những trẻ tự kỷ nhẹ, trí tuệ và khả năng giao tiếp phát triển ở một mức nhất định.

* *Trị liệu gia đình (hệ thống)* giúp trẻ tự kỷ được đón nhận bởi người thân trong gia đình, đồng thời giúp giải tỏa gánh nặng cho chính những người thân của trẻ. Qua phân tích giao tiếp và vai trò của những thành viên trong gia đình, trị liệu gia đình có thể có ích cho anh chị em của trẻ tự kỷ trong mối quan hệ và cách thức giao tiếp với người anh/chị/em tự kỷ của mình.

* *Trị liệu nhận thức hành vi* thích hợp để thay đổi một số hành vi không phù hợp hoặc nguy hiểm đối với chính trẻ hoặc đối với người khác (tự hủy hoại, hung bạo). Trị liệu nhận thức hành vi phải sử dụng những tiến trình tích cực (không ác cảm) để giúp trẻ có hành vi phù hợp với xã hội hơn. Sự củng cố tích cực được sử dụng để giúp trẻ tiến bộ. Mục đích là để hướng dẫn trẻ tập lại một hành vi phù hợp qua những kỹ thuật được hệ thống hóa.

* *Trị liệu thể chế* có ý nghĩa là chăm chữa trẻ một cách toàn diện trong một tập thể liên ngành. Trẻ thường được chăm chữa trong những



buổi trị liệu cá nhân và cả trị liệu nhóm. Thời gian trị liệu và thời gian hoạt động xen kẽ trong cuộc sống hàng ngày của trẻ. Áp dụng liệu pháp này, hoạt động thường nhật cũng phải có mục tiêu. Vì thế, phải lựa chọn các hoạt động thích thú, phù hợp, thường xuyên và có mục tiêu cho trẻ tự kỷ có thể giảm bớt sự buồn chán, hành vi rập khuôn hay khó khăn của trẻ, cho phép trẻ học và/hoặc tự làm cho mình thích thú.

* *Trị liệu trao đổi và phát triển* được áp dụng cho những trẻ có những rối loạn nặng về phát triển (trong đó có tự kỷ). Kiểu trị liệu này hướng đến việc chăm sóc tâm lý giáo dục bằng các điều kiện tối ưu: sự thanh thản, sự sẵn sàng, sự qua lại, tương tác qua hoạt động trò chơi để có thể tạo ra một không khí thuận lợi cho sự phát triển của trẻ. Mục đích cơ bản là phục hồi chức năng tâm lý bị tổn thương. Ví dụ, ngay từ nhỏ, nếu được phục hồi sự chú ý, nhận thức, trẻ sẽ có cơ may nhiều hơn trong việc phát triển khả năng giao tiếp, bắt chước, tương tác khi lớn lên.

* *Chăm chữa tái giáo dục* được sử dụng để tái giáo dục ngôn ngữ và giao tiếp. Việc tái giáo dục này rất cần thiết cho những trẻ có chức năng giao tiếp bị tổn thương nặng, có thể áp dụng ngôn ngữ trị liệu.

* *Chăm chữa giáo dục* tập hợp các phương pháp và chiến lược giáo dục nhằm giúp trẻ thu nạp được kiến thức. Mục đích là cung cấp cho trẻ những dụng cụ để trẻ sống một cuộc sống tự lập sau này nếu có thể được, có thể tự săn sóc bản thân mình và tham gia vào cuộc sống của những người xung quanh một cách thích hợp. Trong việc chăm chữa này, một phần dành riêng cho những hoạt động nhằm vào phát triển nhận thức và một phần khác nhằm nhiều vào phát triển tình cảm xã hội, giác quan hoặc tâm vận động đa dạng. Chăm chữa giáo dục, dù được áp dụng ở trường, ở bệnh viện hay ở các trung tâm đón nhận trẻ tự kỷ, không có quyền cũng không có nhiệm vụ bù đắp tất cả những thiếu năng của trẻ, nhưng có thể góp phần cải thiện những kỹ năng tương tác cảm xúc và xã hội, kỹ năng giao tiếp, quan hệ liên cá nhân ở trẻ, để trẻ trở nên tự lập và thậm chí có thể gia nhập vào đời sống tập thể.

* *Can thiệp sớm* đi song song với chẩn đoán sớm. Vì thế, can thiệp



THƯ VIỆN

HOẠT

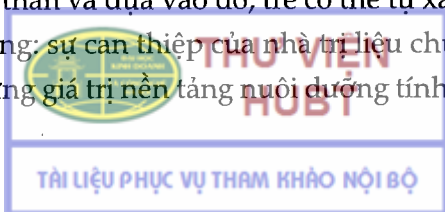
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sớm được áp dụng nếu tự kỷ được chẩn đoán trước 2 tuổi. Nền tảng lý thuyết của nó là trong khoảng giữa 2 và 5 tuổi, não có hiện tượng co giãn và bù trừ thích nghi, có thể trở thành đòn bẩy để hồi phục một số chức năng bị suy yếu ở trẻ nhỏ. Sự can thiệp sớm này dựa trên tiếp cận phát triển và hành vi, nhằm vào việc đạt được năng lực mới và giảm bớt hành vi khó chịu. Can thiệp sớm chỉ có thể thực hiện nếu gia đình và các nhà chuyên môn sẵn sàng cam kết cùng nhau thực hiện các phương pháp can thiệp một cách đều đặn, lặp lại, nâng đỡ và có sự đầu tư.

6.5.2. Trị liệu tâm lý vị thành niên

Vị thành niên là giai đoạn mà một người đi tìm kiếm tính xác thực của bản thân mình và khám phá người khác. Đó là giai đoạn muốn được giải phóng, muốn có được sự tự do cho bản thân. Ở Việt Nam, một cách truyền thống, dường như lòng hiếu thảo, trung thành với gia đình cùng sự tôn kính tổ tiên quan trọng hơn sự phát triển cá nhân. Thế nhưng hiện nay, vị thành niên Việt Nam ngày càng chịu ảnh hưởng lớn từ phương Tây, thông qua Internet cũng như các kênh truyền thông, văn hóa khác. Các em xem cùng loại phim, nghe cùng loại âm nhạc với các bạn cùng tuổi ở phương Tây, các em tìm cách tự giải thoát mình ra khỏi một số điều truyền thống. Cùng lúc, rất nghịch lý là vị thành niên châu Âu lại đang vỡ mộng về văn hóa cái tôi, văn hóa đề cao cá nhân. Đối với người phương Tây, văn hóa cái tôi đó là lý do của việc chỉ cho mình là trung tâm, vì thế họ đi tìm một cái nhìn tổng thể thống nhất hơn về thế giới.

Công việc của nhà trị liệu với trẻ vị thành niên là giúp trẻ nhận biết, xác định cảm xúc cá nhân, củng cố niềm tin vào bản thân, để phát triển dần dần khả năng tìm gặp người khác có đặc điểm khác với mình, mà không tự đánh mất bản thân. Cũng cần giúp trẻ cập nhật lại các điểm mốc của bản thân và dựa vào đó, trẻ có thể tự xây dựng hình ảnh bản thân vững vàng; sự can thiệp của nhà trị liệu chủ yếu là giúp trẻ vừa gắn bó với những giá trị nền tảng nuôi dưỡng tính trung thành



với cộng đồng, vừa có khả năng xây dựng cuộc sống bản thân và nắm bắt tương lai.

Vấn đề được đặt ra một cách rất đặc thù cho trẻ vị thành niên Việt Nam dường như cũng là mối bận tâm của chính đất nước. Việt Nam đang tìm cách dung hòa giá trị truyền thống với giá trị của một xã hội đang trên đà phát triển: với việc toàn cầu hóa, sự tiến triển xã hội của đất nước cũng giống với cơn khủng hoảng đặc thù của tuổi vị thành niên - đi tìm kiếm hình ảnh mới của bản thân.

Vị thành niên thế giới và Việt Nam có điểm chung: ngoài những gì trẻ bộc lộ cho chúng ta thấy, dù hành vi của trẻ có ngược đời, hung bạo dưới cái nhìn của chúng ta, trẻ luôn khát khao được nhìn nhận, thương yêu, được tôn trọng, không bị xét đoán, trẻ muốn mình có thể tin tưởng người lớn tuổi hơn trẻ một cách vô điều kiện. Trên đường tìm kiếm bản thân, trẻ thường ít ý thức về tiềm lực của mình, trong khi chính tiềm lực đó có thể trở thành điểm tựa để trẻ tự xây dựng hình ảnh bản thân và tự bước vào thế giới của người lớn. Trẻ tìm sự nâng đỡ của bạn bè cùng tuổi, trẻ tự khẳng định mình với bạn bè; trẻ nhận ra bản thân chính mình trong hình ảnh của bạn bè; chính qua cái nhìn của người khác mà trẻ sẽ tự khám phá bản thân mình.

Trẻ vị thành niên cảm thấy dễ bị tổn thương. Trẻ cảm thấy nguy hiểm bởi những gì bên trong bản thân. Cảm xúc của trẻ dâng trào, trẻ không kiểm soát được và sẽ bộc lộ ra ngoài. Nhà trị liệu không nên lại quá gần để trẻ không cảm thấy bị xâm lấn và bị đe dọa, tuy nhiên cũng không nên giữ khoảng cách quá xa để trẻ không cảm thấy cô đơn thất vọng. Vấn đề là có thể gần gũi nhưng không đánh mất bản thân, giữ mối liên hệ nhưng vẫn có sự riêng tư của bản thân.

Không bao giờ muốn bị ràng buộc, từ chối tất cả những gì có thể giống như quyền lực, nhưng trẻ vị thành niên luôn tìm kiếm sự bảo vệ và muốn được trấn an: sự bảo vệ của cha mẹ phải được điều chỉnh lại. Trẻ tìm những điểm mốc, điểm tựa, sự nâng đỡ. Gia đình luôn là chỗ dựa nền tảng. Ngay cả khi bị xáo trộn, gia đình vẫn là cấu trúc tham chiếu của trẻ. Nhu cầu của trẻ vị thành niên thay đổi, vì thế cha mẹ

cũng phải chỉnh đốn lại cách làm cha mẹ. Thật vậy, cha mẹ đương đầu không ngừng với những đòi hỏi ngược đời của trẻ: họ phải vừa đối đầu với sự khiêu khích của trẻ, vừa đối mặt với nhu cầu cần thiết là bảo vệ trẻ, thậm chí an ủi trẻ - khi trẻ bị tổn thương bởi những trải nghiệm với bạn bè, trẻ trở về nhà tìm kiếm sự thông cảm và tình thương của cha mẹ.

Trẻ vị thành niên cần một nơi để có thể sống và bộc lộ tính hai mặt và những nghịch lý của bản thân: trẻ kiên trì tìm cách làm khác người nhưng lo sợ nguy cơ bị bỏ rơi. Trong giai đoạn này, gia đình phải vừa khoan dung mềm mỏng, vừa tìm cách sử dụng quyền hạn đúng mức, tìm ra một ranh giới cân bằng giữa hai cực quá khắt khe hoặc quá tham gia vào việc của trẻ. Khả năng vừa mạnh mẽ vừa mềm dẻo này của gia đình sẽ giúp trẻ có thêm kinh nghiệm từ bên ngoài và quay trở lại gia đình mà không gây nguy hiểm cho gia đình.

Tuổi vị thành niên là sự thay đổi vừa có tính gia đình và tính cá nhân. Những khuôn mẫu của quá khứ không đứng vững trước sự tiến triển của các giá trị và phương cách sống. Ở bối cảnh khủng hoảng xã hội ngày nay, trong trị liệu tâm lý, phương pháp hệ thống gia đình dường như rất phù hợp vì tiếp cận này lưu ý một cách nghiêm túc tới tất cả những mối tương tác phức tạp của gia đình cũng như những nhu cầu cá nhân của mỗi thành viên trong gia đình. Tùy theo phong tục của mỗi nước mà nhà trị liệu sẽ ưu tiên khía cạnh này hơn khía cạnh khác. Nhà lâm sàng là người sẽ biết đánh giá để duy trì sự cân bằng giữa hai khía cạnh cá nhân - gia đình.





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 7

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU TRONG TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

*Dana Castro, Bénédicte Grosjean,
Nguyễn Ngọc Diệp & Alix Sebaux*

7.1. THẾ NÀO LÀ MỘT NGHIÊN CỨU TRONG TÂM LÝ HỌC?

7.1.1. Thế nào là nghiên cứu?

Thực hiện một nghiên cứu, tức là tìm ra điều gì đó:

- Mới mẻ
- Khiến mình thấy hứng thú
- Tuân theo một quy trình khoa học
- Tuân theo các quy tắc đạo đức nhất định

Nghiên cứu là một quy trình logic và khoa học. Người làm nghiên cứu bắt đầu từ việc đặt ra một câu hỏi khởi động nhằm thu hẹp phạm vi và nội dung quan tâm. Tiếp theo, anh ta tham khảo các khái niệm, các định nghĩa khoa học có sẵn, phân tích, đối chiếu các trường phái khác nhau và sử dụng công cụ thích hợp đã được kiểm định để tìm cách trả lời câu hỏi khởi động đó. Câu trả lời của anh ta phải rõ ràng, được soạn thảo cẩn trọng và có một cấu trúc logic.

Thông thường, có hai phương pháp luận nghiên cứu: tiếp cận giả thuyết-suy luận và tiếp cận quy nạp. Phương pháp giả thuyết-suy luận, còn gọi là phương pháp diễn dịch, hướng tới việc kiểm định hiệu lực và độ tương hợp của một trường phái, một lý thuyết hoặc một mô hình



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

khi áp dụng vào thực tế. Ngược lại, phương pháp quy nạp, còn gọi là phương pháp dựa vào kinh nghiệm, lấy các kiến thức từ thực tế, từ kinh nghiệm làm việc để tổng hợp thành lý thuyết. Rất nhiều nghiên cứu trong Tâm lý học Lâm sàng áp dụng phương pháp quy nạp.

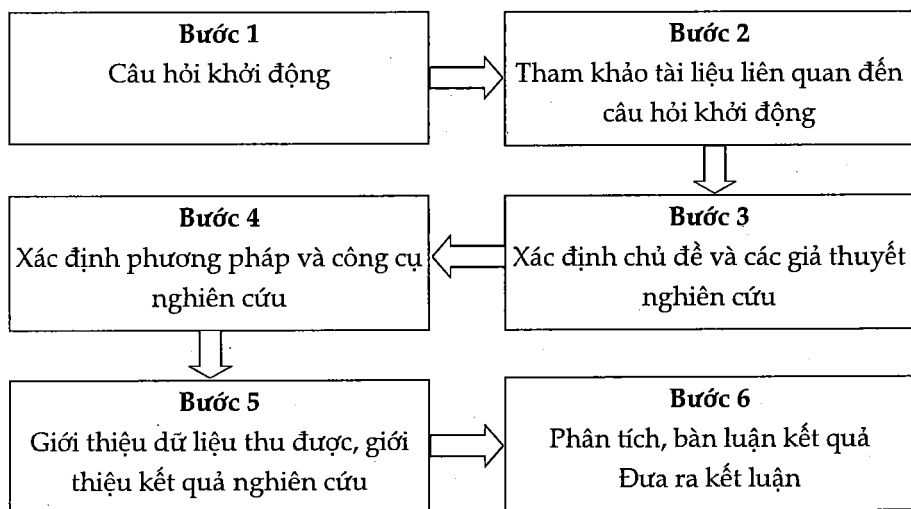
7.1.2. Những điều tiên quyết khi thực hiện một nghiên cứu tâm lý học

Một nghiên cứu phải được tư duy và xây dựng theo các giai đoạn khác nhau, có trình tự nhất định. Để làm được điều đó, chúng ta phải bắt đầu bằng việc xác định:

- Lợi ích của chủ đề/đề tài mình chọn
- Tính khả thi của đề tài
- Chọn phương pháp thích hợp với đề tài được chọn
- Các nguồn lực hỗ trợ trong việc thực hiện đề tài nghiên cứu

7.1.3. Các bước thực hiện một nghiên cứu tâm lý học

Nhìn chung, một nghiên cứu trong Tâm lý học thường tuân theo các bước như sơ đồ sau đây:



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

a. Xác định chủ đề/đề tài nghiên cứu

Chủ đề nghiên cứu trước tiên phải hấp dẫn nhà nghiên cứu. Nó phải khả thi và có thể cụ thể hóa thành các bước khi thực hiện. Nó có ích và đóng góp cho môi trường chuyên môn, cho lĩnh vực nghiên cứu dù ít hay nhiều. Nó phải hợp pháp và tuân theo quy chế hành nghề, tuân theo đạo đức nghiên cứu khoa học.

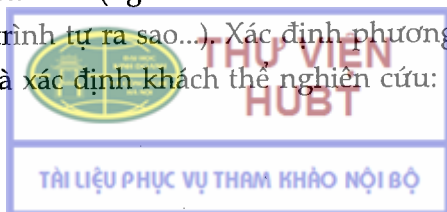
Việc xác định chủ đề nghiên cứu bao gồm việc xác định phạm vi nghiên cứu (nghiên cứu thuộc một ngành nhỏ trong Tâm lý học hay sẽ là sự giao thoa của nhiều ngành khác nhau) và đối tượng nghiên cứu (nghiên cứu một hiện tượng tâm lý, một cách thức can thiệp hay một kiểu nhân cách cụ thể...). Để xác định được rõ ràng chủ đề nghiên cứu, nhà nghiên cứu phải đặt ra một hoặc nhiều câu hỏi nghiên cứu (câu hỏi khởi động): câu hỏi này cần đề cập đến một *mối quan hệ giữa ít nhất hai hiện tượng* sẽ được đánh giá. Quá trình tìm kiếm câu trả lời cho câu hỏi nghiên cứu sẽ giúp nghiên cứu viên xác định được chính xác khái niệm mình muốn nghiên cứu và những thuật ngữ tâm lý học tương ứng với khái niệm đó.

Để đánh giá tính khả thi của nghiên cứu, chúng ta cần trả lời những câu hỏi sau đây:

- Lợi ích thực sự của đề tài này là gì?
- Nguồn tài liệu tham khảo có đủ để làm rõ, củng cố câu hỏi nghiên cứu?
- Nhà nghiên cứu có thể thâm nhập vào dân cư, có khả năng đi gặp khách thể để tiến hành nghiên cứu?
- Nhà nghiên cứu dự định chọn lựa các phương pháp nào? Các phương pháp này có thực sự giúp thu thập được kết quả?

b. Xác định phương pháp và công cụ nghiên cứu

Xác định phương pháp nghiên cứu trước hết có nghĩa là mô tả quy trình tiến hành nghiên cứu (nghiên cứu sẽ diễn ra như thế nào, gồm các bước cụ thể gì, trình tự ra sao...). Xác định phương pháp nghiên cứu cũng có nghĩa là xác định khách thể nghiên cứu: trước tiên nhà



nghiên cứu cần biết mình muốn tiến hành nghiên cứu trên thành phần nào của dân cư (dựa trên độ tuổi, học vấn, nghề nghiệp, các đặc điểm xã hội...), trên thành phần dân cư đó nhà nghiên cứu muốn giới hạn vào nhóm mẫu nào (các tiêu chí càng phải cụ thể và chi tiết hơn). Cũng liên quan đến khách thể nghiên cứu, nhà nghiên cứu cần xác định trước phương thức tiếp cận với khách thể.

Việc xác định công cụ đo lường cần dựa vào các tiêu chuẩn sau đây:

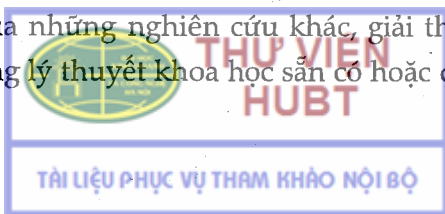
- Tính chất của thông tin cần thu thập
- Các mục tiêu nghiên cứu
- Đặc trưng xã hội và nhân khẩu của thành phần dân cư nghiên cứu
- Khả năng ứng dụng của công cụ đo lường trên mẫu nghiên cứu mà đề tài chọn lựa.

Các công cụ nghiên cứu cần phải được kiểm tra chặt chẽ, đảm bảo độ tin cậy, độ giá trị và tính khả thi.

Để xử lý các dữ liệu, các thông tin thu được, nhà nghiên cứu cần đến các phương pháp xử lý dữ liệu, tức phương pháp sắp xếp các thông tin thu được nhằm đưa ra được cấu trúc, ý nghĩa và mối quan hệ giữa các thông tin ấy. Dữ liệu thu được có thể định lượng hoặc định tính. Phương pháp phân tích dữ liệu có thể là các phần mềm thống kê hoặc các kỹ thuật phân tích phỏng vấn sâu, phân tích trường hợp...

c. Trình bày kết quả nghiên cứu

Việc trình bày kết quả nghiên cứu thường gồm hai phần: trình bày - phân tích kết quả và giải thích - bàn luận kết quả. Kết quả có thể được trình bày dưới dạng đoạn văn, bảng biểu, hình vẽ, nghiên cứu trường hợp... Việc giải thích-bàn luận kết quả nhằm giúp người đọc nghiên cứu có cái nhìn tổng hợp và tóm tắt về toàn bộ kết quả thu được; một số kết quả có thể được giải thích và trao đổi kỹ càng hơn. Bàn luận kết quả nghiên cứu còn có nghĩa là đối chiếu kết quả nghiên cứu của mình với kết quả của những nghiên cứu khác, giải thích chúng dưới ánh sáng của những lý thuyết khoa học sẵn có hoặc đưa ra những lời giải



thích độc đáo, riêng của đề tài. Cũng trong khuôn khổ bàn luận kết quả nghiên cứu, nhà nghiên cứu cần đối chiếu kết quả thu được với giả thuyết đề ra (câu hỏi khởi động), từ đó nêu lên những điểm đạt được và những điểm còn hạn chế của nghiên cứu.

7.2. SOẠN THẢO DỰ ÁN NGHIÊN CỨU

Dự án nghiên cứu, trong tài liệu này, được hiểu như một văn bản ngắn giới thiệu đến người khác câu hỏi nghiên cứu, đề tài nghiên cứu cũng như toàn bộ các bước, phương pháp và chiến lược cần thiết để trả lời câu hỏi đó.

Kỹ năng soạn thảo dự án nghiên cứu đặc biệt cần thiết khi một nhà tâm lý nhen nhóm ý tưởng về đề tài nghiên cứu nào đó, muốn giới thiệu ý tưởng của mình đến bạn bè, đồng nghiệp, muốn kêu gọi tài trợ cho ý tưởng đó, muốn tham gia trình bày tại một hội thảo khoa học, v.v. Dưới đây là một mẫu chung về dự án nghiên cứu. Tùy vào tính phức tạp của đề tài mà người soạn thảo có thể chỉnh sửa mẫu này theo cách mình muốn.

GIỚI THIỆU DỰ ÁN NGHIÊN CỨU

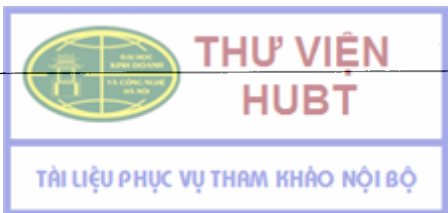
Tên dự án (Chủ đề chính và lĩnh vực, ngành, nhóm ngành nghiên cứu)

Đặt vấn đề

Giải thích câu hỏi nghiên cứu:

Tính độc đáo của đề tài:

Giả thuyết nghiên cứu chính:



Các tìm tòi trước khi bắt đầu dự án

Những nghiên cứu đã có trong lĩnh vực được chọn:

- Tham khảo các tác giả sau:
- Các lý thuyết, chủ đề hoặc quan điểm nổi trội:
- Danh mục tài liệu tham khảo tạm thời:

Đã liên hệ với những nhà chuyên môn sau đây:

Phương pháp nghiên cứu

- Khách thể:
- Nhóm dân cư nghiên cứu:
- Phương tiện tiếp cận với khách thể và hạn thu thập dữ liệu:
- Nhóm mẫu cụ thể của nghiên cứu:

Đặc điểm của nhóm mẫu:

Tiêu chí lựa chọn:

- Công cụ:

Công cụ thu thập dữ liệu:

Công cụ phân tích dữ liệu:

Tổ chức nghiên cứu

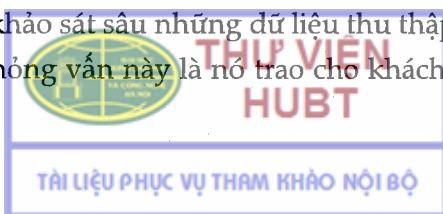
Lịch trình nghiên cứu cụ thể

7.3. MỘT SỐ CÔNG CỤ THU THẬP DỮ LIỆU TRONG NGHIÊN CỨU TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

7.3.1. Phỏng vấn sâu không định hướng

a. Giới thiệu

Phỏng vấn sâu không định hướng còn được gọi là phỏng vấn không cấu trúc, phỏng vấn tự do. Loại phỏng vấn này thường được dùng để tìm hiểu ở mức độ sâu sắc các quan điểm và ý kiến của khách thể. Vì vậy nó thường được dùng trong các nghiên cứu thăm dò tình huống hoặc để khảo sát sâu những dữ liệu thu thập chưa đầy đủ. Đặc điểm của loại phỏng vấn này là nó trao cho khách thể toàn quyền tự



do, khách thể được tạo điều kiện tối đa để thể hiện bản thân và nghiên cứu viên cần phải có thái độ chấp nhận, tôn trọng tuyệt đối.

Theo Blanchet và các cộng sự (1985), trong nghiên cứu khoa học, phỏng vấn sâu không định hướng là một quá trình trò chuyện trong đó người phỏng vấn có mục đích thu thập thông tin từ người được phỏng vấn: người phỏng vấn tạo mọi điều kiện để người được phỏng vấn nói về một chủ đề khoa học được xác định từ trước. Khái niệm “không định hướng” được vay mượn từ lý thuyết về tham vấn của Carl Rogers, trong đó nhà tâm lý không nói thay cho thân chủ, không tìm cách giải quyết vấn đề của thân chủ mà để thân chủ tự bộc lộ và tự giải quyết vấn đề của anh ta.

b. Các đặc điểm

- Phỏng vấn sâu không định hướng trong nghiên cứu tâm lý học trước hết là một cuộc gặp gỡ giữa hai người, nghĩa là nó tạo ra một mối quan hệ tay đôi, mặt đối mặt.
- Cuộc gặp gỡ này có bối cảnh đặc biệt (phục vụ cho nghiên cứu khoa học), vì vậy lời nói của khách thể trong buổi phỏng vấn cũng cần được phân tích và diễn giải trong ngữ cảnh cụ thể này. Người làm nghiên cứu, do đó, phải thận trọng khi sử dụng lời nói của khách thể.
- Cuộc gặp gỡ cũng là nơi diễn ra nhiều hiện tượng, quá trình tâm lý khác nhau ở cả người nghiên cứu lẫn khách thể (hiện tượng phóng chiếu, đồng nhất hóa, các cơ chế phòng vệ...). Vì thế, nó sẽ bị ảnh hưởng bởi sự tương tác giữa hai người.
- Trong buổi phỏng vấn diễn nhiều tầng nấc khác nhau của giao tiếp, đi từ mức độ cơ thể, cảm xúc đến trí tuệ, tinh thần. Bản chất của nó là có hai người tham gia vào một liên hệ xã hội và hành vi của người này sẽ làm thay đổi hành vi của người kia.
- Loại phỏng vấn này, nhờ đặc tính không định hướng của nó, cho phép thu thập được những dữ liệu “thuần khiết” nhất theo chữ dùng của Carl Rogers.



c. Những khía cạnh kỹ thuật

Trước tiên cần hiểu rằng buổi phỏng vấn cần được thực hiện một cách mềm dẻo. Dù không định hướng, vai trò của người phỏng vấn là tránh để khách thể sa đà vào các nội dung không liên quan đến đề tài nghiên cứu. Thông thường, trong phỏng vấn không định hướng, người phỏng vấn chỉ đặt duy nhất, ngay từ khi bắt đầu, một câu hỏi đã chuẩn bị sẵn. Phần còn lại của buổi phỏng vấn là nội dung lời nói của khách thể, người phỏng vấn chỉ khuyến khích, giúp khách thể đào sâu một nội dung hay cụ thể hóa một ý tưởng. Một buổi phỏng vấn sâu có thể kéo dài tối thiểu 45 phút, trung bình 60 phút. Để thực hiện thành công một buổi phỏng vấn sâu không định hướng, người phỏng vấn/ nghiên cứu viên cần chuẩn bị trước câu hỏi khởi động (câu hỏi trực tiếp duy nhất), dàn ý dự kiến những thông tin cần thu thập, cách thức ghi âm, ghi chép trong buổi phỏng vấn và đặc biệt là lường tượng trước những kỹ thuật can thiệp.

Câu hỏi khởi động

Có thể nói, câu hỏi khởi động, hay chỉ dẫn ban đầu, là điều duy nhất có-định-hướng trong cả buổi phỏng vấn. Với câu hỏi khởi động, nghiên cứu viên cho người được phỏng vấn biết chủ đề của buổi phỏng vấn, nghĩa là cho anh ta biết anh ta cần nói về cái gì. Có nhiều dạng khởi động/mở đầu buổi phỏng vấn:

- Đặt câu hỏi mở, chẳng hạn như “Anh/chị có thể kể cho tôi nghe những kế hoạch, dự định của anh/chị sau khi ra trường?”. Từ câu hỏi mở này, người phỏng vấn ghi chú tất cả các nội dung được nhắc đến trong câu trả lời của khách thể, sau đó nhắc tại từng điểm để khách thể làm rõ.
- Đặt câu hỏi về quan niệm của khách thể, chẳng hạn như “Anh/chị nghĩ thế nào về vấn đề ly hôn?”.
- Bắt đầu bằng cách đưa ra/mô tả các chi tiết cụ thể, chẳng hạn như trong một nghiên cứu về biểu tượng về bệnh tật, nghiên cứu viên bắt đầu buổi phỏng vấn bằng việc mô tả một số bệnh, các chi tiết

trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân, giải thích các hành vi của bệnh nhân..., tất cả nhằm làm cho người được hỏi dễ dàng trả lời hơn. Cần thận trọng khi sử dụng kỹ thuật này bởi nó có nguy cơ định hướng hóa buổi phỏng vấn.

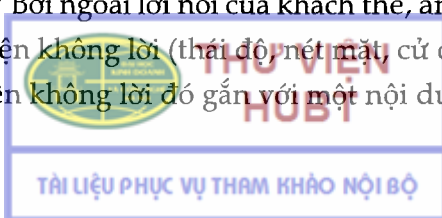
- Cá nhân hóa câu hỏi, ví dụ “Tôi rất muốn biết những trải nghiệm hoặc quan niệm riêng của cá nhân anh/chị về việc đi du lịch một mình?”.
- Phi cá nhân hóa câu hỏi, ví dụ “Theo anh/chị, những người thường đi du lịch một mình cảm thấy thế nào trên suốt chặng đường?”.

Dàn ý dự kiến của buổi phỏng vấn

Trước tiên, cần nói rõ rằng đây là dàn ý mà người phỏng vấn xây dựng *cho chính mình*, để biết trước những gì mình muốn biết, muốn thu được qua phỏng vấn. Nó không phải là công cụ mà người phỏng vấn dùng để hỏi khách thể. Đây cũng chính là điểm phân biệt dàn ý phỏng vấn không định hướng với loại phỏng vấn bán định hướng. Ở phỏng vấn bán định hướng, dàn ý chuẩn bị trước dẫn dắt người phỏng vấn trong việc nêu ra các mục để khách thể trả lời; các mục trong dàn ý, như vậy, được nhắc đến tuần tự, nối tiếp nhau và hầu như không thay đổi, câu trả lời của khách thể do đó cũng được sắp xếp dựa theo dàn ý đó. Ở phỏng vấn không định hướng, dàn ý chỉ là tài liệu tham khảo của người phỏng vấn; khi trò chuyện với khách thể, thứ tự, nội dung của nó tuân theo mạch trình bày của khách thể. Người phỏng vấn cũng có thể bỏ qua một hoặc vài nội dung đã định trước, tùy theo những gì khách thể nói. Đặc biệt, anh ta tránh tối đa việc cắt lời khách thể.

Việc ghi chép, ghi âm

Tại sao người phỏng vấn, dù đã ghi âm, vẫn nên ghi chép trong quá trình phỏng vấn? Bởi ngoài lời nói của khách thể, anh ta cũng cần lưu lại những biểu hiện không lời (thái độ, nét mặt, cử chỉ...), đặc biệt là khi những biểu hiện không lời đó gắn với một nội dung cụ thể mà



khách thể nhắc đến. Quan trọng hơn, việc ghi chép còn giúp người phỏng vấn lưu lại những ý khác nhau mà khách thể nhắc đến, để ngay sau đó nhắc lại, đề nghị được làm rõ nếu ý đó chỉ được trình bày sơ sài.

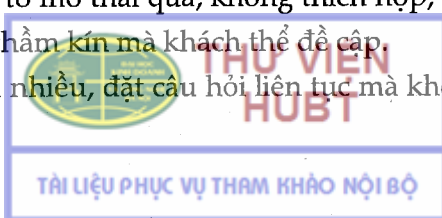
Những kỹ thuật can thiệp

Phản hồi được coi là kỹ thuật can thiệp thích hợp nhất trong phỏng vấn không định hướng. Một cách chung nhất, tất cả các loại phản hồi đều giống nhau ở điểm chúng nhắc lại một điều gì đó mà khách thể đã nói, chúng xuất hiện linh hoạt, tùy vào ngữ cảnh. Blanchet (1985) phân biệt sáu loại phản hồi sau, xếp theo mức độ can thiệp tăng dần:

- Phản hồi tiếng vọng (écho): người phỏng vấn *nhắc lại chính xác* điều khách thể vừa nói.
- Phản hồi phản chiếu (reflet): người phỏng vấn *diễn đạt lại nhưng bám sát ý* mà khách thể vừa nói.
- Phản hồi bổ sung (complémentation): người phỏng vấn *diễn đạt lại ý* của khách thể một cách *tổng hợp và có suy luận*.
- Phản hồi diễn giải (interprétation): người phỏng vấn *tìm cách giải thích lý do* của điều mà khách thể vừa nói.
- Phản hồi bằng cách đặt câu hỏi tham khảo ý kiến (interrogation référentielle): người phỏng vấn *nhắc lại, đưa ra suy luận của mình về hiện tượng và hỏi xem khách thể có đồng ý với suy luận đó*.
- Phản hồi bằng cách đặt câu hỏi về trải nghiệm riêng của khách thể (interrogation modale): người phỏng vấn *nhắc lại, đưa ra suy luận của mình về cảm xúc, thái độ, suy nghĩ của khách thể và hỏi ý kiến khách thể về suy luận đó*.

d. Những thái độ và phương pháp không nên áp dụng trong phỏng vấn sâu không định hướng

- Thái độ tò mò thái quá, không thích hợp, nhất là đối với những chi tiết thầm kín mà khách thể đề cập.
- Nói quá nhiều, đặt câu hỏi liên tục mà không chờ khách thể trả

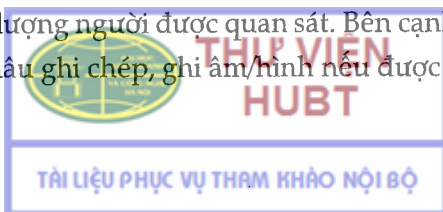


lời, hoặc ngược lại, im bất, chờ đợi thụ động rằng khách thể sẽ tự phát ngôn.

- Có những giả định về khách thể, không phải từ lời nói của chính anh ta, mà từ những chi tiết chẳng hạn như nghề nghiệp, cách ăn mặc, những thông tin mà bạn bè, người thân, đồng nghiệp của anh ta cung cấp.
- Muốn gây ảnh hưởng, muốn thuyết phục, muốn điều khiển khách thể.
- Ra lệnh, đòi hỏi và quyết định thay khách thể.
- Tỏ ra cho khách thể thấy là mình hiểu sai và giải thích sai điều khách thể muốn nói.
- Tra hỏi thái quá.
- Những phản hồi nhằm động viên, khuyến khích, an ủi thái quá (tôi biết là anh/chị cần đến ai đó, nhưng tình huống không đến mức trầm trọng như thế, rồi anh/chị sẽ vượt qua thôi...) có thể trở nên phản tác dụng, khiến khách thể cảm thấy mình đang làm quá, đang kịch tính hóa mọi việc.
- Quên mất khoảng cách/mối quan hệ nhà nghiên cứu-khách thể.

7.3.2. Quan sát

Trong nghiên cứu lâm sàng, quan sát là một phương pháp định tính. Thông thường nó là quá trình một chiều (trừ quan sát có tham gia) và có nội dung, mục đích, bối cảnh cụ thể. Quan sát thường trải qua hai bước: tập trung chú ý và tư duy suy luận. Đầu tiên, người quan sát tập trung tri giác của mình vào mỗi đối tượng cụ thể. Sau đó, anh ta lựa chọn xem nên lấy thông tin quan trọng nào trong rất nhiều thông tin tri giác được. Điều này có nghĩa là trong nghiên cứu lâm sàng, không có sự quan sát nào tuyệt đối “ngây thơ”, đó luôn luôn là một hành động tư duy tổng hợp chọn lọc. Các điều kiện của quan sát gồm có địa điểm, không gian, khuôn khổ, thời điểm, thời lượng, các yếu tố cơ sở vật chất, số lượng người quan sát và số lượng người được quan sát. Bên cạnh đó, còn có sự chuẩn bị trong các khâu ghi chép, ghi âm/hình nếu được phép.



Riêng với hình thức quan sát có tham gia, người quan sát hòa mình vào môi trường, bối cảnh quan sát, do đó có khả năng anh ta sẽ có ảnh hưởng, một cách không chủ định đến sự vận động của người/nhóm người hay hiện tượng/nhóm hiện tượng được quan sát.

7.3.3. Nhóm thảo luận, nhóm tư duy (focus group)

Phương pháp này được thực hiện dưới dạng tổ chức trao đổi, thảo luận trong một nhóm nhỏ. Nó tạo ra không gian giao tiếp, cho phép người tham gia quan sát, trao đổi và cùng nhau phân tích các trải nghiệm, các quan điểm, các biểu tượng cũng như những tương tác ngay trong khuôn khổ nhóm. Đối với người nghiên cứu, phương pháp này thường cho phép thu được các thông tin phong phú và khách quan. Chẳng hạn trẻ em thường cảm thấy không thoải mái, thậm chí đôi khi chống lại việc chia sẻ cảm xúc và cảm nhận của mình với người lớn, nhưng khi ở trong một *focus group* gồm nhiều trẻ cùng tuổi, trẻ lại thấy tin tưởng và thả lỏng bản thân.

7.3.4. Nghiên cứu trường hợp

Trong nghiên cứu tâm lý học lâm sàng, trường hợp, hay ca lâm sàng được định nghĩa như một hệ thống hợp nhất và đang vận hành (Benavent, 2005); nó là một chỉnh thể và cần được xem xét dưới góc độ phổ quát nhất, trọn vẹn nhất. Nghiên cứu trường hợp cho phép người ta xem xét kỹ lưỡng sự khác biệt cá nhân, từ đó tìm hiểu về đời sống tinh thần của một cá thể cụ thể. Đây là phương pháp hướng đến tính duy nhất của khách thể, cho phép thu thập những thông tin độc đáo, có một không hai.

Đây cũng được coi là phương pháp thu thập dữ liệu tự nhiên, ít *nhân tạo* và gần với các tình huống đời thực nhất (Pédinielli, 1999). Nó lại càng không giống các phương pháp định lượng hay có tính thống kê. Trong khi phương pháp định lượng tập trung vào việc tìm ra chứng cứ để chứng minh các giả thuyết đã biết, đã được dự đoán và xác định

trước đó, nghiên cứu trường hợp cho phép phát hiện những điều mới mẻ, những điều chưa biết và không thể đoán trước được.

7.3.5. Câu chuyện cuộc đời

Phương pháp này, đúng như tên gọi của nó, là câu chuyện kể về những trải nghiệm trong cuộc đời một con người. Nó giống như một tác phẩm về bản thân, một cuốn tự truyện. Phương pháp này thường được sử dụng trong các nghiên cứu khoa học xã hội hay văn hóa học, đặc biệt là những nghiên cứu về quá trình xã hội hóa. Diễn biến cuộc đời một nhân vật được kể lại thông qua các câu chuyện dài, và cũng thông qua cả các tài liệu liên quan (các bức thư, ảnh, nhật ký...).

Vargas (2011) mô tả cách thực hiện thu thập câu chuyện cuộc đời của một khách thể như sau:

“Để bắt đầu, nghiên cứu viên mời khách thể kể câu chuyện về cuộc đời họ. Thứ tự các sự kiện không quan trọng, nhưng chúng tôi khuyến khích khách thể kể một cách tổng quát và nhấn mạnh vào quan điểm cá nhân, gia đình và xã hội. Trong lúc khách thể kể, nghiên cứu viên lắng nghe, ghi chép và để cho khách thể kể theo nhịp và cách mà mình muốn. Khi khách thể đã kể xong, nghiên cứu viên có thể đặt một vài câu hỏi, nhằm hoàn thiện một vài điểm chưa được làm rõ trong câu chuyện. Cuối cùng, nghiên cứu viên và khách thể ngồi lại với nhau, cùng xem xét câu chuyện và cùng đối chiếu nó với câu hỏi nghiên cứu cũng như những vấn đề khác nảy sinh trong suốt quá trình kể chuyện [...]. Chúng ta có thể sử dụng một số dụng cụ hỗ trợ, chẳng hạn như cây phả hệ. Thời lượng của cả quá trình làm việc tùy vào mức độ sâu sắc mà người nghiên cứu muốn thu được từ câu chuyện. Thông thường, nó kéo dài trong khoảng 3 đến 10 tháng, mỗi tuần hoặc mỗi hai tuần một buổi 60 phút.”



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 8

TÀI LIỆU, CÁC MẪU GIẤY TỜ CỦA NHÀ TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

Nicolas Bosc & Camille Froidure

8.1. VĂN BẢN VỀ ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP VÀ QUY TẮC HÀNH NGHỀ CỦA NHÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG

Tôn trọng con người về bình diện tâm lý là một nghĩa vụ cơ bản. Quy định về đạo đức nghề nghiệp sau đây được soạn dựa trên Quy tắc đạo đức hành nghề (Code de déontologie) của các nhà tâm lý học Pháp, nhằm đưa ra gợi ý về những nguyên tắc hành nghề chung nhất cho các nhà tâm lý ở Việt Nam. Mục đích của quy định này là cùng lúc bảo vệ quyền lợi cho thân chủ và cho nhà tâm lý.

CAM KẾT CỦA NHÀ TÂM LÝ

1. Về năng lực / tính chuyên nghiệp

Nhà tâm lý phải nắm vững những kiến thức lý thuyết ở trường đại học và tiếp tục theo học các chương trình đào tạo bổ sung. Nhiệm vụ của họ là chữa trị cho những người gặp khó khăn về sức khỏe tinh thần.

Dựa vào chuyên ngành đào tạo và kinh nghiệm bản thân, mỗi một nhà tâm lý định ra những giới hạn riêng và những giới hạn trong phạm vi hoạt động của họ. Nhà tâm lý tiến hành công việc phù hợp với năng lực của mình và từ chối mọi can thiệp khi nhận thấy mình không đủ năng lực tham gia.



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Nghĩa vụ về sự trung lập và không đánh giá

Nhà tâm lý tôn trọng thân chủ và chấp nhận họ như vốn có, không đánh giá, không bình luận, không phê phán. Nhà tâm lý không đánh giá thân chủ theo các tiêu chí về đạo đức, xã hội, dân tộc hay tôn giáo.

3. Bảo mật nghề nghiệp

Nhà tâm lý giữ kín các thông tin về đời sống riêng tư của thân chủ, tôn trọng tuyệt đối những bí mật nghề nghiệp.

Tất cả những gì được nói ra trong quá trình tư vấn tâm lý sẽ được giữ bí mật tuyệt đối và không bị để lọt ra ngoài. Các thông tin được giữ kín bao gồm: Thông tin cá nhân của người bệnh cũng như các công cụ làm việc (hồ sơ thân chủ, kết quả kiểm tra và các tài liệu khác như chứng chỉ y sỹ, thư, giấy chứng nhận ...)

Khi những dữ liệu này được sử dụng vì mục đích giảng dạy hay nghiên cứu, chúng được xử lý một cách hệ thống và tôn trọng tuyệt đối tính khuyết danh, bằng cách huỷ bỏ tất cả các yếu tố cho phép trực tiếp hoặc gián tiếp nhận dạng những người có liên quan.

4. Trách nhiệm

Trong khuôn khổ thẩm quyền nghề nghiệp, nhà tâm lý quyết định sự lựa chọn, áp dụng các phương pháp và kỹ thuật tâm lý để chữa trị cho thân chủ. Mọi can thiệp của nhà tâm lý đều phải phù hợp với quy chế hành nghề cũng như pháp luật Việt Nam hiện hành.

5. Theo dõi thân chủ

Trong trường hợp không thể tiếp tục điều trị cho thân chủ, nhà tâm lý phải tìm các biện pháp thích hợp để đảm bảo việc trị liệu vẫn được một đồng nghiệp khác tiếp tục đảm nhiệm, với sự đồng ý của những người có liên quan, với điều kiện sự can thiệp mới này có căn cứ và phù hợp với quy chế hành nghề.

6. Bắt buộc về mặt phương pháp

Nhà tâm lý bị bắt buộc phải sử dụng các phương tiện kỹ thuật tốt chứ không bị buộc phải đảm bảo trị liệu khỏi cho thân chủ. Nhà tâm lý là người duy nhất chịu trách nhiệm về những kết luận của mình. Nhà tâm lý dựa vào việc sử dụng các phương pháp và các công cụ để đưa

ra các kết luận và có thể trình bày những kết luận của mình với người nghe một cách phù hợp.

7. Chất lượng khoa học

Nhà tâm lý lựa chọn cách thức can thiệp nào thì phải giải thích hợp lý các cơ sở lý thuyết của cách thức đó và cấu trúc của nó. Tất cả mọi đánh giá hoặc kết quả thu được có thể sẽ được thảo luận giữa những nhà chuyên môn.

8. Nghĩa vụ trình báo

Theo luật không trợ giúp những người đang gặp nguy hiểm, nhà tâm lý bắt buộc phải báo với cơ quan có thẩm quyền tất cả những tình huống gây nguy hiểm đến sự vẹn toàn của con người.

Trong trường hợp đặc biệt, khi thông tin cần bảo mật liên quan đến tình huống có khả năng nguy hại đến thân chủ hay một người thứ ba, nhà tâm lý cần đánh giá một cách có ý thức về cách thức tiến hành, dựa trên những quy định hợp pháp về bí mật nghề nghiệp để hỗ trợ người gặp nguy hiểm. Bằng cách giấu tên thân chủ, nhà tâm lý có thể đưa ra quyết định của mình đồng thời tham khảo ý kiến của những đồng nghiệp có nhiều kinh nghiệm.

9. Độc lập trong công việc

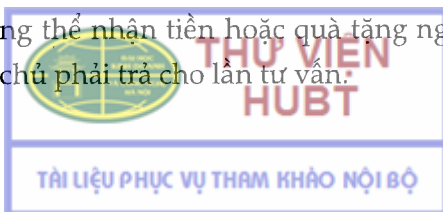
Nhà tâm lý phải tách ra khỏi các ảnh hưởng (áp lực, cấp bậc, v.v.) để có được sự độc lập và khách quan cần thiết khi hành nghề.

Nhà tâm lý không sử dụng vị trí của mình vào mục đích cá nhân. Nhà tâm lý không đáp ứng những yêu cầu của người thứ ba nhằm trục lợi bất chính hay phi đạo đức, hoặc của người có những hành động lạm dụng quyền lực vì lợi ích riêng.

Nhà tâm lý không được dựa vào những chức vụ của mình để bảo lãnh cho một hành vi phạm pháp, và chức danh của họ không cho phép họ được miễn các nghĩa vụ theo luật chung.

Nhà tâm lý không chẩn đoán hoặc chữa trị cho những người mà họ có quan hệ cá nhân.

Nhà tâm lý không thể nhận tiền hoặc quà tặng ngoài khoản tiền chính thức mà thân chủ phải trả cho lần tư vấn.



Nhà tâm lý không thể hẹn gặp thân chủ ngoài không gian trị liệu. Tất cả những cuộc tiếp xúc đối thoại và giao tiếp giữa thân chủ và nhà tâm lý chỉ phục vụ cho công việc trị liệu.

10. Nghĩa vụ thông báo

Nhà tâm lý phải thông báo cho thân chủ những thể thức, mục tiêu và những giới hạn của công việc trước khi có bất cứ can thiệp nào. Nhà tâm lý chỉ bắt đầu công việc khi có sự chấp thuận cụ thể của thân chủ.

11. Làm việc với trẻ em và trẻ vị thành niên

Nhà tâm lý có thể tiếp nhận trẻ vị thành niên khi có yêu cầu. Khi việc tư vấn cho trẻ vị thành niên do một người thứ ba yêu cầu, nhà tâm lý yêu cầu sự chấp thuận cụ thể của trẻ cũng như sự đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ trẻ.

12. Về cơ sở vật chất

Công việc liên quan đến tâm lý và trị liệu tâm lý phải được tiến hành trong một văn phòng được sắp xếp đặc biệt, có các thiết bị kỹ thuật phù hợp. Việc lưu giữ các thông tin liên quan đến thân chủ phải được đảm bảo nhằm tôn trọng tính khuyết danh của thân chủ và tính bí mật của dữ liệu.

Trong một số trường hợp ngoại lệ, việc trị liệu có thể diễn ra bên ngoài phòng trị liệu. Trong trường hợp này, nhà tâm lý phải thông báo điều đó cho thân chủ để có được sự đồng ý của họ.

8.2. CÁC MẪU GIẤY TỜ MÀ NHÀ TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG CẦN CÓ

8.2.1. Phiếu hẹn gặp lần đầu

PHIẾU HẸN GẶP LẦN ĐẦU

Ngày ... tháng ...

Tên thân chủ:

Số hồ sơ:

Ngày sinh: / / Tuổi: Giới tính: Nam / Nữ



Điện thoại:

Địa chỉ:

Ai là người liên lạc với Trung tâm (người đó có quan hệ như thế nào với thân chủ):

.....

Biết Trung tâm Tư vấn bằng cách nào? Ai là người giới thiệu Trung tâm?

.....

Lý do muốn gặp nhà tâm lý:

.....

Thông tin bổ sung:

.....

Hẹn buổi gặp đầu tiên với nhà tâm lý vào cuối tuần hoặc tuần tới:

Buổi gặp đầu tiên ngày / / **200...** **lúc** **h**

Tên nhà tâm lý làm việc với thân chủ:

Người tiếp nhận thân chủ:

Gọi điện thoại / đến trung tâm / Ngày / /

8.2.2. Hồ sơ thân chủ đối với thân chủ trên 18 tuổi

Ngày tháng

HỒ SƠ THÂN CHỦ

(Thân chủ trên 18 tuổi)

Tên thân chủ:

Số hồ sơ:

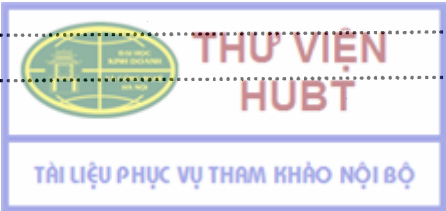
Ngày gặp đầu tiên:

Tên nhà tâm lý:

Thông tin cá nhân

Giới tính:

Ngày sinh:



Học vấn hoặc nghề nghiệp:

Đã lập gia đình hay độc thân:

Có hay chưa có con:

Địa chỉ

Địa chỉ:

Điện thoại:

Lý do muốn được tư vấn / tình trạng hiện nay

Các vấn đề mà thân chủ gặp phải và / hoặc biểu hiện của cơ thể:

Biện pháp hay những lần tư vấn đã thực hiện:

Quan sát của nhà lâm sàng

Thái độ chung của thân chủ:

Hình dáng cơ thể:

Thái độ của thân chủ với chính bản thân mình:

Mối quan hệ với nhà lâm sàng:

Tính khí / tình cảm

Quan sát, nhận xét và hội ý

Sức khỏe của thân chủ

Tiền sử sức khỏe của cá nhân hoặc gia đình: bệnh, tai nạn, mổ / nhập viện, điều trị:

Trình trạng sức khỏe bản thân hiện nay: xét nghiệm / chẩn đoán / điều trị đang thực hiện:

Thói quen cuộc sống:

Thói quen ăn uống:

Giấc ngủ:

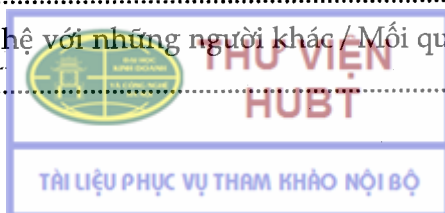
Các hoạt động thể thao:

Đời sống xã hội và nghề nghiệp

Bằng cấp và học vấn / Nghề nghiệp:

Các mối quan hệ và hòa nhập xã hội trong quá trình học tập / trong công việc:

Mối quan hệ với những người khác / Mối quan hệ bạn bè và cảm nhận:



Hoạt động, sở thích, niềm đam mê:

Tình trạng gia đình của thân chủ

Tình trạng hôn nhân hiện nay của thân chủ:

Thân chủ có con không? Nếu có là mấy con?

Thân chủ sống với ai? (vợ (chồng), con, bố mẹ, anh chị em, ông bà, gia đình khác...):.....

Mối quan hệ trong gia đình và cảm nhận về gia đình:.....

Nhận xét và quan sát về gia đình:

Thông tin liên quan đến vợ (chồng) của thân chủ

Họ tên:..... Tuổi:

Nghề nghiệp:

Mối quan hệ giữa thân chủ với vợ (chồng):.....

Những sự kiện đặc biệt liên quan tới vợ (chồng) thân chủ / Nhận xét và quan sát:.....

Thông tin liên quan đến gia đình vợ (chồng) của thân chủ (bố mẹ, anh chị em...):

Thông tin liên quan tới con của thân chủ

Họ tên:..... Tuổi:

Sức khỏe:.....

Mối quan hệ của thân chủ với con cái:

Họ tên:..... Tuổi:

Sức khỏe:.....

Mối quan hệ của thân chủ với con cái:

Họ tên:..... Tuổi:

Sức khỏe:.....

Mối quan hệ của thân chủ với con cái:

Sự kiện liên quan đến thân chủ và con cái/Nhận xét và quan sát:

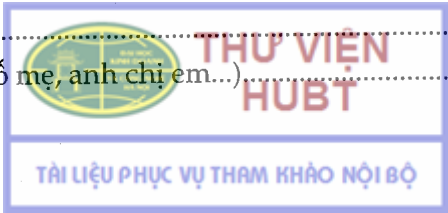
.....

Thông tin liên quan đến bố của thân chủ

Tên:

Nghề nghiệp:

Gia đình bố (bố mẹ, anh chị em...):.....



Mối quan hệ giữa thân chủ với bố:

Sự kiện đặc biệt liên quan đến bố / Nhận xét và quan sát:

Thông tin liên quan đến mẹ thân chủ

Tên: Tuổi:

Nghề nghiệp:

Gia đình của mẹ (bố mẹ, anh chị em...):

Mối quan hệ của thân chủ với mẹ:

Sự kiện đặc biệt liên quan tới mẹ / Nhận xét và quan sát:

Thông tin liên quan tới anh chị em

Tên anh chị em:

Tên: Tuổi:

Sức khỏe:

Mối quan hệ với thân chủ:

Tên: Tuổi:

Sức khỏe:

Mối quan hệ với thân chủ:

Tên: Tuổi:

Sức khỏe:

Mối quan hệ với thân chủ:

Sự kiện liên quan đến thân chủ và anh chị em:

Nhận xét và quan sát:

Thông tin liên quan đến lịch sử gia đình

Tiền sử

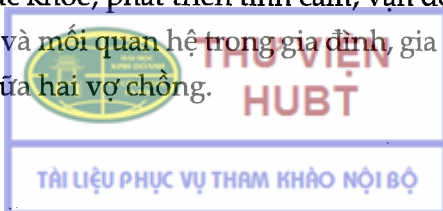
Quá trình mang thai / Sinh nở / Năm đầu:

Đó có phải đứa con được mong chờ không? Phát triển thai nhi. Sức khỏe người mẹ. Thời gian ngừng làm việc của người mẹ.

Sinh thường hay có can thiệp. Thông tin về sự sinh nở.

Ăn, ngủ, sức khỏe, phát triển tình cảm, vận động, ngôn ngữ...

Tình trạng và mối quan hệ trong gia đình, gia đình của vợ (chồng), mối quan hệ giữa hai vợ chồng.



Sự kiện đặc biệt: Tang ma, thất nghiệp, ly hôn, chia tay, xung đột...

Thời thơ ấu (1-10 năm):

Ăn, ngủ, sức khoẻ, phát triển tình cảm, trí lực, vận động, hòa nhập và các mối quan hệ xã hội (trong gia đình, với bạn bè, thầy cô), quá trình học tập (hòa nhập, học tập....) thói quen đặc biệt, khó khăn gặp phải....

Mối quan hệ gia đình, bố mẹ, giữa thân chủ với bố mẹ, với anh chị em.

Sự kiện đặc biệt: thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Tuổi thiếu niên:

Quá trình học tập (hòa nhập, việc học tập...), phát triển tình cảm và trí tuệ, các mối quan hệ xã hội (trong gia đình, với các bạn bè, với thầy cô giáo), thói quen đặc biệt, những khó khăn gặp phải...

Các mối quan hệ trong gia đình, giữa bố mẹ với nhau, giữa thân chủ với bố mẹ, với anh chị em.

Sự kiện đặc biệt: thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Tuổi trưởng thành:

Học tập, công việc, thành công và thất bại, các hoạt động, quan hệ xã hội, đời sống tình cảm, các mối quan hệ gia đình...

Sự kiện đặc biệt: Thất nghiệp, tang ma, cưới, sinh, chia tay, xung đột...

Tổng hợp của nhà lâm sàng

Thời thơ ấu và sự phát triển:

Sự hòa nhập và các mối quan hệ xã hội, gia đình:

Vấn đề và kết luận:

8.2.3. Hồ sơ thân chủ đối với thân chủ dưới 18 tuổi

Ngày ... tháng ...:

HỒ SƠ THÂN CHỦ

(Thân chủ dưới 18 tuổi)

Họ và tên thân chủ:

Số hồ sơ:



Ngày gặp gỡ lần đầu tiên:

Tên nhà tâm lý:

Thông tin cá nhân

Giới tính:

Ngày tháng năm sinh và tuổi:

Lớp:

Địa chỉ liên lạc

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Lý do đến tư vấn / tình trạng hiện nay

Vấn đề thân chủ gặp phải và/hoặc biểu hiện của cơ thể:

.....

Các phương pháp và những lần tư vấn đã thực hiện:

.....

Quan sát của nhà lâm sàng

Thái độ chung của thân chủ:

Thái độ của thân chủ với chính bản thân mình:

Tiếp xúc với người lớn: mối quan hệ với nhà lâm sàng / thái độ đối với cha mẹ:

Tiếp xúc với các trẻ khác:

Trò chơi:

Ngôn ngữ:

Trương lực cơ:

Tính tình:

Quan sát, nhận xét, hội ý:

Sức khỏe của trẻ

Các sự kiện trước đó: bệnh tật, tai nạn, mổ / nhập viện, điều trị:

Tình trạng sức khỏe của bản thân hiện nay: các xét nghiệm / chẩn đoán / điều trị đang thực hiện:

Thói quen ăn uống:

Giấc ngủ:

Hoạt động thể thao:



Quá trình học tập

Trình độ và kết quả học tập:

Thái độ ở trường:

Mối quan hệ và hòa nhập xã hội với các bạn:

Tình trạng gia đình

Thân chủ sống với ai? (Bố mẹ, anh chị em, ông bà, gia đình khác ...)

.....

Tình trạng hôn nhân hiện nay của bố mẹ:

Thái độ ở nhà:

Nhận xét và quan sát về gia đình:

Thông tin liên quan đến bố của thân chủ

Tên:

Tuổi:

Nghề nghiệp:

Gia đình của bố (bố mẹ, anh chị em...):

Mối quan hệ của bố với thân chủ:

Sự kiện đặc biệt liên quan đến bố / Nhận xét và quan sát:

.....

Thông tin liên quan đến mẹ của thân chủ

Tên:

Tuổi:

Nghề nghiệp:

Gia đình của mẹ (bố mẹ, anh chị em...):

Mối quan hệ của mẹ với thân chủ:

Sự kiện đặc biệt liên quan đến mẹ/Nhận xét và quan sát:

.....

Thông tin liên quan đến anh chị em của thân chủ

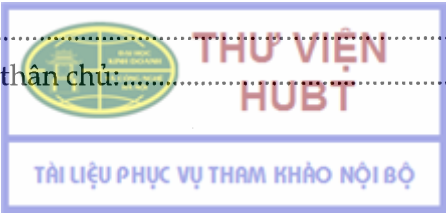
Số anh chị em:

Tên:

Tuổi:

Sức khoẻ:

Mối quan hệ với thân chủ:



Tên:

Tuổi:

Sức khỏe:

Mối quan hệ với thân chủ:

Tên:

Tuổi:

Sức khỏe:

Mối quan hệ với thân chủ:

Sự kiện liên quan đến thân chủ và anh chị em của thân chủ:

.....

Nhận xét và quan sát:

Tiền sử

Quá trình mang thai:

Đó có phải đứa con được mong chờ không? Sự phát triển của thai nhi.

Sức khỏe của người mẹ. Thời gian người mẹ ngừng làm việc.

Tình trạng và mối quan hệ trong gia đình, của gia đình vợ (chồng),
mối quan hệ giữa hai vợ chồng.

Sự kiện đặc biệt: Tang ma, thất nghiệp, ly hôn, chia tay, xung đột...

Quá trình sinh nở:

Sinh thường hay mổ. Trẻ có khóc ngay không? Cân nặng lúc sinh ra?

Tình trạng và mối quan hệ trong gia đình, mối quan hệ với gia
đình vợ (chồng), mối quan hệ giữa hai vợ chồng.

Sự kiện đặc biệt: Thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Năm đầu:

Giấc ngủ, ăn uống, sức khỏe, phát triển tình cảm, vận động, khả
năng xã hội, giao tiếp....

Tình trạng và mối quan hệ trong gia đình, với gia đình vợ (chồng),
mối quan hệ giữa hai vợ chồng.

Sự kiện đặc biệt: Thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Thời trẻ nhỏ (1-5 tuổi):

Sự phát triển tình cảm, vận động, hòa nhập xã hội (mẫu giáo,
trường mầm non), giao tiếp (ngôn ngữ), thói quen đặc biệt.

Mối quan hệ gia đình, thân chủ với bố mẹ, với anh chị em.

Sự kiện đặc biệt: Thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Thời thơ ấu (6-10 tuổi)

Quá trình học tập (hòa nhập, công việc học tập...), phát triển tình cảm và các mối quan hệ xã hội (trong gia đình, với các bạn bè, thầy cô giáo), thói quen đặc biệt, những khó khăn gặp phải...

Mối quan hệ gia đình, giữa bố mẹ với nhau, giữa thân chủ với bố mẹ và các anh chị em.

Sự kiện đặc biệt: Thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Tuổi thiếu niên

Quá trình học tập (hòa nhập, công việc học tập...), phát triển tình cảm và các mối quan hệ xã hội (trong gia đình, với các bạn bè, với thầy cô giáo), thói quen đặc biệt, những khó khăn gặp phải...

Các mối quan hệ gia đình, mối quan hệ giữa bố và mẹ, giữa thân chủ với bố mẹ và các anh chị em.

Sự kiện đặc biệt: Thất nghiệp, tang ma, ly hôn, chia tay, xung đột...

Tổng hợp của nhà lâm sàng

Sự phát triển vận động, trí tuệ, tình cảm, ngôn ngữ.

Sự hòa nhập và các mối quan hệ xã hội, gia đình.

Vấn đề và kết luận.

8.2.4. Hướng dẫn phân tích ca

Tên:

Ngày ... tháng:

GIỚI THIỆU VỀ THÂN CHỦ

Tuổi:

Chẩn đoán:

* Lý do tư vấn, nỗi đau biểu hiện ra

* Các yếu tố văn hoá

* Tiểu sử và những điểm đặc biệt

* Tiền sử bệnh lý, tâm thần



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- * Những vấn đề đặt ra từ quan sát lâm sàng và các bài trắc nghiệm
- * Các giả thiết chẩn đoán về mặt tâm bệnh học
- * Các khả năng

Chiến lược trị liệu:

- * Nội dung
- * Phương thức (nhập viện, y tế, xã hội...)
- * Chỉ dẫn chăm sóc tâm thần
- * Về phương diện cơ thể
- * Mô hình trị liệu được chọn

GIỚI THIỆU VỀ BUỔI TƯ VẤN CẦN PHÂN TÍCH

- * Miêu tả buổi tư vấn
- * Sự chuyển dịch của bệnh nhân

CÁC BẮN KHOẢN CỦA NHÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG

- * Vấn đề mà tình huống đặt ra
- * Những cảm xúc:
 - Chuyển dịch ngược
 - Đồng cảm - Thấu cảm
- * Những nhu cầu ngầm ẩn không được điều trị
- * Các khả năng
- * Các lựa chọn

8.2.5. Hướng dẫn tổng kết quá trình trị liệu

TỔNG KẾT QUÁ TRÌNH TRỊ LIỆU

Rối nhiễu được chẩn đoán:

Quá trình thực hiện:

- ☐ Thân chủ không đến
- ☐ Yêu cầu đơn giản tức thời
- ☐ Dừng sau buổi làm việc đầu tiên
- ☐ Dừng sau khi tổng kết
- ☐ Biện pháp trị liệu đã thực hiện (cụ thể):



☐ Trường hợp khác:

Quyết định dừng điều trị (đánh dấu vào một hoặc nhiều ô tương ứng)

- ☐ Kết thúc điều trị theo một thỏa thuận chung
- ☐ Kết thúc điều trị theo ý của gia đình và/hoặc của trẻ
- ☐ Kết thúc điều trị theo ý của thân chủ có tham khảo ý kiến nhà tâm lý
- ☐ Kết thúc điều trị theo ý của thân chủ không tham khảo ý kiến nhà tâm lý
- ☐ Kết thúc điều trị theo ý kiến từ phía nhà tâm lý
- ☐ Trường hợp khác:

Lý do dừng điều trị (đánh dấu vào một hoặc nhiều ô tương ứng)

- ☐ Kết thúc quá trình điều trị
- ☐ Điều trị gặp khó khăn
- ☐ Bệnh nhân ít hợp tác
- ☐ Bệnh lý của bệnh nhân không cho phép tiếp tục
- ☐ Do gia đình bệnh nhân
- ☐ Do vấn đề kinh tế - xã hội
- ☐ Do những khó khăn nhà tâm lý gặp phải trong quá trình trị liệu
- ☐ Do lỗi kỹ thuật của nhà tâm lý hoặc của trung tâm
- ☐ Bệnh nhân muốn theo một nhà chuyên môn khác
- ☐ Chuyển nhà
- ☐ Lý do khác:

Đánh giá hiệu quả điều trị (khoanh tròn kết quả thu được)

Không phù hợp	Ít hiệu quả	Bình thường	Kết quả tốt	Kết quả rất tốt
1	2	3	4	5

Ngày.... tháng năm

Người tư vấn





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chương 9

TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH LIÊN VĂN HÓA

Nicolas Bosc & Xuân Phan

9.1. TÌNH HÌNH SỨC KHỎE TINH THẦN Ở VIỆT NAM

Từ khi thành lập Trung tâm N-T năm 1989, tâm lý lâm sàng ở Việt Nam phát triển một cách kín đáo và ngày càng tích lũy phong phú thêm nhờ tiếp cận với các lý thuyết quốc tế qua sự hợp tác với nhiều trường đại học của Pháp, Mỹ, Canada, Bỉ...

Không có nhiều dữ liệu chính thức và thống kê ghi lại hoạt động của những người làm việc trong lĩnh vực sức khỏe tinh thần ở Việt Nam. Tuy nhiên, hai nguồn tài liệu khác nhau cho chúng ta những con số dưới đây:

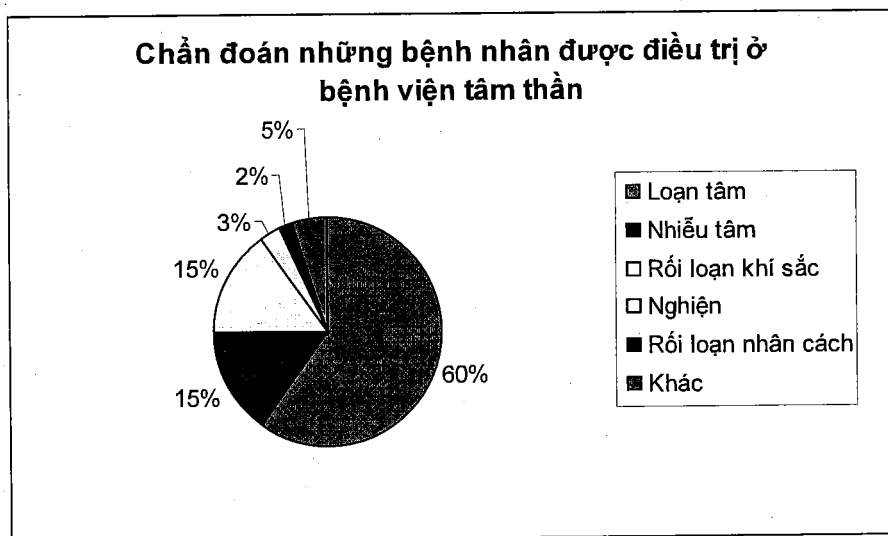
Theo Phạm Minh Hạc (2004), cho đến năm 2004, Việt Nam có 1700 nhà tâm lý, là những người tốt nghiệp cử nhân, cao học hoặc tiến sỹ các ngành tâm lý tổng hợp (đa phần là tâm lý xã hội, tâm lý giáo dục và một số rất ít là tâm lý lâm sàng). Như vậy, số lượng nhà tâm lý lâm sàng là rất hạn chế so với tổng dân số khoảng 83 triệu người vào thời điểm đó.

Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2006 trình bày một cách khái quát hơn số nhà chuyên môn hoạt động trong lĩnh vực sức khỏe tinh thần ở Việt Nam:



Nguồn nhân lực	Số lượng	Trên 100.000 dân
Bác sỹ tâm thần	286	0.35
Những bác sỹ khác không chuyên về tâm thần	730	0.90
Điều dưỡng	1700	2.10
Nhà tâm lý lâm sàng	50	0.06
Cán bộ công tác xã hội	125	0.15
Nhà lao động trị liệu	4	0.00
Những người khác chăm lo sức khỏe/sức khỏe tinh thần (phụ tá, làm trong bệnh viện nhưng không phải nghề y, những nhà chuyên môn và cận chuyên môn tâm lý xã hội, nhà tư vấn...)	650	0.08

Báo cáo nói trên của Tổ chức Y tế Thế giới cũng cho thấy ở Việt Nam 60%; bệnh nhân tìm đến điều trị được chẩn đoán là loạn thần (loạn tâm), 15% tâm căn (nhiều tâm) và 15% rối loạn khí sắc.



Một số nghiên cứu cũng đã làm rõ phần nào thực trạng bệnh tinh thần ở Việt Nam. Nghiên cứu của Fischer và cộng sự (2004) cho thấy rối loạn khí sắc thời kỳ hậu sản ở Việt Nam cao gấp hai, ba lần so với các

nước phát triển: 33% phụ nữ sau khi sinh có dấu hiệu trầm cảm và 19% thừa nhận có tư tưởng tự tử. Cũng phải nhấn mạnh là “văn hóa Việt Nam cấm nói về những cảm xúc hoặc nỗi tuyệt vọng, điều đó đồng nghĩa với sự xấu hổ hoặc là sự lên án”. Một nghiên cứu khác được thực hiện trên 2000 bà mẹ có con từ một tuổi ở thành thị và nông thôn cho thấy 20% trong số đó có triệu chứng trầm cảm và lo âu. Năm 2003, một nghiên cứu của Trung tâm N-T thực hiện ở trường học và bệnh viện nhi ở Hà Nội cho thấy “tỉ lệ trẻ có rối loạn tâm lý tăng không ngừng: từ 10% năm 1990 đã lên đến 20% năm 2000”.

Trước nhu cầu ngày một tăng về việc chăm sóc sức khỏe tinh thần và sự thiếu hụt nhân viên, người thực hành lành nghề, ở Việt Nam, cũng như ở nhiều nước đang phát triển khác, chúng ta nhận thấy có hiện tượng “ủy quyền nhiệm vụ”, nghĩa là giao công việc của người có chuyên môn này cho một nhóm khác có trình độ thấp hơn hoặc một nhóm có chuyên môn khác. Các nhà chuyên môn (bác sỹ, điều dưỡng, cán bộ hoạt động xã hội v.v.) có thể đảm nhận công việc trái ngành ngay cả khi chưa qua đào tạo.

9.2. HOẠT ĐỘNG TRUYỀN TẢI VÀ TRAO ĐỔI KIẾN THỨC GIỮA CÁC NHÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG VIỆT NAM VÀ QUỐC TẾ

Trong một thời gian dài, các nhà tâm lý của Trường Tâm lý Thực hành Paris đã tới Việt Nam để làm việc cùng các nhà lâm sàng Việt Nam. Quá trình làm việc này cho phép hai bên đề xuất mô hình trao đổi kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng. Theo đó, để tránh những hiểu lầm có thể xảy ra về mặt văn hóa, việc trao đổi và “chuyển giao” các kinh nghiệm thực hành lâm sàng giữa nhà tâm lý Việt và nhà tâm lý nước ngoài phải được thực hiện dựa trên ba phương pháp bổ trợ cho nhau: đào tạo, thực hành thăm khám tâm lý cùng nhau và giám sát việc thực hành.



9.2.1. Đào tạo

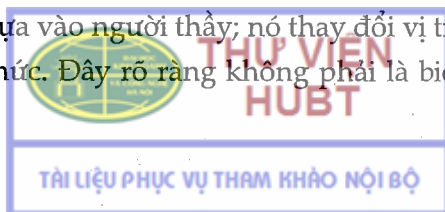
Các chủ đề đào tạo luôn luôn liên quan đến các lĩnh vực của sức khỏe tinh thần: tâm lý trẻ em (kỹ năng của trẻ sơ sinh, sự phát triển tâm vận động...), Tâm lý học Y học (hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người bệnh, thấu hiểu động cơ của bác sỹ...), tâm bệnh học, trò chuyện lâm sàng, chẩn đoán rối nhiễu tâm lý, tâm lý trị liệu, v.v. Việc đào tạo nhắm đến kết quả mà học viên mong đợi trong thời hạn cụ thể và dưới hình thức hành vi quan sát được. Vì vậy, các mục tiêu rất cụ thể và luôn được xác định rõ ràng. Ví dụ: cuối khóa học viên phải có khả năng xác định, nêu lên, lượng giá, phân tích...

Phương pháp đào tạo nhấn mạnh vào minh họa lý thuyết thông qua thực hành: dựa trên hoạt động và bài tập như nghiên cứu ca bệnh, lấy ý kiến/thảo luận tập thể, trò chơi sắm vai... Lấy ý kiến tập thể hoặc thảo luận nhóm thúc đẩy học viên bộc lộ tư duy, nhất là khi đa số thường không dám chủ động phát biểu trước cả lớp. Những cuộc thảo luận trong nhóm nhỏ này cũng là dịp trao đổi kinh nghiệm thực hành không chính thức giữa các nhà chuyên môn.

Nội dung của đào tạo được xây dựng một phần dựa trên kiến thức của người tham dự và sau đó được bổ sung hoặc/và thảo luận với họ. Người tham dự, như vậy, tham gia vào việc xây dựng nội dung đào tạo cho chính mình. Phương pháp này giúp chúng ta đi từ kiến thức, tín ngưỡng, sự hiểu biết, những suy nghĩ cá nhân và thực tế của những người tham dự; điều này làm giảm nguy cơ xảy ra khoảng cách văn hóa.

Có tính chất ngắn hạn với mục tiêu rõ ràng và tập trung vào thực hành, việc đào tạo cung cấp khái niệm và cách thức cơ bản để người tham gia có thể bắt đầu thực hành. Trong quá trình thực hành, họ lại được giám sát, đồng hành, hỗ trợ bởi của các chuyên viên, từ đó mà kỹ năng và năng lực đạt được trong khi đào tạo sẽ được củng cố.

Đây là phương pháp tích cực, khác với phương pháp cổ điển ở Việt Nam là dựa vào người thầy; nó thay đổi vị trí thầy - trò trong việc truyền kiến thức. Đây rõ ràng không phải là biểu đồ truyền tải theo



đường dọc từ thầy xuống trò mà trái lại, một sự trao đổi theo chiều ngang, mỗi học viên đều mang kiến thức của mình đến, tham gia vào các bài tập tình huống một cách tích cực. Do thiếu nguồn nhân lực có chất lượng và đúng nghề như đã đề cập ở phần trên, nhân viên y tế có thể trở thành người thạo nhiều môn và đôi khi đảm nhận nhiều chức vụ và vai trò. Dựa vào tính không thuần nhất của người tham gia học (đầy đủ các thành phần: bác sỹ, nhà tâm lý, y tá, điều dưỡng, cán bộ công tác xã hội, nhà giáo dục, nhân viên y tế, những người chịu trách nhiệm ở các trung tâm...), kiểu đào tạo này giúp những nhà chuyên môn trong lĩnh vực sức khỏe và trong các lĩnh vực khác có thể cùng đề cập, thảo luận những chủ đề chung. Ở những nước mà Tâm lý học đang phát triển và dần lớn mạnh, kiểu đào tạo đi từ nhận thức, tín ngưỡng và kiến thức, kinh nghiệm của người tham gia làm giảm bớt nguy cơ có khoảng cách văn hóa; ở Việt Nam, điều này tránh được khả năng áp đặt những phương pháp, lý thuyết phương Tây một cách máy móc vào bối cảnh văn hóa - xã hội Việt.

Tuy nhiên, phương thức đào tạo này cũng có hạn chế nhất định. Thứ nhất, việc thực hành tại chỗ, được tổ chức tốt đôi khi không giống và không phức tạp bằng thực tế khám chữa bệnh. Thứ hai, việc chia nhỏ nội dung mỗi khóa theo các mục tiêu nhất định có thể làm mất đi cái nhìn tổng thể. Thứ ba, nếu không cảnh báo, học viên có nguy cơ xem nhẹ các suy nghĩ riêng của mình mà chỉ muốn áp dụng những kiến thức học được một cách cứng nhắc. Kiểu đào tạo này giúp cho nhà chuyên môn Việt Nam có được kiến thức cơ bản để thực hành, nhưng nó cũng đòi hỏi học viên phải có quan điểm riêng, và phải biết lùi lại để xem xét lại nội dung đào tạo trước khi áp dụng vào thực tế.

9.2.2. Thực hành thăm khám tâm lý cùng nhau

Việc nhà tâm lý Việt và nhà tâm lý nước ngoài cùng thực hiện buổi thăm khám có hai lợi ích: là không gian trung gian thuận lợi và cùng cố việc đào tạo.



Tạo điều kiện thuận lợi cho việc thiết lập không gian trung gian

Sự hiện diện của nhà tâm lý Việt giảm thiểu những hiểu lầm về mặt văn hóa khi giao tiếp với thân chủ, các yếu tố văn hóa trong giao tiếp cũng có thể được thảo luận sau khi khám. Nhờ sự thấu hiểu văn hóa, trong khi thăm khám, nhà tâm lý Việt có thể hướng cuộc trò chuyện theo đúng cách mà nó nên diễn ra, điều mà nhà tâm lý Pháp có thể gặp khiếm khuyết. Để làm việc chung được theo kiểu này, điều tiên quyết cần đảm bảo là chất lượng mối quan hệ giữa nhà tâm lý Pháp và nhà tâm lý Việt vì họ phải tin tưởng lẫn nhau và người này để cho cho người kia làm việc, dù đôi khi không hiểu hết kết cục can thiệp của người kia.

Khám bệnh xem như là không gian đào tạo

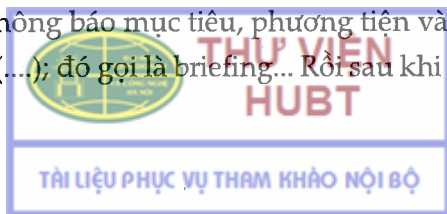
Đào tạo ở đây không phải chỉ nhắm tới nhà tâm lý Việt mà cả nhà tâm lý nước ngoài. Trong việc cùng thăm khám tâm lý, không những tồn tại hai phương pháp từ hai kiểu đào tạo, một của Việt Nam, một của Pháp, mà còn có thêm hai nhân cách và hai quan niệm về thực hành lâm sàng. Đó là ta chưa nói đến hai nền văn hóa, hai ngôn ngữ. Như vậy, cùng thăm khám sẽ tạo ra không gian ưu việt để hai nhà tâm lý thực hành, học tập lẫn nhau.

9.2.3. Giám sát, đồng hành, theo dõi việc thực hành

Có ba cách giám sát việc thực hành:

Briefing/debriefing (Tóm tắt / hội ý)

Trước tiên, việc xác định thế nào là briefing/debriefing khá quan trọng vì hiện nay có rất nhiều định nghĩa. Briefing/debriefing có nguồn gốc từ quân đội Mỹ vào cuối thế chiến thứ hai, từ này được dùng cho phi công, cho những buổi họp kỹ thuật trước khi xuất phát và khi trở về sau chuyến công tác. Crocq (2004) xem công việc lâm sàng như những hoạt động quân đội: "Người ta họp phi đội đánh bom trước giờ xuất phát, và thông báo mục tiêu, phương tiện và những chương ngại vật có thể gặp (...); đó gọi là briefing... Rồi sau khi công tác xong trở về,



người ta lại họp phi đội một lần nữa để nêu kết quả: những mục tiêu đạt được và những điểm còn thiếu sót (...); đó gọi là debriefing". Trong bối cảnh truyền tải và trao đổi kinh nghiệm tâm lý lâm sàng giữa Việt Nam và nước ngoài, hai từ này được xem như "sự trao đổi giữa những nhà lâm sàng trước hoặc/và sau khi khám lâm sàng để phân tích và tìm ra những yếu tố làm sáng tỏ và tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm chữa bệnh nhân". Briefing/debriefing, như vậy, là phương tiện tuyệt vời để trao đổi và truyền tải kinh nghiệm giữa hai nhà lâm sàng. Trước tiên, dựa vào một tình huống cụ thể, nó giúp hai nhà tâm lý dễ dàng nói ra những nhận xét, trải nghiệm, cảm tưởng của mình, từ đó đối chiếu, làm sáng tỏ phương pháp riêng của mỗi người. Nó giúp hai người thảo luận về buổi làm việc vừa diễn ra hoặc những buổi sắp tới. Sau cùng, briefing/debriefing giúp điều chỉnh những khác biệt văn hóa giữa hai nhà tâm lý, nếu có, sao cho phù hợp với tình huống của bệnh nhân.

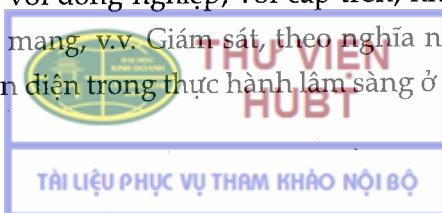
Cũng như buổi thăm khám, một buổi briefing/debriefing được tiến hành một cách bảo mật. Nó thường kéo dài khoảng 15-20 phút.

Phân tích việc thực hành

Phân tích việc thực hành có hình thức là một buổi họp ê-kíp gồm nhiều nhà lâm sàng cùng thảo luận về một ca cụ thể, một chủ đề đặc biệt hoặc một tình huống có vấn đề đã gặp... Thường nhóm này họp đều đặn và có lịch ổn định. Một trong những điểm khác biệt với briefing/debriefing là ở buổi họp phân tích, ê-kíp có thời gian chuẩn bị cho việc tổ chức trao đổi, ví dụ như chuẩn bị ca lâm sàng hoặc chủ đề sẽ đề cập.

Giám sát

Giám sát tập trung vào việc phân tích các quá trình tâm lý, các cơ chế phòng vệ... mà nhà tâm lý thấy xuất hiện ở bản thân mình trong khi làm việc. Nó không tập trung vào bản thân ca lâm sàng mà có mục đích lắng nghe nhà tâm lý, những vấn đề cá nhân của anh ta, khúc mắc trong mối quan hệ với đồng nghiệp, với cấp trên, những băn khoăn, vướng mắc, hoang mang, v.v. Giám sát, theo nghĩa này, là hoạt động hầu như không hiện diện trong thực hành lâm sàng ở Việt Nam bởi đó



sẽ là nơi mà người ta nói một cách tự do không sợ bị đồng nghiệp hoặc cấp trên xét đoán; một buổi giám sát không thể thực hiện được khi cấp trên cũng có mặt ở đó. Thực tế trên thế giới, nhóm giám sát thường là những nhà chuyên môn hoạt động linh hoạt, họ không có mối liên hệ công việc với người tham gia, không có xung đột về lợi ích, vì thế họ giữ được khoảng cách cần thiết để lắng nghe một cách trung lập.

Như vậy, muốn thực sự trao đổi kinh nghiệm, kiến thức, cần phải quan tâm đến đặc điểm văn hóa của đất nước. Tâm lý học Lâm sàng ở Việt Nam đang trong thời kỳ phát triển, trao đổi và truyền tải đúng cách có thể giúp xây dựng một chuyên ngành cởi mở, mới mẻ, cập nhật. Việc trao đổi đúng cách cũng giúp cải thiện nguồn nhân lực còn hạn chế, nâng số lượng người dân được hưởng những chăm sóc chuyên nghiệp và có chất lượng.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Aliphat, A. et Sternis, C. (2010). *Dessine-moi un bonhomme*. Autoedition EPP.
- Aliphat, A. et Sternis, C. (2012). *L'autisme infantile en France et au Vietnam*. Autoedition EPP.
- Anzieu, D. (1981, 2000). *Le corps de l'oeuvre*. Paris: Gallimard.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. et Martin, J.Y. (1994). *La dynamique des groupes restreints*. Paris: Dunod.
- Arbisio-Lesourd, C. (2002). *La psychologie clinique*. Paris: Editions Bréal.
- Basch, M-F. (1995). *Comprendre la psychothérapie - Derrière l'art, la science*. Paris: Seuil.
- Baubet, T. (2003). *Psychiatrie et migration*. Paris: Masson.
- Beck, J.S. (1996). Cognitive Therapy of personality Disorders. In P. M. Salkovskis. *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford Press.
- Bekhechi-Mistycki, V., Guedeney, N. (2008). Evaluation des représentations maternelles de la protection dans la grande prématurité. *Devenir*, 2008/4, vol.20, 5-33.
- Bender, S. et Messner, E. (2004). *Becoming a therapist*. New-York: Guilford Press.
- Bendrihen, N. (2008). A l'épreuve du réel. In C. Doucet (Ed.) *Le psychologue dans les services de médecine*. Paris: Masson.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Bergot, E. (2004). *Sud Lointain*. Villeneuve d'Ascq: Omnibus.
- Bertrand, D. (1998). D'une approche ethno-psychologique de l'enfant vietnamien à la réappropriation de la Psychologie au Vietnam comme transfert de connaissances. In C. Vasseur Fauconnet (Ed.). *Enfance Vietnam état des lieux*, pp. 555-584. Paris: L'Harmattan.
- Bertrand, D. et Lescarret, O. (2005). *Méthodologie de l'approche clinique thérapeutique ou de recherche en Asie. Quels outils? Quelle pratique?* Conférence EUROSEAS 2005.
- Binet, G. (2000). *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*. Boucherville (Québec): Gaëtan Morin éditeur.
- Blanchet, A. & al. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Block, Jerald J. (2008). Issues for DSM-V: Internet Addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.

Bloom, B. (1956, 1975). *Taxonomie des objectifs pédagogiques: Domaine cognitif*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Boimare, S. (1999). *L'enfant et la peur d'apprendre*. Paris: Dunod.

Boimare, S. (2009). *Ces enfants empêchés de penser*. Paris: Dunod.

Bosc, N. (2010). *Proposition d'un modèle méthodologique de prise en charge des troubles psychiques dans un contexte interculturel: essai d'ingénierie clinique. Application à travers l'ouverture et développement de centres de consultations psychologiques à Hanoi, Vietnam*. Université de Paris VIII, Paris.

Bosc, N. et Phuong Hoai Nga. (2009). *Entre individualité et ordre social: le travail de psychologie clinique à Hanoi et la problématique du désir d'autonomie des patients au sein de la communauté*. Hanoi, Vietnam: Colloque organisé par l'Université Nationale du Vietnam et le Centre Source "La vie de l'âme et la culture".

Bot, H. & Wadensjö, C. (2004). The presence of a third party: a dialogical view on interpreter-assisted treatment. In Wilson J.P. & Drozdek B. (Eds). *Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and tortures victims*, 355-378. New York: Brunner-Routledge.

Bourgeault I., Kuhlmann E., Neiterman E., Wrede S. (2008). *Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal?* Copenhagen: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Boussat, S. (1996). Les enjeux de la maternité et la relation précoce mère-enfant au Viêt-nam: entretien avec le Docteur Vu Thi Chin. "Femmes au monde", *Revue Nord/Sud - Folies et Cultures*. Erès, N°5, 105-114.

Boussat, S. Rufo, M. Soulayrol, R. (1998). La psychiatrie de l'enfant au Viêt-nam: état des lieux. Hommage au Docteur Nguyen Khac Vien. *Psychiatrie de l'Enfant*, 41 (1), 267-295.

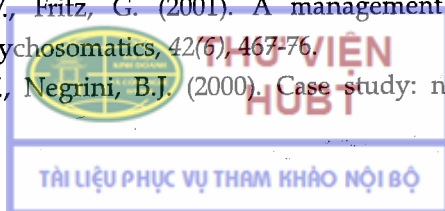
† Bouvard, M. et Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris: Masson.

Buckman, R., Kason Y. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris: Masson.

Calabrese, L.R. (1998). Approach to the patient with multiple physical complaints. *The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care*, 89-98.

Campo, J.V., Fritz, G. (2001). A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*, 42(6), 467-76.

Campo, J.V., Negrini, B.J. (2000). Case study: negative reinforcement



and behavioral management of conversion disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 787-90.

Castro, D. (1991). Aspects Psychologiques de la Compliance au Traitement chez l'Enfant Diabétique Insulino-Dépendant. *Annales de Pédiatrie*, 38,7, 455-458.

Castro, D. (1997). Effets du temps et diabète insulino-dépendant de l'enfant. In Brun, D. (Ed). *Le temps, l'urgence et les périodes de la maladie*, p.67. Paris: Editions P.A.U.

Castro, D. (2011). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*. Paris: Dunod.

Castro, D., Malivoir, S., Delphine Martin, Rémi Gagnayre et Jean-Jacques Robert (2009). Siblings of diabetes type 1 children: Impact of illness and treatment on psychological functionary of brothers and sisters. Implications for therapeutic patient education. *Therapeutic Patient Education*, 9; 1(1): 13-19.

Castro, D., Tubiana-Rufi, N., Moret, L., Fombonne, E. and the PEDIAB Collaborative group (2000). Psychological adjustment in a French cohort of type 1 diabetic children. *Diabetes & Metabolism (Paris)*, vol. 26, 29-34.

Chambon, O. Marie-Cadine, M. (2003). *Les bases de la psychothérapie*. Paris: Dunod.

Chambond, O. et Marie Cardine, M. (1999). *Les Bases de la Psychothérapie*. Paris: Dunod.

Chartier, J.-P. (2011). *Les adolescents difficiles*. Paris: Dunod.

Cheng, A. (2007, sous la direction de). *La pensée en Chine aujourd'hui*. Paris: Gallimard Folio.

Chevrier, S. (2000). *Le management des équipes interculturelles*. Paris: PUF.

Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris: PUF.

Cohen-Gogo, S., Marioni, G. et al. (2011). End of life care in adolescents and young adults with cancer: experience of the adolescent unit of the Institut Gustave Roussy. *European Journal of Cancer*, 47, 2735-2741.

Cottraux, J. et Blackburn, I.M. (1995). *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris: Masson.

Crocq, L. (2004). Histoire du débriefing. *Pratiques Psychologiques, Volume 10, Issue 4*, 291-318.

CUEEP. (2011). *La pédagogie par objectifs*. Cours du Centre Université - Economie d'Education Permanente - Département des Sciences de l'Education. Université de Lille 1. En ligne <http://cueep.univ-lille1.fr/pedagogie/module4-1.htm>, consulté le 31/01/2011.



d'Arndenne, P. & Farmer, E. (2009). Using interpreters in trauma therapy. In Grey N. (Ed). *A case book of cognitive therapy for traumatic stress reactions*, 283-300. New York: Routledge/taylor & Francis Group.

d'Iribarne, P. (2008). *Penser la diversité du monde*. Paris: Seuil.

Dasen, P.R. (1993). L'ethnocentrisme de la psychologie. In Rey-von-Allmen (Eds). *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Paris: L'Harmattan.

Dauchy, S., Razavi, D. (2009). *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* Paris: Springer.

Dayan, J. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris: Masson.

de Campos Vieira, W. (2009). Relation between somatic conversion and the idea of death. *Annales medico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167, 677-684.

de Hennezel, M. (2006). *La mort intime*. Pocket.

de Vriendt-Glodman, C., Durieux, M.-P. (2005). Réflexions quant à l'accompagnement psychothérapeutique du bébé, de ses parents et des soignants en unité néonatale. *Devenir*, 2005/1, vol.17, 5-37.

Debesse, M. (1971). *L'adolescence*. Paris: Puf.

Delhaye M., Kempnaers C., Burton J., Goossens L., Linkowski P. (2011). Réflexions sur le concept de détachement adolescentaire. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 215-220.

DeMaso, D.R., Beasley, P.J. (1998). The somatoform disorders. In Klyklyo, W.M., Kay, J., Rube, D. (eds.). *Clinical Child Psychiatry*, 429. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co.

Denis, S. (2004). *Détresse sociale, souffrance psychique: un enjeu pour le sujet*. Quatrième Colloque international du Réseau interuniversitaire européen de recherches cliniques et d'épistémologie en sciences humaines.

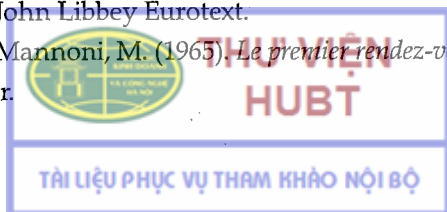
Depardon, R. et Guillebaud, J.C. (2006). *La colline des anges*. Paris: Ed. Points.

Devereux, G. (1969, 1982). *Psychothérapie d'un Indien des plaines*. Paris: J.C. Godefroy ESF.

d'Houtaud, A., Lévy-Desroches, S. (1992). Problèmes psychologiques et consommation ou abstention de drogues licites ou illicites. In Castro, D. (Ed). *L'Accident à l'adolescence*, 149-174. Paris: Société Française de Psychologie.

Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, S., Consoli, S.-M. (2007). *La psycho-oncologie*. Paris: John Libbey Eurotext.

Dolto, F. & Mannoni, M. (1965). *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. Denoël Gonthier.



- Dolto, F. (1971). *Le cas Dominique*. Points seuil.
- Druon, C. (1996). *A l'écoute du bébé prématuré. Une vie aux portes de la vie*. Paris: Flammarion.
- DSM- IV -TR Critères diagnostiques. 2004. Paris: Masson.
- Ebru Ikiz, F, Firdevs Savi Cakar. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia social and behavioural science*, 5, 2338-2342.
- Ertas, N. (2007). Factors associated with stages of cigarettes smoking among Turkish youth. *European Journal of Public Health*, Vol 17(2), Apr, 155-161.
- Eurodiab Ace Study Group (2000). Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. *The Lancet* vol 355 march 11, 2000, pp.873-876.
- Fagan, Pebbles; Brook, Judith S.; Rubenstone, Elizabeth; Zhang, Chenshu; Brook, David W. (2009). Longitudinal precursors of young adult light smoking among African Americans and Puerto Ricans. *Nicotine & Tobacco Research*, Vol 11(2), Feb, 139-147.
- Fauconnet, C.V. (1998). *Enfance: Etat des lieux - Vietnam au coeur de la francophonie*. Paris: L'Harmattan
- Féray, Y. (1998). *Contes d'une grand-mère vietnamienne*. Paris: Ed. Philippe Picquier.
- Ferradji, T. et Mestre, C. (2008, coordinateurs du dossier). Partir...Soigner. *Revue transculturelle L'Autre*. Volume 9, n°1. Grenoble: Ed. La pensée sauvage.
- Ferrière, A. (1922, 2004). *L'école active*. Paris: Editions Fabert.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- First, M.B., Frances, A., Pincus, H.A. (1999). *DSM IV: diagnostics différentiels*. Paris: Masson.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical care, research and review*, 62, 255-299.
- Freud, A. (1949, 1975). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1905, 1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Fritz, G.K., Fritsch, S., Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1329-38
- Gammer, C. (2005). *La voix de l'enfant dans la thérapie familiale*. Paris: Erès.
- Gillon, J. (2009). *Nguyen Khac Vien, Rêves Souvenirs Commentaires*. Centre Information et Documentation sur le Vietnam contemporain, Janvier 2009.
- Ginger, S. (1986). *La gestalt, une thérapie du contact*. Hommes et Groupes.

Glanz, Karen; Mau, Marjorie; Steffen, Alana; Maskarinec, Gertraud; Arriola, Kimberly Jacob (2007). Tobacco use among native Hawaiian middle school students: Its prevalence, correlates and implications. *Ethnicity & Health*, Vol 12(3), Jun, 227-244.

Goldwasser, F. (2010, sous la direction de), *La relation médecin-malade en cancérologie. De la théorie à la pratique*. JBH Santé.

Golse, B. (1985). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris: Masson.

Greenberg, M, T, Siegel, J. M., and Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 373-386.

Guedeney A., Guedeney N (2006). *L'attachement: concepts et applications*. Paris: Masson, Psychopathologie.

Guinot, C. (2009). *Etre psychologue à l'étranger*. Séminaire Transculturel Marseille.

Guittet, A. (2008). *L'entretien. Techniques et pratiques*. Paris: Armand Colin.

Gunning, Melissa; Sussman, Steve; Rohrbach, Louise A.; Kniazev, Vadim; Masagutov, Radik (2009). Concurrent predictors of cigarette and alcohol use among US and Russians adolescents. *Journal of Drug Education*, Vol 39(4), 385-400.

Gutton P. (2003). *Le Pubertaire*. Paris: PUF

Hanus, M. (2008). *La mort d'un parent, le deuil des enfants*. Paris: Vuibert, Espace éthique.

Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (ed.). *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard*. Plenum Press.

Health Organization (WHO) region (1999-2005). *Global Youth Tobacco Survey measures of tobacco use prevalence among students aged 13-15 years*.

Helgeson, V. S., Snyder, P. R., Escobar, O., Siminerio, L., & Becker, D. (2007). Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 794-806.

Helgeson, V.S., Kerry A.R., Escobar, O., Siminerio, L., & Becker, D. (2007). The role of friendship in the lives of Male and Female Adolescents: Does diabetes make a difference? *Journal of Adolescent Health*, 40, 36-43.

Henderson, Patricia Nez; Kanekar, Shalini; Wen, Yang; Buchwald,

Dedra; Goldberg, Jack; Choi, Won; Okuyemi, Kolawole S.; Ahluwalia, Jasjit; Henderson, Jeffrey A. (2009). Patterns of cigarette smoking initiation in two culturally distinct American Indian tribes. *American Journal of Public Health*, Vol 99(11), Nov 1, 2020-2025.

Henry, A. (2009). *Scènes de péril et de salut vietnamiennes*. En ligne: <http://scenesdುವietnam.solidairesdumonde.org/archive/2009/05/03/scenes-de-peril-et-de-salut-vietnamiennes.html>. Consulté le 31/01/2011.

Hodgman, C.H. (1995). Conversion and somatization in pediatrics. *Pediatr Rev*, 16(1), 29-34.

Hoffet Gachelin, M.E. (2011). *Champ culturel de la construction de la vie psychique du tout-petit*. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en psychologie.

Hoffet, M.-E. (2005). Les richesses thérapeutiques des coutumes vietnamiennes pour aider les enfants en difficultés psychologiques. *Etudes Vietnamiennes*, 4, 89-98.

Hoffet, M.-E. (2010). A la recherche d'une pédopsychiatrie post-coloniale: un parcours vietnamien. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 2010, vol.11, N°1, 27-39.

Holtz, P., Appel, M. (2011). Internet use and video gaming predict problem behaviour in early adolescence. *Journal of adolescence*, 34, 49-58.

Hsu, Y.Y.A., Dorn, L.D., Sereika S.M. (2010). Comparison of puberty and psychosocial adjustment between Taiwanese adolescent females with and without diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 19(19-20), Oct, 2704-2712.

Huber, W. (2000). *Les psychothérapies*. Paris: Nathan.

Huerre P. (1996). *L'adolescence en héritage*. Paris: Calman-Levy.

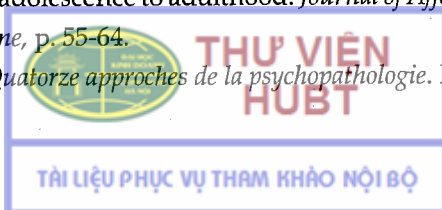
Hurrelmann, K. (1984). Societal and organizational factors of stress on students in school. *European journal of teacher education*, 7, 181-190.

Hurrelmann, K., Engel, U., Holler, B., Nordlohne, E. (1988). Failure in school, family conflicts, and psychosomatic disorders in adolescence. *Journal of adolescence*, 11, 237-249.

Huu Ngoc (2009). *A la découverte de la culture vietnamienne*. Hanoi: The gioi.

Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, P., Hillevi A. (2007). Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, Volume 100, Issues 1-3, June, p. 55-64.

Ionescu, S. (1991). *Quatorze approches de la psychopathologie*. Paris: Nathan.



- Jacobson, D. (1980). *Savoir se relaxer*. Paris: Les Editions de l'Homme.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*. Paris: Alcan.
- Jeammet, P. & Corcos, M. (2001). *Evolution des problématiques à l'adolescence*. Rueil Malmaison: Doin.
- Jeammet, P. (1985). *Journal des psychologues*, N°32.
- Jeammet, PH, Corcos, M. (2005). *La dépression à l'adolescence*. Paris: Dunod
- Johnson, SB. (1980). Psychological factors in juvenile diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*; 3: 95-116.
- Joseph, M.-L. (1994). Cédric, une naissance précoce traumatisante. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 42 (8-9), 578-582.
- Kandel, Isack; Merrick, Joav (2003). Smoking and adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, Vol 15(4), Oct-Dec, 365-368.
- Kardiner, A. et Linton, R. (1931, 1974). *The Individual and His Society*. New York: Greenwood Press.
- Kennard, D., Roberts, J. & Elliott, B.(2002). Group analytic training conducted through a language interpreter: Are we understanding each other? *Group Analysis*, 35,2, june, 209-235.
- Kiviruusu, O., Huurre, T., Hillevi, A.(2007) Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable? *Social Science & Medicine*, Volume 65, Issue 2, p. 173-186
- Korbel, C. D., Wiebe, D. J., Berg, C. A., & Palmer, D. L. (2007). Gender differences in adherence to type 1 diabetes management across adolescence: The mediating role of depression. *Children's Health Care*, 36, 83-98.
- Kreisler, L. (1989). Pour un abord psychosomatique de la migraine et des céphalées fonctionnelles de l'enfant et de l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2, 95-100.
- Kuhn, Th. (1983). *La structure des révolutions scientifiques (1962-1970)*. Paris: Flammarion.
- Kynga, H.A., Kroll, T., Duffy, M. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. *Journal of adolescent health*, 26, 379-388.
- Lai, Man Kin; Ho, Sai Yin; Lam, Tai Hing. (2004.) Perceived peer smoking prevalence and its association with smoking behaviours and intentions in Honk Kong Chinese adolescents. *Addiction*, Vol 99(9), Sep, 1195-1205.
- Landry-Dattée, N., Delaigue-Cosset, M.-F. (2001). Les enfants de parents atteints de cancer. In *Manuel de soins palliatifs*. Paris: Dunod.
- Landry-Dattée, N., Delaigue-Cosset, M.-F. (2004). "Anatole l'a dit", Une

histoire pour raconter une maladie: le cancer. K'Noé.

Landry-Dattée, N., Delaigue-Cosset, M.-F. (2005). *Ces enfants qui vivent le cancer d'un parent*. Paris: Vuibert.

Lao Dong ([Le Travail]) - Journal vietnamien.

Laplanche, J. et Pontalis, J.B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.

Laval, C. & al. (2010). Pourquoi les adolescents inquiètent-ils les adultes? *Rhizome, bulletin national santé mental et précarité*, N°38, Avril 10.

Levi, J. (2011). Réflexions chinoises. Lettrés, stratèges et excentriques de Chine. In *Problèmes d'indétermination sémantique dans la traduction de textes philosophiques chinois*, pp. 147-162. Paris: Albin Michel.

Luong, C.L. (2004). *De la psychologie Asiatique*. Paris: L'Harmattan.

Luong, C.L. (1992). Bouddhisme et Psychiatrie. In *Psychiatrie, culture et racisme*, pp. 123-130. Paris: L'Harmattan.

Luong, C.L. (2000). Vous avez dit maltraitance ou éducation? *Revue Déméter*, Paris, Été 2000.

Luong, C.L. (2001). Une jeunesse en guerre ou la jeunesse en condition historique. Le jeune vietnamien. *Info Psy*, Paris, sept 2001.

Luong, C.L. (2003). L'accueil du nourrisson: la modernité de quelques rites vietnamiens. *Info Psy*, N°8, Paris, oct. 2003.

Luong, C.L. (2006). Anthropologie clinique de l'adaptation réciproque dans la migration. *Synapse, revue de psychiatrie*, mars 2006, n°223, p. 23-30.

Luong, C.L. (2006). *Psychologie transculturelle et psychopathologie. Occident et Asie orientale*. Paris: You Feng.

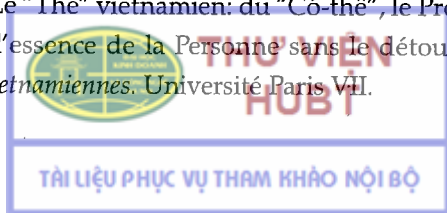
Luong, C.L. (2009). La diaspora vietnamienne entre l'exil et le retour. Un voyage dans la banlieue intérieure de la pensée. *Nervure, Jour. Psy.*, N°6, T. XXII, 11/12/2009, p. 8-9.

Luong, C.L. (2010). A propos d'une psychologie de la personne. Apports du monde asiatique. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 2010, vol.11, N°1, 20-26.

Luong, C.L. (2010). *Conscience éthique et esprit démocrate*. Paris: L'Harmattan.

Luong, C.L. (2010). La psychiatrie de la personne est-elle traitable par la seule statistique? Une question postmoderne. *La Lettre de la Psychiatrie Française*, N°196, décembre 2010, pp. 4-5.

Luong, C.L. (2011). Le "Thế" vietnamien: du "Có-thế", le Probable jusqu'à l'accès consubstantiel à l'essence de la Personne sans le détour par l'Être et l'Avoir. *Cahiers d'études vietnamiennes*. Université Paris VII.



- Mager, R.F. (1994). *Comment définir des objectifs pédagogiques*. Paris: Dunod.
- Malott, K.M. (2009). Professional outcomes, pedagogical tools, and challenges of international counselor instruction. *International Journal of Intercultural Relations*, volume 33, issue 3, 242-253.
- Marc, E. (2000). *Le guide pratique des nouvelles thérapies*. Retz.
- Marc, E. et Delourme, A. (2004). *Pratiquer la Psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. et al. (2004). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.
- Marcelli, D. (2006). *Enfance et psychopathologie*. Paris: Masson.
- Marcelli, D., Braconnier, A. (2004). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.
- Marinopoulos, S. (2010). *Dans l'intime des mères*. Marabout.
- Mathelin, C. (1998). *Le sourire de la Joconde: Clinique psychanalytique avec les bébés prématurés*. Editions Denoël, L'espace analytique.
- Mechin, N. (2004). *Cours sur les troubles psychosomatiques*, Diplôme Universitaire en Psychothérapie à l'université Pham Ngoc Thach, Ho Chi Minh ville, Vietnam 2008-2009.
- Ménéchal, J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose?* Paris: Dunod.
- Minuchin, S. (1998). *Familles en thérapie*. Paris: Erès
- Missonnier, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale: un psychologue en maternité*. Paris: Erès.
- Missonnier, S. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Paris: Masson.
- Moro, M.R (2004). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Moro, M.R et al. (2006). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Paris: La Pensée Sauvage.
- Moro, M.R. (2010). *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris: Odile Jacob
- Moro, M.R. et Lachal, C. (2005). *Introduction aux Psychothérapies*. Paris: A.Colin.
- Mou, Z. (2003). *Spécificités de la philosophie chinoise*. Paris: Cerf.
- Mucchielli, R. (1985, 2006). *Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes*. Paris: ESE
- Narring, F., Miauton, L., Michaud, P-A. (2003). Chronic condition and lifestyle in adolescence: results of a cross sectional survey on the health of 15-20 years old in Switzerland. *Journal of Adolescent Health*, 26, 163 -170.

Nde-Eshimuni M., Salema M.Pharm A., Elliot A.R., Glazebrook C. (2011). *Journal of adolescent Health*.

Nguyen Khac Vien (1993). *Le malheur de l'enfant*. Hanoi: Centre de recherche psychologique des enfants.

Nguyen Khac Vien (1999). *Psychologie Clinique des enfants vietnamiens*. Hanoi: Ed. Y hoc et Centre de recherche psychologique des enfants.

Nguyen Ngoc Diep, Chartier, P. et Lescarret, O. (2014). L'orientation scolaire au Vietnam dans ses rapports avec l'expérience française. *Questions d'orientation*, No. 2, Juin 2014, pp. 51-66.

Nguyen Ngoc Diep, Lescarret, O. (2013). Culture virtuelle et culture traditionnelle au Vietnam: Quelle dynamique sur le projet d'avenir des adolescents? In Vatz Laaroussi, Riard, Gélinas et Jovelín (éds). *Les défis de la diversité. Enjeux épistémologiques, méthodologiques et pratiques*, pp. 209-225. Paris: L'Harmattan.

Nguyen Ngoc Diep, Lescarret, O. et de Léonardis, M. (2014). Processus identificatoires et projet de vie des jeunes vietnamiens de Hanoi: Entre crise adolescente et crise culturelles? *Psychiatrie de l'enfant*, LVII, 1, 2014, pp. 207-235.

Norcross, J., Goldfried, M. (1998). *Psychothérapie intégrative*. Paris: Desclée de Brouwer.

Nzouzi, Netti; Piette, Danielle (2007). Tabagisme en milieu scolaire secondaire du Gabon: Prévalence et facteurs psychosociaux associés. *Cahiers D'Études et De Recherche Francophone/ Santé*, Vol 17(3), Jul-Sep, 159-165.

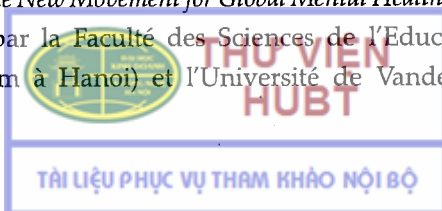
O'Connor, R.M., Fite P.J., Nowlin P.R., Colder, C.R. (2007). Children's beliefs about substance abuse: An examination of age differences in implicit and explicit cognitive precursors of substance use initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol.21 (4), Dec. 525-533.

OMS. (2006). *Mental Health System in Vietnam*. En ligne: WHO-AIMS Report/MOH. En ligne http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_viet_nam.pdf. Consulté le 31/01/2011.

Onfray, M. (2006). *Théorie du voyage. Poétique de la géographie*. Paris: Livre de Poche.

Papin, P. et Passicouset, L. (2010). *Vivre avec les Vietnamiens*. Paris: L'Archipel.

Patel, V. (2008). *The New Movement for Global Mental Health*. Hanoi, Vietnam: Colloque organisée par la Faculté des Sciences de l'Éducation (Université Nationale du Vietnam à Hanoi) et l'Université de Vanderbilt (Tennessee,



U.S.A) "Intervention and Prevention of Vietnamese Children's Mental Health Problems, Adapting Evidence-based Mental Health Interventions for Vietnam and Other Asian Countries".

Pédinielli, J.-L. (1999). Approche de la recherche clinique en psychologie. *Recherche en soins infirmiers* No. 59 décembre 1999, 9-14.

Pham Minh Hac (2004). Psychology in Vietnam. *The Psychologist*, volume 17, n°2, 70-71.

Phan, X. et Bosc, N. (2009). *Transmission et échange des pratiques dans un contexte interculturel*. Hồ Chí Minh-Ville: Vietnam: Colloque organisé par l'Ecole de Psychologues Praticiens et l'Université de médecine Pham Ngoc Thach "Les éclats de l'adolescence. Les années vertes".

Phan, X. et Bosc, N. (2010). *La création et le développement d'une psychologie au Vietnam*. Hồ Chí Minh-Ville, Vietnam: Colloque organisé par l'Hôpital pédiatrique n°1 de Hồ Chí Minh-Ville et l'Ecole de Psychologues Praticiens "Psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent: Approches transculturelles".

Piko, Bettina F; Wills, Thomas A.; Walker, Carmella. (2007). Motives for smoking and drinking: Country and gender differences in samples of Hungarian and US high school students. *Addictive Behaviors*, Vol 32(10), Oct, 2087-2098

Popper, K. (1935). *Logique de la découverte scientifique*. Paris: Payot (1973).

Porret, P. (2008). *La Chine de la psychanalyse*. Paris: Ed. Campagne Première.

Price, J. (1975). Foreign language interpreting in psychiatric practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 4, dec, 263-267.

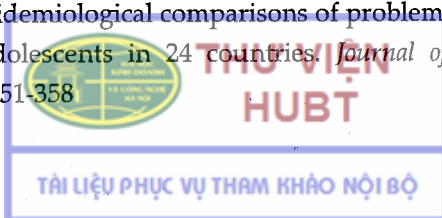
Quach Thanh Tâm-Langlet (1998). L'enfant au Vietnam. In C. Vasseur Fauconnet (Ed.). *Enfance Vietnam état des lieux*, pp. 77-104. Paris: L'Harmattan.

Ratcliff-Goguikian, B. & Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique: conception de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*, 26,1, 37-49.

Razavi, D., Delvaux, N. (2002). *Interventions psycho-oncologiques: la prise en charge du patient cancéreux*. Paris: Masson.

Réal, I. (2000). La consultation transculturelle d'Avicenne. In M.-R. Moro et al. *Manuel de Psychiatrie Transculturelle*. Paris: La pensée sauvage.

Rescorla, L.; Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Almqvist, F, Bilenburg, N. et al. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 75, 351-358



Revault d'Allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris: Dunod.

Reynier, F. (2006). Le travail psychologique avec un interprète. *Le Journal des Psychologues*.

Richard, F. (2002). *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris: Dunod.

Rogers, C. (1970). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.

Romano, H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Paris: Dunod.

Ruszniewski, M. (1999). *Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants*. Paris: Dunod.

Scelles, R. (2001). Processus de résilience dans les familles de personnes handicapées. In Marty F. (Ed). *Figures et traitements du traumatisme*, p. 173-184. Paris: Dunod.

Searight, H.R. & Searight, B.K. (2009). Working with Foreign language interpreters: recommendations for psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice*.

Seiffe-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationship in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

Sentenac, M., Gavin A., Arnaud, C., Molcho, M., Godeau, E., Gabhainn, S.N. (2011). Victims of Bullying among students with a disability or chronic illness and their Peers: a Cross-National Study between Ireland and France. *Journal of Adolescent Health*, 48, 461-466.

Servan Schreiber, D. & al. (2000). Somatizing Patients: Part 1. Practical Diagnosis. *American Family Physician*, 61: 1073-8

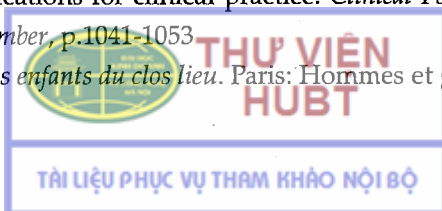
Shentoub V. (1987). Thematic Aperception Test (TAT), Théorie et méthodes. *Psychologie française*, septembre 1987, t.32-3 "Techniques projectives III, le TAT", pp 115-122.

Siddique, C. M., D'Arcy, C. (1984). Adolescence, stress, and psychological well being. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 459-473.

Spitz, R. (1948). La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, n° 5, 1948, p. 373-391.

Stephen, J., Linley, P.A. (2006) Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, Volume 26, Issue 8, December, p.1041-1053

Stern, A. (1989). *Les enfants du clos lieu*. Paris: Hommes et groupe.



Sternis C. (2003). La psychologie au Vietnam. *Psychologues et psychologie* N° 170, 3^{ème} trimestre 2003.

Sternis, C (2005). Adolescence: une esthétique de l'intime. *Art et thérapie: N°90/91, Mai 2005, L'adolescence, création éphémère*, p97-106.

Sternis, C. (1997). *Le cadre et le fantasme*. Bordeaux: Cahiers de l'art cru.

Sternis, C. et al. (2005). *L'animateur d'atelier d'expression, portrait intime en forme de mouton*. Asphodele

Sternis, C., Granier, E. et al. (2013). *L'adolescent entre marge, art et culture, une clinique des mediations en groupe*. Paris: Erès.

Stigler, Melissa; Dhavan, Poonam; Van Dusen, Duncan; Arora, Monika; Reddy, K. S.; Perry, Cheryl L. (2010). Westernization and tobacco use among young people in Delhi, India. *Social Science & Medicine, Vol 71(5), Sep*, 891-897.

Sudres, J.-L., Brandidas, G., Fourasté, R. (2004). La phobie scolaire: symptôme, entité spécifique, syncrétisme ou syndrome d'inadaptation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 556-566.

Sultan, S., Luminet, O., Hartemann, A. (2010) Cognitive and anxiety symptoms in screening for clinical depression in diabetes A systematic examination of diagnostic performances of the HADS and BDI-SF. *Journal of Affective Disorders, Volume 123, Issues 1-3, June*, p. 332-336.

Tourette, C., Guidetti, M. (2002). *Introduction à la psychologie du développement du bébé à l'adolescent*. Paris: Armand Colin.

Trần Xuân Nhi (1998). La convention internationale sur les Droits de l'Enfant et la campagne "d'accompagnement des enfants à l'école". In C. Vasseur Fauconnet (Ed.). *Enfance Vietnam état des lieux*, pp. 473-478. Paris: L'Harmattan.

Tremblay, J. (2010, sous la direction de). *Philosophes japonais contemporains*. Montréal: PUM.

Tustin, F. (1989). *Le trou noir de la psyché*. Paris: Seuil.

Van Thi Kim Cuc (2006). *La psychologie clinique au Vietnam: aspects historiques et perspectives*. Hanoi, Vietnam: Colloque "La psychologie clinique, expériences et perspectives".

Vargas, M. (2011). *Le récit de vie comme dispositif d'intervention en psychologie clinique. Le cas des consultations psychologiques spécialisées en histoires de vie à l'Université catholique de Louvain. Communication au colloque "La recherche biographique aujourd'hui: enjeux et perspectives"*, Lille, mai 2011.

Vasseur, C. (1998). *Enfance, état des lieux*. Paris: L'Harmattan.

Verdier, F. (2005). *Passagère du Silence*. Paris: Albin Michel.

Vu Dung. (2006). *Le développement de la Psychologie clinique au Vietnam: défis et perspectives*. Hanoi, Vietnam: Colloque organisé par l'Institut de Psychologie de Hanoi et l'Ecole de Psychologues Praticiens "La psychologie clinique, expériences et perspectives".

Wautier, J.L. et Vileyn, F. (2004). L'andragogie: utopie ou réalité. *Transfusion Clinique et Biologique*, vol 11, 169-172.

Widlocher, D. (1965). *L'interprétation des dessins d'enfants*. Dessart.

Winicott, D. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris: Payot.

Winnicott, D. (1971, 1984). *Jeu et réalité (l'espace potentiel)*. Paris: Gallimard.

Winnicott, D. (1971, 2002). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris: Gallimard.

Young, J.E. et Klosko, J.S. (1995). *Je réinvente ma vie*. Paris: Les Éditions de l'Homme.

Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. In L. VandeCreek & T. Jackson (eds). *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, vol. 17, pp. 19-31.

Young, S.E., Corley, R.P., Stallings, M.C., Rhee, S.H., Crowley, T.J. Hewitt, J.K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence symptom profile and correlates. *Drug and alcohol Dependence*, Volume 68, 3, 309-322.

Zane, Nolan W.S., Huh-Kim, J. (1998). Addictive behaviours. In Lee, Lee, C. & Zane, Nolan W.S. (eds). *Thousand Oaks*, Ca: Sage Publications.

Tài liệu tham khảo trực tuyến

Brochure HAS février 2008: Annoncer une mauvaise nouvelle

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Cours de psycho-oncologie en ligne (en français et en anglais) sur le site de l'IPOS

http://www.ipos-society.org/education/core_curriculum/core_curriculum.aspx

Thèmes abordés:

Le cancer une affaire de famille,



Perte, chagrin et deuil,
La prise en charge psycho-oncologique du patient en phase palliative,
Enjeux éthiques en psycho-oncologie,
Interventions psychosociales: quel niveau d'efficacité et quelles méthodes pour soutenir les patients atteints de cancer?
Capacités de communications et qualité personnelles en oncologie,
Anxiété et troubles de l'adaptation chez les patients atteints de cancer,
Prendre en charge la détresse psychologique en cancérologie: standards et recommandations en bonnes pratiques cliniques,
Dépression et troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer,
Evaluation psychosociale des patients en cancérologie.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CÁC TÁC GIẢ

Nicolas Bosc, nhà tâm lý lâm sàng, tiến sỹ tâm lý học, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Dana Castro, nhà tâm lý lâm sàng, nhà tâm lý trị liệu, giảng viên, hiệu trưởng Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Georges Cognet, nhà tâm lý, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Jean-Pierre Chartier, nhà phân tâm học, nhà tâm lý lâm sàng, hiệu trưởng danh dự Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Charles de Chargères, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Véronique de Thuy-Croizé, nhà tâm lý lâm sàng, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Mathilde Driessens, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Amélie Ducroquet, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Bernard Durand, bác sỹ tâm thần, Paris, Pháp.

Camille Froidure, nhà tâm lý lâm sàng, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Mathilde Gazard, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

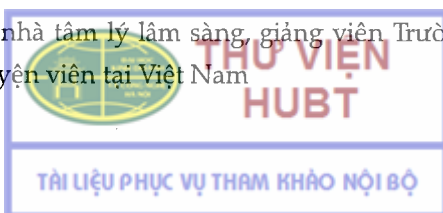
Tania Goulame-Schirrmann, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Bénédicte Grosjean, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Fanny Guidot, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Catherine Guillemont, nhà tâm lý lâm sàng, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Clémence Guinot, nhà tâm lý lâm sàng, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam



Audrey Hauchecorne, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Hoàng Vũ Quỳnh Trang, bác sỹ nhi khoa, Việt Nam.

Camille Lambert, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Anne-Laure Lamberton, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Lương Cần Liêm, bác sỹ tâm thần, tiến sỹ tâm lý học, giảng viên kiêm nhiệm Đại học Paris XIII.

Gaelle Motte, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Nguyễn Lệ Bình, bác sỹ nhi khoa, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Nguyễn Ngọc Diệp, nhà tâm lý, tiến sỹ tâm lý học, Pháp.

Nguyễn Thị Diệu Anh, nhà tâm lý lâm sàng, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Camille Pouchepadass, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Xuân Phan, nhà tâm lý lâm sàng, tư vấn viên về sức khỏe cộng đồng.

Marie-Noelle Saint Aubin, nhà tâm lý lâm sàng, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Dominique Sauveplane, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Alix Sebaux, nhà tâm lý lâm sàng, cựu học viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp), tình nguyện viên tại Việt Nam.

Claude Sternis, nhà tâm lý lâm sàng, giảng viên Trường Tâm lý Thực hành (Pháp).

Trần Duy Tâm, bác sỹ tâm thần, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Trần Thị Hồng Nhi, nhà tâm lý lâm sàng, Việt Nam.

Trịnh Tất Thắng, bác sỹ tâm thần, Giám đốc Bệnh viện tâm thần TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

NHÀ XUẤT BẢN TRI THỨC

53 Nguyễn Du - Quận Hai Bà Trưng - Hà Nội

Điện thoại: (84-4) 3944 7279 - (84-4) 3945 4661 | Fax: (84-4) 3945 4660

Website: www.nxbtrithuc.com.vn | www.nxbtrithuc.vn

Email: lienhe@nxbtrithuc.com.vn

DANA CASTRO

(chủ biên)

TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

Khái niệm - Các trường phái - Đánh giá tâm lý - Trị liệu tâm lý -
Tâm bệnh học - Phương pháp nghiên cứu - Trường hợp lâm sàng

Hỗ trợ biên soạn: Nguyễn Ngọc Diệp

(Tái bản lần thứ tư)

Chịu trách nhiệm xuất bản

CHU HẢO

Biên tập: PHẠM TUYẾT NGÀ

Trình bày: TRẦN THỊ TUYẾT

Thiết kế bìa: CHÂU PHẠM

In 500 bản, khuôn khổ 16x24cm.

Tại Nhà in Tổng cục Hậu cần, 1A, Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội.

XNĐKXB số: 2577-2018/CXBIPH/4-27/TrT.

Quyết định xuất bản số: 58/QĐ - NXB TrT, ngày 9/10/2018.

In xong và nộp lưu chiểu năm 2018. ISBN: 978-604-943-824-0.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ