

## **MỘT SỐ BIỂU HIỆN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI CỦA MỘT PHẢN ỨNG VỚI STRESS TRẦM TRỌNG TRÊN HAI THIẾU NIÊN**

**NGUYỄN VĂN SIÊM**

*Bệnh viện tâm thần trung ương I*

### **TÓM TẮT**

*Nghiên cứu này cho kết quả:*

*- Các sự kiện gây sang chấn tâm lý trầm trọng đã gây ra những phản ứng tâm thần hết sức nặng ở những cá nhân khác nhau với những biểu hiện rất khác nhau: ở ca 1 (nữ 16 tuổi) là rối loạn stress sau sang chấn, ở ca 2 (nam 10 tuổi) là phản ứng tâm căn nặng (ức chế, thoái lui)*

*-Phân tích một số nhân tố phát triển tâm lý: ở ca 1, ngoài stress trầm trọng, còn có nhân tố stress mạn tính do môi trường gia đình rất bất lợi; ở ca 2, có một môi trường chăm sóc cảm xúc thuận lợi hơn, các mặt phát triển tâm lý cảm xúc và nhận thức tốt hơn.*

*-Các biện pháp can thiệp rất khác nhau: ở ca 1 liệu pháp hoá dược là cần thiết nhưng liệu pháp gia đình mới là lựa chọn quan trọng nhất và tiên lượng rất*

không thuận lợi; ở ca 2, liệu pháp tâm lý làm người cảm giác mất mát, cô đơn, tăng cường nâng đỡ tâm lý là liệu pháp có hiệu quả, không cần đến hoá dược, tiên lượng thuận lợi (theo dõi đã trên 6 năm).

Từ khoá: phản ứng với stress cấp diễn, thanh thiếu niên.

## SUMMARY

*This study demonstrated that:*

*The manifestation of reactions to severe stress were quite different in the two highly traumatized adolescents (the 16 year old girl and the 10 year old boy): posttraumatic stress disorder found in the girl and neurotic reaction (inhibition, regression) in the boy.*

*The older also has been suffering from a chronic stress due to an extremely unfavourable familial setting. The younger has been enjoying a harmonious familia setting favourable to develop a better personality in the past and to recover in present day.*

*Psychotherapy was useful for the younger. Chemotherapy with antidepressant drug was necessary for the older but family therapy has been the best choice for him.*

*Keywords: reaction to severe stress, two adolescents.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Các rối loạn tâm thần và hành vi của trẻ em và thanh thiếu niên một thời gian dài vị đặt ở bên lề các bảng phân loại quốc tế về bệnh. Trong Bảng phân loại ICD-8 (WHO, 1965), mới có một số ít rối loạn tâm thần của trẻ em phân loại ICD-8 (WHO, 1965), mới có một số ít rối loạn tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên được đề cập. Các rối loạn tâm thần và hành vi của trẻ em và thanh thiếu niên đã được làm cho các bậc cha mẹ lo sợ buồn phiền và ngày càng được nghiên cứu nhiều ở tất cả các nước. Trong các bảng phân loại DSM-III-R, DSM-IV (APA, 1987, 1994, 2000) và bảng phân loại ICD-10 (WHO, 1992), các rối loạn hành vi của trẻ em và thanh thiếu niên được xếp trong các mục:

Chung với các mục bệnh tâm thần của người lớn với những dòng trình bày rất ngắn gọn về các rối loạn ở trẻ và thanh thiếu niên.

Riêng mục F9 dành cho các rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở trẻ em và thanh thiếu niên.

Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng với trẻ em và thanh thiếu niên, chúng tôi gặp những trường hợp mà các bảng phân loại trên đây dường như chưa phản ánh đầy đủ thực tế bệnh trạng.

Dưới đây chúng tôi trình bày 2 ca thuộc mục rối loạn phản ứng liên quan đến các stress trầm trọng (ICD-10, F430).

Các rối loạn gặp ở các ca này có những nét riêng không giống mô tả kinh điển về các mặt triệu chứng, chẩn đoán, nguyên nhân và điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu

Mô tả một số nét lâm sàng của phản ứng với stress cấp xuất hiện ở hai ca thanh thiếu niên.

Phân tích các yếu tố chẩn đoán, nguyên nhân nhằm đi đến các biện pháp can thiệp hợp lý.

Phương pháp

Nghiên cứu sâu 2 trường hợp phản ứng với stress trầm trọng.

Tiếp cận phỏng vấn lâm sàng: thu thập thông tin nhiều nguồn (bản thân bệnh nhân, người thân), nhiều trục (về các mặt sinh lý, tâm lý, xã hội); các thông tin về triệu chứng hội chứng, sự tiến triển, quan hệ nhân quả giữa nguyên nhân và triệu chứng; các yếu tố xung đột...

Sử dụng các test Beck (BDI) và Gilles.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### Trường hợp 1

Th. Nữ, 16 tuổi, học sinh lớp 10, được một bác sĩ đa khoa gửi đến khám bệnh tâm thần vì mới đây em hay lên các cơn co cứng toàn thân đã điều trị bằng một thuốc an thần (Seduxen) không đỡ.

Lịch sử bệnh

Sau khi ông nội của cháu chết 4 tháng thì cháu xuất hiện các cơn này. Cháu nói rằng cháu không thể nghĩ rằng ông cháu lại không còn ở nhà nữa. Cháu cảm thấy hoàn toàn trống vắng, không gì lấp đầy được. Ông là người hiểu cháu nhất, là người duy nhất trong nhà không bao giờ trách mắng cháu; Hàng ngày cháu vẫn thường mơ thấy ông cháu, sáng dậy cháu có cảm giác là đêm vừa qua đã cùng ngủ với một ai đó; có cảm giác vẫn đang sống với ông, như là vẫn có ông đang chăm sóc cháu; luôn có cảm giác là sắp đi gặp ông ở một nơi nào đó. Biết rằng chuyện đó không bao giờ xảy ra nhưng cháu không thể gạt ý nghĩ đó ra khỏi đầu óc. Cháu khó vào giấc ngủ vì thường cứ có hình ảnh thân hình ông cháu được đưa về nhà có phủ một tấm vải trắng. Cháu sợ ông bị nghẹt thở. Cháu không muốn biết ông đã bị mất thật sự. Từ vài tháng nay, đêm nằm mơ cháu thấy ông vẫn sống, vẫn khoẻ mạnh và có khi chơi với cháu cả ngày. Sáng dậy, cháu không phân biệt rõ giữa mơ và thực, những hình ảnh như vậy cứ lờn vờn trong đầu.

Về bố cháu, cháu chỉ gặp vào ngày cuối tuần. Ông giữ mọi thứ cho ông ấy, nghiêm khắc, rất khó gần gũi, chuyện trò.

Mẹ cháu thì nghiện rượu. Cháu chán ghét mẹ cháu. Cháu hỏi mẹ đã uống thứ gì rồi thì mẹ cháu luôn trả lời là "không". Cháu gắng hỏi thì cuối cùng 2 mẹ con lại to tiếng với nhau. Cháu luôn có cảm giác là mẹ cháu nói dối cháu, mọi người đều nói dối cháu. Cháu không có bạn trai cũng như bạn gái. Cháu rất hay cáu giận, chẳng có duyên cớ gì đáng kể. Cháu thường ác cảm với các bạn gái hơn là với các bạn trai; thường ngồi một mình yên lặng. Kết quả học hành kém do mất hứng, kém tập trung chú ý. Buổi sáng rất khó dậy. Ngày thì mệt mỏi không thích các hoạt động giải trí. ở nhà một mình buồn bã, cháu xem TV.

Cháu luôn có cảm giác đói, tăng cân mặc dù cháu không muốn người béo lên. Cháu muốn giảm cân nhưng không đạt được vì cháu ăn rất nhiều.

Phân tích

Về triệu chứng hội chứng: các cơn co cứng toàn thân là triệu chứng đặc biệt, mô tả các cơn lo âu cấp đặc trưng bằng các biểu hiện thần kinh- cơ quan

trọng thường gây ra bởi cảm giác cô đơn, mất quan tâm thích thú, mệt mỏi, khó tập trung, ý tưởng tự ti, kết quả học tập giảm sút, tăng khẩu vị (biểu hiện ăn quá độ). Các triệu chứng tăng cường độ lúc sáng dậy. Test BDI cho kết quả là 27.

Về nhân tố bệnh căn: ông chết đột ngột, xem như là một sang chấn tâm lý trầm trọng, một stress trầm trọng chủ yếu. Sau thời gian 3 tháng ngấm sang chấn, xuất hiện lặp đi lặp lại cảnh sang chấn, các buổi tối lúc đang vào giấc ngủ cũng như lúc ngủ, luôn thấy hình ảnh ông xuất hiện, có khi thấy ông vẫn sống, chăm sóc và chuyện trò với mình. Đó là những biểu hiện đặc trưng của rối loạn stress sau sang chấn.

Các cơn lo sợ và các triệu chứng trầm cảm xuất hiện sau khi ông chết. Ông được mô tả như một hình ảnh gần bó chính rất đặc biệt (ông có vị trí đặc biệt hơn bố cháu). Bệnh nhân có biểu hiện tự phòng vệ chống lại sự mất giác sắp gặp ông ở một nơi nào đó, biết là không thể có chuyện đó xảy ra nhưng không gạt được ý tưởng đó ra khỏi đầu).

Nhân tố gia đình tiêu cực (bố mẹ bất hoà, Th. Có quan hệ khó khăn với cha mẹ, mẹ nghiện rượu), quan hệ với cha mẹ nghèo nàn và luôn xung đột. Th. cảm giác thiếu tình thương, sự an toàn và nâng đỡ. Th. được xem là bị tiếp nhiễm với stress mạn tính vì các cuộc cãi lộn của cha mẹ.

Cha luôn vắng nhà, xa cách, nghiêm khắc.

Mẹ nghiện rượu cũng là nguyên nhân gây đau khổ cho Th.

Th. ở trong hoàn cảnh của một thiếu niên có cha mẹ nhưng không được cha mẹ chăm sóc. Th. đã cố gắng khuyên mẹ bỏ rượu và nói dối, chuyển hướng thái độ chống đối đó lên các bạn gái ("cháu thường ác cảm với các bạn gái hơn"). Hành vi ăn nói quá độ có lẽ là để tìm cách làm nhẹ đi cảm giác trống vắng do mất ông.

Điều trị

Trường hợp trên đây, liệu pháp hoá được chỉ có thể giải quyết được một phần các triệu chứng của phản ứng stress cấp và triệu chứng trầm cảm.

Liệu pháp gia đình là rất quan trọng trong trường hợp này nhằm tăng cường nâng đỡ cảm xúc, tình cảm và cảm giác an toàn. Trong liệu pháp này cần giúp cha mẹ nhận thức được trách nhiệm đối với sự phát

triển nhân cách và tương lai của con.

### Trường hợp 2

Tr., nam, 10 tuổi, học sinh lớp 4, bố mẹ đều là trí thức, được nuôi dạy trong một môi trường hoà thuận, cháu phát triển tốt về thể chất và tâm lý nhận thức, ham hiểu biết, chú ý và trí nhớ tốt, có khiếu vẽ vẽ (đạt giải nhất về thi vẽ cho học sinh cấp 1 của quận. Kết quả học tập tốt. Test Gilles cho kết quả là 120 (trí lực bình thường).

Cháu được đưa đến khám bác sỹ vì xuất hiện đồng thời và khá đột ngột các biểu hiện chán ăn, nói lắp, gặm móng tay, đái dầm. Cháu chán ăn chọn lọc (chỉ ăn cơm với nước rau luộc, không chịu ăn một chút thức ăn gì khác). Đã học lớp 4 nhưng thường mẹ phải xúc cơm cho, có khi bữa ăn kéo dài hàng tiếng đồng hồ. Cháu biết nói sớm, phát âm rõ ràng, nay trở nên nói lắp rất nặng, một câu đơn giản có đến 3-4 từ nói lắp, mỗi từ lặp lại 3-4 lần. Gặm móng tay: cả 10 ngón tay đều bị sút sượt. Đái dầm: trẻ sạch sẽ rất sớm, ngay vài ba năm tuổi đầu tiên đã rất ít khi đái ướt quần áo về ban đêm. Hơn 3 tuổi hoàn toàn sạch sẽ. Nay xuất hiện đái dầm ban đêm, 4-5 lần mỗi tuần.

Kết quả học tập vẫn tốt, tuy thỉnh thoảng có lần không thuộc bài.

Các biểu hiện trên xuất hiện đột ngột ngay sau khi bố bị tai nạn đột ngột và phải nằm viện lâu dài.

Phân tích, bàn luận

Phân tích triệu chứng: các biểu hiện chán ăn, nói lắp, gặm móng tay, đái dầm là những hành vi bình thường ở trẻ em 0 đến 3 tuổi. ở trẻ em 10 tuổi xuất hiện các hành vi này được xem là các biểu hiện ức chế, thoái lui của một phản ứng tâm căn. Tai nạn nghiêm trọng của ông bố được xem là nguyên nhân chủ yếu, một đau thương nghiêm trọng đối với Tr. Em bị thiếu vắng đột ngột sự chăm sóc cảm xúc của bố.

Điều trị: trường hợp này không dùng liệu pháp hoá được. Vấn đề chính là phải bù đắp cảm giác lo sợ, ức chế, cảm giác cô đơn, cảm giác mất sự an toàn. Biện pháp tăng cường quan hệ giao tiếp tâm lý là lựa chọn ưu tiên để san bằng dần cảm giác thiếu hụt này. Kết quả tốt (theo dõi trên 6 năm).

Phân tích so sánh hai trường hợp thanh thiếu niên phản ứng với stress

	Em trai 10 tuổi, lớp 4	Em gái 16 tuổi, lớp 10
Lứa tuổi	Bước vào tuổi thanh thiếu niên (TTN), phụ thuộc gia đình nhiều hơn, tự lập còn ít	TTN., tự lập hơn, quan hệ xã hội rộng hơn, phát triển bản sắc cá nhân hơn, ý hướng tới tương lai nhiều
Sự kiện sang chấn cực nặng	Bố bị tai nạn trầm trọng nằm viện lâu dài	ông chết
Quan hệ rõ về .thời gian .nhân – quả	++ ++	++ ++
Khởi phát triệu chứng thời gian tiềm tàng	Ngắn (vài ngày)	Dài (4 tháng)
Điều kiện phát triển nhân cách	Thuận lợi Gia đình hoà thuận, chăm sóc cảm xúc tốt; trẻ ham hiểu biết, có óc quan sát, chú ý và trí nhớ tốt, có năng khiếu vẽ vẽ	Bất lợi Bố mẹ xung đột, thiếu gương mẫu; trẻ bị stress mạn tính thiếu tự tin, hình ảnh bản thân lệch lạc

Triệu chứng	Phản ứng tâm căn nặng: chán ăn, nói lắp, gặm móng tay, đái dầm thứ phát; biểu hiện ức chế tâm lý, thoái lui về giai đoạn trẻ nhỏ	Rối loạn stress sau sang chấn. Lặp đi lặp lại nhiều lần: hồi ức sống lại cảnh sang chấn (xác ông ở trong nhà, phủ tấm vải), trong mơ cũng như lúc thức
Nhân tố tâm lý-xã hội	Thuận lợi: quan tâm giúp đỡ tình cảm của mẹ, ông bà, cô bác	Không thuận lợi: bố luôn vắng nhà, nghiêm khắc, mẹ nghiện rượu. Bố mẹ xung đột.
Can thiệp -Hoá dược -Tâm lý	Cần nhắc thận trọng Tăng cường giao tiếp, làm nguôi cảm giác mất mát, đau thương cô đơn	Cần, không đủ Liệu pháp gia đình là quan trọng nhất: tăng cường vai trò và trách nhiệm của bố và mẹ
Tiên lượng (theo dõi trên 6 năm)	Tốt	Không thuận lợi

### KẾT LUẬN

-Với một sự kiện đời sống gây sang chấn tâm lý nghiêm trọng, phản ứng rất khác nhau ở từng người.

- Nhân tố ngoại sinh, sang chấn tâm lý mạnh là nguyên nhân chủ yếu (quan hệ về thời gian và nhân quả) xác định ở cả ca 1 và ca 2

-Về triệu chứng thì khác nhau: biểu hiện rối loạn stress sau sang chấn, mức độ nặng, xuất hiện sau một thời gian ngấm sang chấn tiềm tàng 4 tháng ở ca 1; rối loạn phản ứng tâm căn (ức chế, thoái lui về thời kì trẻ em (1-3 tuổi) mức độ nặng, xuất hiện ngay sau khi xảy ra sang chấn ở ca 2.

- Về can thiệp, phải rất thận trọng khi lựa chọn các biện pháp: liệu pháp hoá dược với ca 1 là rất cần thiết nhưng hoàn toàn không đủ, liệu pháp gia đình mới là lựa chọn quan trọng nhất; với ca 2 thực hành đã chứng tỏ là không nhất thiết phải dùng đến liệu pháp hoá dược, tăng cường tâm lý giao tiếp và quan hệ (vấn đề là phải làm nguôi cảm giác mất mát đau thương, trợ giúp về tình cảm, làm nhẹ dần trạng thái ức chế và cô đơn) là chủ yếu.

-Về tiên lượng, tùy thuộc rất nhiều vào điều kiện phát triển cảm xúc và nhân cách trong quá khứ cũng như hiện tại, nhân tố gây stress mạn tính (làm cho ca

1 có tiên lượng rất không thuận lợi so với ca 2).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bruce Singh and Sidney Bloch. Failure to cope and the Adjustment Disorders in Foundations of Clinecal Psychiatry. Melbourne University Press, 1994, pp 99-11.
2. H. I. Kaplan, B. J. Sadock. Pasttraumatic Stress Disorder in Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1991.
3. Nguyễn Văn Siêm. Tâm bệnh học trẻ em và thanh thiếu niên. Nhà xuất bản Đại học quốc gia Hà Nội, 2007, tr. 75, 131-155.
4. Richard F. Mollica et al. The Havard Trauma Questionnaire in The Journal of nervous and mental disease. Williams and Wilkins, Baltimore, 1992.
5. Th. Lemperiere, A.Féline. La névrose traumatique in Psychiatrie de l adulte, Masson, Paris, 1987; pp. 117-121.
6. WHO. Reaction to severe stress and adjustment disorders in The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Geneva, 1992.